

ISSN e: 2317-7748

SANARE

REVISTA DE POLÍTICAS PÚBLICAS



SANARE

Revista de Políticas Públicas de Sobral/CE
v.17, n.2, p.01-123, Jul./Dez. 2018

Tornar sã, em latim, **SANARE** é uma revista de políticas públicas de Sobral/CE que tem por finalidade divulgar experiências em políticas públicas na área de saúde coletiva como forma de contribuir com o processo de elaboração e sistematização de novos paradigmas sobre gestão governamental.

CONSELHO EDITORIAL

NACIONAL/NATIONAL

Adriana Gomes N. Ferreira – UFMA, Imperatriz-MA
Aluisio Ferreira de Lima – PUCSP, Fortaleza-CE
Ana Cecilia Silveira Lins Sucupira – USP, São Paulo-SP
Ana Mattos Brito de Almeida – ESP/CE, Fortaleza-CE
Andrea Silvia Walter de Aguiar – UFC, Fortaleza-CE
Ant. Germane Alves Pinto – URCA, Juazeiro do Norte – CE
Anyá Pimentel Gomes F. V. Meyer – FIOCRUZ, Fortaleza-CE
Betise Mery Alencar S. Macau Furtado – UPE, Recife-PE
Camilla Araújo Lopes Vieira – UFC, Sobral-CE
Camilo Darsi de Souza – UNISC, Stª Cruz do Sul – RS
Carlos Leonardo F. Cunha – UFRJ, Rio de Janeiro – RJ
Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas – UVA, Sobral-CE
Cristianne Maria Famer Rocha – UFRGS, Porto Alegre – RS
Edson Holanda Teixeira – UFC, Fortaleza-CE
Eliany Nazaré Oliveira – UVA, Sobral-CE
Érika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz – UFMA, São Luís-MA
Fabiane do Amaral Gubert – UFC, Fortaleza-CE
Fernando Sérgio Pereira de Sousa – UFPI, Florianópolis-PI
Francisco Arnaldo Nunes de Miranda – UFRN, Natal-RN
Francisco Plácido Nogueira Arcanjo – UFC, Sobral-CE
Fco Rosemário Guimarães Ximenes Neto – UVA, Sobral-CE
Geison Vasconcelos Lira – UFC, Sobral-CE
Gerardo Cristino Filho – UFC, Sobral-CE
Glauber da Silva Quirino – URCA, Crato-CE
Ivaldinete de Araújo Delmiro Gêmes – UVA, Sobral-CE
Izabelle Mont’Alverne N. Albuquerque – UVA, Sobral-CE
Jeane Félix da Silva – UFRGS, Porto Alegre – RS
José Jailson de Almeida Junior – UFRN, Santa Cruz-RN
José Maria Ximenes Guimarães – UECE, Fortaleza-CE

José Olinda Braga – UFC, Fortaleza-CE
José Reginaldo Feijão Parente – UVA, Sobral-CE
Lucia de Fátima da Silva – UECE, Fortaleza-CE
Luis Achilles Rodrigues Furtado – UFC, Sobral-CE
Luiza Jane Eyre de Souza Vieira – UNIFOR, Fortaleza-CE
Marcia Ma. Mont’Alverne de Barros – UFPB, João Pessoa-PB
Maria Adelane Monteiro da Silva – UVA, Sobral-CE
Maria Corina Amaral Viana – URCA, Crato-CE
Maria da Conceição Coelho Brito – EFSFVS, Sobral-CE
Maria de Fátima Antero Sousa Machado – URCA, Crato-CE
Maria de Nazaré de Oliveira Fraga – UFC, Sobral-CE
Maria Fátima de Sousa – UnB, Brasília-DF
Maria Rocineide Ferreira da Silva – UECE, Fortaleza-CE
Maria Socorro de Araújo Dias – UVA, Sobral-CE
Maria Veraci Oliveira Queiroz – UECE, Fortaleza-CE
Maristela Inês Osawa Vasconcelos – UVA, Sobral-CE
Milena Rodrigues Soares Mota – UNICEL, Manaus-AM
Mirna Marques Bezerra Brayner – UFC, Sobral-CE
Paulo Roberto Santos – UFC, Sobral-CE
Roberta Cavalcante Muniz Lira – UFC, Sobral-CE
Simone da Nóbrega Tomaz Moreira – UFRN, Natal-RN
Vicente de Paulo Teixeira Pinto – UFC, Sobral-CE
Yolanda Flores e Silva – UNIVALI, Itajaí- SC

INTERNACIONAL/INTERNATIONAL

Félix Fernando Monteiro Neto – Portugal
Francisco Antonio Loiola – Canadá
Mirella Maria Soares Veras – Canadá
Wilson Jorge Correia Pinto de Abreu – Portugal

PREFEITURA

Ivo Ferreira Gomes

Prefeito

Gerardo Cristino Filho

Secretário da Saúde

Maria Socorro de Araújo Dias

Diretora da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia

PRODUÇÃO

Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde da EFSFVS

Maria Socorro de Araújo Dias

Editora Chefe

Evandro Lisboa Freire

*Revisões de Português e
Tradução (Inglês, Espanhol)*

Maria da Conceição Coelho Brito

Editora Assistente

Martônio Holanda

Capa

Antônio Felipe de Vasconcelos Neto

Diagramação

Versão Digital

SANARE, Revista de Políticas Públicas

v.17, n.2, Jul./Dez. 2018

- Sobral[CE]: Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, 2018.

Semestral

ISSN 1676-8019

ISSNe 2317-7748

1. Políticas Públicas – Sobral.

2. Políticas Públicas – Periódicos

CDD:362.1098131

É permitida a reprodução do material publicado, desde que citada a fonte.



Assinaturas e números anteriores:

Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia

Av. John Sanford, nº 1320 - Bairro Junco - Sobral/CE

CEP: 62030-362 - Fone/Fax: (88) 3614.5520

e-mail: revista_sanare@hotmail.com

Portal Sanare: <http://sanare.emnuvens.com.br/>



05 EDITORIAL

06 CONHECIMENTO E RISCOS PARA ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EM MULHERES

KNOWLEDGE AND RISKS FOR STROKE IN WOMEN

CONOCIMIENTO Y RIESGOS PARA ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN MUJERES

Maria Celiane de Araújo, Marcus Brenno Ferreira da Silva, Keila Maria de Azevedo Ponte

13 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS GESTACIONAL: CLÍNICA E EVOLUÇÃO DE 2012 A 2017

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF GESTATIONAL SYPHILIS: CLINIC AND EVOLUTION FROM 2012 TO 2017

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LA SÍFILIS GESTACIONAL: CLÍNICA Y EVOLUCIÓN DE 2012 A 2017

João Vítor Souza Marques, Beatriz Mendes Alves, Marcos Vinícius Souza Marques, Francisco Plácido Nogueira Arcanjo, Cynara Carvalho Parente, Renan Lopes Vasconcelos

21 AUTOPERCEÇÃO EM SAÚDE BUCAL DE PACIENTES COM HIV/AIDS ACOLHIDOS POR CASA DE APOIO

SELF-PERCEPTION IN ORAL HEALTH AMONG HIV/AIDS PATIENTS HOSTED BY A SUPPORT HOUSE

AUTOPERCEPCIÓN EN SALUD BUCAL DE PACIENTES CON VIH/SIDA ACOGIDOS POR UNA CASA DE APOYO

Amanda Sales de Almeida, Jacques Antonio Cavalcante Maciel, Francisco César Barroso Barbosa

30 PROPORÇÃO DE EXODONTIA E FATORES RELACIONADOS: UM ESTUDO ECOLÓGICO

RATE OF TOOTH EXTRACTION AND RELATED FACTORS: AN ECOLOGICAL STUDY

TASA DE EXTRACCIÓN DE DIENTES Y FACTORES RELACIONADOS: UN ESTUDIO ECOLÓGICO

Adriano de Aguiar Filgueira, Angelo Giuseppe Roncalli

40 ACEITAÇÃO DE FITOTERÁPICOS POR PRESCRITORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

ACCEPTANCE OF PHYTOMEDICINES BY PRIMARY HEALTH CARE PRESCRIBERS

ACEPTACIÓN DE FITOTERÁPICOS POR PRESCRIPTORES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Ariel Átila Pontes Soares, Ana Cecília Rodrigues e Silva, Joaquim Horácio de Araújo Neto, André Luiz Cunha Cavalcante, Olindina Ferreira Melo, Rafaelly Maria Pinheiro Siqueira

49 PERCEPÇÃO DE CUIDADORES DE CRIANÇAS OBESAS ACERCA DA OBESIDADE INFANTIL

PERCEPTION OF CAREGIVERS OF OBESE CHILDREN ABOUT PEDIATRIC OBESITY

PERCEPCIÓN DE CUIDADORES DE NIÑOS OBESOS SOBRE LA OBESIDAD PEDIÁTRICA

Brena Barreto Barbosa, Maria Soraia Pinto, Ana Vaneska Passos Meireles

56 PRINCIPAIS ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS DECORRENTES DA OBESIDADE: UM ESTUDO TEÓRICO

MAIN PHYSIOLOGICAL CHANGES DUE TO OBESITY: A THEORETICAL STUDY

PRINCIPALES CAMBIOS FISIOLÓGICOS DERIVADOS DE LA OBESIDAD: UN ESTUDIO TEÓRICO

Ronaldo César Aguiar Lima, Luiz Carlos Carnevali Júnior, Layana Liss Rodrigues Ferreira, Layanny Teles Linhares Bezerra, Tayanny Teles Linhares Bezerra, Bruna da Conceição Lima

66 PERFIL DEMOGRÁFICO DE PACIENTES COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NO BRASIL: REVISÃO INTEGRATIVA

DEMOGRAPHIC PROFILE OF PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION IN BRAZIL: INTEGRATIVE REVIEW

PERFIL DEMOGRÁFICO DE PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCÁRDIO EN BRASIL: REVISIÓN INTEGRADORA

Francisco Ariel Santos da Costa, Fabiene Lima Parente, Maria Sinara Farias, Fabiana Lima Parente, Paloma Custódio Francelino, Layanny Teles Linhares Bezerra

- 74** **POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO**
PUBLIC MENTAL HEALTH POLICIES FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS: THE PSYCHOLOGIST'S WORK
POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD MENTAL PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES: LA ACTUACIÓN DEL PSICÓLOGO
Fabiana Cruz Soares, Ramnês Silva e Araújo, Renata Oliveira Sampaio Chaves
-
- 82** **REFLEXÕES SOBRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: DA GÊNESE À CRISE CONTEMPORÂNEA**
REFLECTIONS ON THE BRAZILIAN NATIONAL HEALTH SYSTEM: FROM ITS GENESIS TO THE CONTEMPORARY CRISIS
REFLEXIONES SOBRE EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD BRASILEÑO: DE SU GÉNESIS A LA CRISIS CONTEMPORÂNEA
Fernanda Thayná de Souza Pinheiro, Natália Bastos Ferreira Tavares, Aretha Feitosa de Araújo, João Paulo Xavier Silva
-
- 91** **FISIOTERAPIA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA**
PHYSICAL THERAPY IN THE FAMILY HEALTH MULTIPROFESSIONAL RESIDENCY PROGRAM: EXPERIENCE REPORT
FISIOTERAPIA EN EL PROGRAMA DE RESIDENCIA MULTIPROFESIONAL EN SALUD DE LA FAMILIA: INFORME DE EXPERIENCIA
Ana Mayara Barros Oliveira, Natasha Teixeira Medeiros
-
- 100** **PREVENÇÃO DO CONSUMO DE DROGAS ENTRE ESCOLARES: RELATOS MEDIADOS PELA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA**
DRUG USE PREVENTION AMONG SCHOOL STUDENTS: REPORTS MEDIATED BY UNIVERSITY OUTREACH
PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS ENTRE ESCOLARES: INFORMES MEDIADOS POR LA EXTENSIÓN UNIVERSITARIA
Luciana Tolstenko Nogueira, Alessandra Maria Cerqueira de Sousa, Matheus Veras Viana Portela
-
- 107** **PROJETO DE SAÚDE NO TERRITÓRIO COMO ESTRATÉGIA PARA PROMOÇÃO DA CULTURA DE PAZ**
HEALTH PROJECT IN THE TERRITORY AS A STRATEGY FOR PROMOTING THE CULTURE OF PEACE
PROYECTO DE SALUD EN EL TERRITORIO COMO UNA ESTRATEGIA PARA PROMOCIÓN DE LA CULTURA DE LA PAZ
Alane de Sousa Nascimento, Ana Gabriella Saraiva Rocha, Lorena Timbó Veiga dos Santos, Maria do Socorro Teixeira de Sousa, Nathalya Tavares Camelo Felipe, Sabrina Maria Carreiro Almeida
-
- 114** **ACOLHIMENTO EM UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: POTENCIALIDADES E DESAFIOS**
USER EMBRACEMENT IN A PRIMARY HEALTH CARE CENTER: POTENTIALITIES AND CHALLENGES
ACOGIMIENTO EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: POTENCIALIDADES Y DESAFÍOS
Myrna Maria Arcanjo Frota Barros, Maria de Lourdes Colares Mendes, Luciana Maria Arcanjo Frota, Janaína Rocha de Sousa Almeida
-
-
-

Democracia e o SUS: pensando caminhos para resistir

Ao nos determos na análise histórica da construção da sociedade brasileira, podemos facilmente concluir que o governo democrático foi uma conquista estruturante, sendo importante reconhecer que essa não apenas configura uma forma de escolha dos governantes ou um mero modelo representativo de governo, mas, acima de tudo, a democracia tem se incorporado nessa sociedade como um valor.

Como uma das expressões do estado democrático de direito, o Sistema Único de Saúde (SUS) mantém-se firme e resistindo, tendo como substrato os princípios democráticos, mesmo diante do aumento dos desafios a sua manutenção e evolução. Os desafios são de múltiplas dimensões: econômico, político, no campo da formação, na conservação das conquistas e também na ampliação dos serviços e de todo o corpo estruturante do SUS como ainda nos seus fundamentos legais e teóricos.

Mesmo apresentando fragilidades, o sistema de saúde brasileiro tem se mostrado uma referência para o mundo no que tange a sistemas de saúde públicos, universais e gratuitos. Com isso, configura-se em uma das maiores políticas públicas de saúde do mundo, sendo responsável por mudanças importantes, tanto no aumento da oferta dos serviços, como na forma pela qual os serviços de saúde são oferecidos à população, o que repercute na forma de impactos significativos na qualidade de vida dos brasileiros.

Em tempo, o Brasil passa por uma crise ética, econômica e de valores que tem reverberado em diferentes dimensões da vida e das políticas públicas, em particular no sistema de saúde nacional. No contexto de fragilização da saúde, um caminho para o enfrentamento envolve a capacidade das instituições e dos diferentes agentes públicos em se integrarem e trabalharem cooperativamente a fim de se fortalecerem e assumirem uma condição de maior resiliência para a superação criativa e solidária do cenário limitante tanto no curto como no médio prazo. Outra estratégia fundamental passa por engajar cada vez mais a sociedade para que compreenda e assuma a condição de parceira no enfrentamento desta grave crise.

Como bem dizia Paulo Freire¹, ao discorrer sobre a missão dos educadores, deve-se fomentar a mobilização e organização do povo, sobretudo dos mais necessitados, no intuito de que eles, de fato, conquistem sua autonomia, emancipação e cidadania. Talvez seja esse um caminho, ou o caminho, para se ampliar as possibilidades de diálogo, reflexão e empoderamento em um contexto social e político tão desafiador para o SUS.

Nós, profissionais da saúde, portanto, devemos continuar acreditando que o SUS é uma conquista do povo brasileiro e que muito ainda precisa ser feito para garantir sua conservação e ampliação. Estar em prontidão e mobilizados é uma das estratégias necessárias para não permitir retrocessos em uma política pública tão importante para milhões de brasileiros.

Em meio a esse contexto desafiador, convidamos aos leitores para se deleitarem nas reflexões apresentadas pelos artigos que compõem o n.2, de 2018, da SANARE – Revista de Políticas Públicas.

Boa leitura!

José Jeová Mourão Netto

Enfermeiro, Mestre em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF)/

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Coordenador das Câmaras Técnicas do Conselho Regional de Enfermagem - CE

REFERÊNCIA

1. Freire P. Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1970.

CONHECIMENTO E RISCOS PARA ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EM MULHERES

KNOWLEDGE AND RISKS FOR STROKE IN WOMEN

CONOCIMIENTO Y RIESGOS PARA ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN MUJERES

Maria Celiane de Araújo ¹

Marcus Brenno Ferreira da Silva ²

Keila Maria de Azevedo Ponte ³

Palavras-chave:

Acidente Vascular Cerebral;
Enfermagem; Fatores de Risco.

Keywords:

Stroke; Nursing; Risk Factors.

Palabras clave:

Accidente Cerebrovascular;
Enfermería; Factores de Riesgo.

Submetido:

17/05/2018

Aprovado:

30/10/2018

Autor(a) para Correspondência:

Marcus Brenno Ferreira da Silva
Avenida Dr. José Arimatéia
Monte e Silva, nº 758, Apto.
102, Bloco A, Bairro: Campo
dos Velhos, CEP.: 62030-233,
Sobral-CE.
E-mail: enf.brenno@gmail.com

RESUMO

Este artigo tem por objetivo averiguar o conhecimento e os fatores de risco para acidente vascular cerebral (AVC) em mulheres. Trata-se de pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa, realizada em setembro e outubro de 2014 com 55 mulheres em uma unidade de saúde em Ipueiras (CE). Os resultados indicam que os conhecimentos das mulheres tinham relação com os fatores de risco e os sinais e sintomas no desenvolvimento da doença, bem como com a falta de autocuidado e as preocupações do cotidiano. Elas reconheceram que se trata de uma doença grave, que debilita e pode levar à morte. Os fatores de risco observados foram sedentarismo, estresse, alimentação inadequada, etilismo, tabagismo, hipertensão arterial sistêmica (HAS) e obesidade. Constatou-se a necessidade de adotar medidas voltadas à prevenção desses fatores de risco, principalmente dos modificáveis, em programas já instituídos na atenção primária à saúde (APS), o que aprimora o conhecimento da população acerca da doença e contribui com sua melhor qualidade de vida.

1. Enfermeira graduada pelo Instituto Superior de Teologia Aplicada (Inta). Sobral (CE), Brasil. E-mail: celianeamarante@hotmail.com

2. Enfermeiro. Aluno de Pós-Graduação em Enfermagem Cardiovascular no Instituto Lato Sensu. Sobral (CE), Brasil. E-mail: enf.brenno@gmail.com

3. Enfermeira. Doutora em Cuidados Clínicos pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Professora no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Sobral (CE), Brasil. E-mail: keilinhaponte@hotmail.com

ABSTRACT

This article aims to examine the knowledge on and the risk factors for stroke in women. This is an exploratory and descriptive research, with a qualitative approach, carried out in September and October 2014 with 55 women at a primary health service in Ipueiras, Ceará, Brazil. The results indicate that women's knowledge was related to risk factors and signs and symptoms in the course of disease, as well as lack of self-care and daily life concerns. They recognized that this is a serious disease, which makes people weak and can lead to death. The risk factors observed were sedentary lifestyle, stress, inadequate diet, alcohol consumption, smoking, hypertension, and obesity. The need to adopt measures aimed at the prevention of these risk factors was found, especially those modifiable, in programs already established in primary health care (PHC), and this improves the population's knowledge about disease and contributes to its better quality of life.

RESUMEN

Este artículo tiene como objetivo examinar el conocimiento y los factores de riesgo del accidente cerebrovascular (ACV) en mujeres. Esta es una investigación exploratoria y descriptiva, con abordaje cualitativo, realizada en septiembre y octubre de 2014 con 55 mujeres en un servicio de atención primaria de salud en Ipueiras, Ceará, Brasil. Los resultados indican que los conocimientos de las mujeres estaban relacionados con los factores de riesgo y los signos y síntomas en el curso de la enfermedad, así como con la falta de autocuidados y las preocupaciones de la vida cotidiana. Ellas reconocieron que esta es una enfermedad grave, que debilita a las personas y puede conducir a la muerte. Los factores de riesgo observados fueron sedentarismo, estrés, dieta inadecuada, consumo de alcohol, tabaquismo, hipertensión y obesidad. Se constató la necesidad de adoptar medidas dirigidas a la prevención de estos factores de riesgo, especialmente los modificables, en programas ya establecidos en la atención primaria de salud (APS), lo que mejora el conocimiento de la población sobre la enfermedad y contribuye a su mejor calidad de vida.

.....

INTRODUÇÃO

O acidente vascular cerebral (AVC) é classificado como a terceira causa de morte entre adultos e idosos no Brasil. Na maioria dos casos, as pessoas acometidas se tornam dependentes de cuidados, muitos deles em domicílio. Essa doença tem crescido em virtude do aumento da expectativa de vida da população brasileira¹⁻².

O AVC é caracterizado pela deficiência do estado neurológico, na maioria das vezes centralizado, de instalação súbita e repentina evolução de causa vascular. Tal circunstância vascular pode estar associada a alterações estruturais dos vasos funcionais, como as ligadas ao fluxo sanguíneo ou ao sistema de coagulação³.

Essa doença foi a causa mais frequente de morte entre mulheres com idades de 20 a 49 anos na cidade de São Paulo, segundo um estudo baseado em declarações de óbito: esteve presente em 8,5% do total dessas declarações e dentre os 324 casos de doenças hipertensivas identificados, 156 tiveram como causa básica de morte a doença isquêmica do coração ou o AVC⁴.

Nesse sentido, vale destacar a atuação da equipe

de enfermagem junto aos pacientes acometidos por AVC. O enfermeiro deve ter conhecimento especializado para atuar em tratamentos pautados por uma especialidade médica, com vistas a cumprir os requisitos de capacidade e destreza na assistência humanizada e integral à saúde. Em contrapartida, observa-se uma limitada oferta de cursos de especialização em Enfermagem em Neurologia e Neurocirurgia, o que compromete a composição das equipes de enfermagem responsáveis pelo tratamento de tais pacientes no Brasil⁵.

Considerando que essa doença acomete novas pessoas todos os dias ao redor do mundo, ela impacta a saúde pública em nível global, constituindo a principal causa de incapacidade neurológica ao comprometer funções motoras e cognitivas vitais. A população feminina é bastante afetada pelas consequências do AVC. Além da ocupação profissional fora de casa, as mulheres são as principais responsáveis pelas tarefas domésticas, muitas vezes exercidas exclusivamente por elas; essa fonte de estresse se associa ao fator idade e predispõe a maior acometimento de AVC após a menopausa, tornando a população feminina mais vulnerável a doenças cardiovasculares e cerebrovasculares.

Atualmente, observa-se em serviços de emergência hospitalar e unidades de terapia intensiva (UTI) que o número de pacientes acometidos por essa doença tem aumentado. Assim, este estudo adotou a seguinte questão norteadora:

- Qual é o nível de conhecimento das mulheres sobre acidente vascular cerebral e quais são os riscos dessa doença na população feminina?

Tendo por objetivo averiguar o conhecimento e os fatores de risco para AVC em mulheres, este artigo se mostra relevante por indicar aos profissionais da saúde e à população geral a importância da qualidade de vida e da promoção da saúde para prevenir essa doença.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa, realizada em setembro e outubro de 2014 na unidade de saúde “Casa da Mulher”, localizada em Ipueiras (CE), a 300 km da capital do estado (Fortaleza). Mantida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), essa unidade de saúde foi criada em 2006 para atender somente à população feminina desse município, oferecendo consultas de enfermagem, consultas médicas e exames que enfocam desde a prevenção do câncer de colo do útero até análises mais avançadas, como ultrassonografia, entre outros recursos.

Foram convidadas a participar da pesquisa as usuárias da “Casa da Mulher” que se encontravam no local durante a coleta de dados. Os critérios de inclusão adotados foram: mulheres com idades entre 18 e 60 anos; e usuárias que aguardavam o acolhimento na sala de espera. Já os critérios de exclusão foram: algum problema de saúde que dificultasse ou impossibilitasse o entendimento das questões; e queixa de dor variando de moderada a grave. Assim, 55 participantes foram incluídas nesta pesquisa.

Para a coleta de dados, desenvolveu-se um formulário para a caracterização dessas participantes: conhecimento sobre o AVC; potenciais causas dessa doença; estratégias de prevenção; histórico de conhecidos e familiares acometidos; e fatores de risco inerentes às mulheres.

Inicialmente, contactou-se a enfermeira responsável pela “Casa da Mulher”, apresentando os objetivos e os aspectos da pesquisa. Em seguida, as mulheres elegíveis foram convidadas e confirmaram sua participação por meio da assinatura do termo de

*...essas mulheres
são relativamente
jovens em termos
de risco para AVC.*

consentimento livre e esclarecido relativo ao estudo. Para preservar a identidade das participantes, elas foram identificadas pela letra “M” (Mulher), seguida pelo número sequencial de inclusão na pesquisa.

O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE), sob o Parecer n. 789.919/2014, em conformidade com a Resolução CNS n. 466/2012 (Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos).

As informações foram submetidas a análise de conteúdo temática, com as seguintes etapas:

1. **Pré-análise** – consiste em definir as unidades de registro, obtidas pela decomposição das falas ao destacar as palavras ou frases relevantes para o estudo;
2. **Aplicação das categorias definidas** – análise dos trechos relevantes identificados nas falas;
3. **Tratamento quantitativo** – interpretação dos enunciados, com vistas a desvendar o conteúdo subjacente (p. ex., ideologias e características dos fenômenos em questão)⁶.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre as 55 participantes deste estudo, houve predomínio de mulheres entre 30 e 35 anos de idade (36,36%), seguidas pelas faixas etárias entre 50 e 59 anos (27,28%), entre 40 e 45 anos (21,82%) e entre 18 e 25 anos (14,54%). Pode-se dizer que essas mulheres são relativamente jovens em termos de risco para AVC.

Os dados levantados indicaram que 65,45% das participantes tinham filhos e 72,72% eram donas de casa. Houve predomínio de mulheres que se declararam pardas (54,54%), seguidas por aquelas que se declararam brancas (27,27%).

A seguir, apresentamos os demais resultados classificados em três categorias: a) Fatores de risco para AVC em mulheres; b) Conhecimento das

mulheres sobre AVC; e c) Medidas de prevenção do AVC adotadas pelas mulheres.

Fatores de risco para acidente vascular cerebral em mulheres

Os fatores de risco predominantes foram: sedentarismo (20); estresse (19) e má alimentação (10). Também foram citados etilismo (7); tabagismo (5); hipertensão arterial sistêmica (HAS) (1); e obesidade (1). Mostra-se necessário adotar medidas voltadas à prevenção dos fatores de risco para AVC, principalmente os modificáveis (como sedentarismo, alimentação, etilismo e tabagismo).

O perfil epidemiológico é marcado pela diferença no Brasil, no entanto, observa-se uma nova perspectiva no setor saúde, pois os indivíduos têm uma expectativa de vida cada vez maior. O envelhecimento populacional, aliado ao aumento dos índices de risco para doenças cerebrovasculares (como HAS, diabetes mellitus, tabagismo, etilismo, obesidade e dislipidemia), explica, em parte, a alta incidência de AVC no país⁸.

Dentre os fatores de risco para AVC se destaca a idade avançada como mais frequente no sexo masculino. Quando o paciente já foi afetado por um AVC, a probabilidade de ter outro é maior e o histórico familiar também predispõe as pessoas a desenvolverem essa doença. HAS e diabetes mellitus ainda são grandes vilões, principalmente entre as pessoas sem tratamento adequado. Doenças cardíacas, tabagismo e abuso de álcool são outros fatores que contribuem com o AVC⁹.

As doenças crônicas não transmissíveis têm crescido significativamente nas últimas décadas, devido ao processo de globalização e à rápida urbanização, além do sedentarismo, da alimentação com alto teor calórico e do consumo de tabaco e álcool. Esses fatores de risco comportamentais causam impacto nos principais fatores de risco metabólicos (excesso de peso/obesidade, pressão arterial elevada, aumento da glicose sanguínea e do colesterol), o que resulta em doenças cardiovasculares e AVC, entre outras enfermidades⁹.

Os padrões de alimentação que a população adotou nas últimas décadas podem ser prejudiciais de diversas maneiras, por exemplo: o consumo exagerado de sal aumenta o risco de desenvolver HAS ou até uma doença cardiovascular. O alto consumo de carne vermelha, de carne altamente processada e de ácidos graxos se relaciona a doenças

*As doenças crônicas
não transmissíveis
têm crescido
significativamente nas
últimas décadas...*

cardiovasculares e diabetes mellitus. Por outro lado, o consumo regular de frutas e legumes é importante para diminuir o risco de doenças cardiovasculares, câncer de estômago e câncer colorretal¹⁰.

A população geral não adota medidas adequadas de prevenção. Há certa apreensão em relação às doenças, mas não uma ação efetiva para evitá-las, como a prática de exercícios físicos, o hábito da alimentação saudável e o controle da pressão arterial.

Nesse contexto, mostra-se necessária a implementação de ações educativas, intervenções e campanhas, como as que observamos na prevenção do câncer de mama e do câncer de colo uterino, já estabelecidas dentro das unidades de saúde, proporcionando maior qualidade de vida às mulheres diante de adoecimento crônico não transmissível – auxiliando-as no enfrentamento de sua nova condição de existência, conduzindo-as ao pleno bem-estar e incentivando-as ao autocuidado¹¹.

Conhecimento das mulheres sobre acidente vascular cerebral

Nesta categoria, aborda-se o conhecimento das mulheres sobre o AVC, bem como as estratégias de prevenção dos fatores de risco para essa doença. Observou-se que o conhecimento delas tem relação com os sinais e sintomas da doença, assim como com os fatores de risco para o AVC.

É uma doença grave, é causada pela pressão alta. (M1)

É uma doença causada pelo anticoncepcional e estresse. (M2)

Acho que quem bebe muito, quem fuma, é mais fácil de ter essa doença. (M4)

Outras mulheres relataram que o desenvolvimento do AVC se deve à falta de autocuidado e às preocupações do cotidiano:

Se dá por conta das pessoas não se cuidarem. (M15)

Acredito que é uma doença causada devido à correria do dia a dia e pressão alta. (M12)

Acredito que os hábitos de vida que temos influencia para termos essa doença. (M6)

Identificou-se nos discursos o reconhecimento dos sujeitos quanto ao quadro de sinais e sintomas do AVC, como hemiplegia, dormência e cefaleia:

É uma paralisação no corpo, uma dormência. (M33)

Acho que é uma forte dor de cabeça. (M19)

É grave! As pessoas que têm ficam com uma parte do corpo paralisada. (M29)

Elas também reconheceram que o AVC é uma doença grave que debilita e pode levar à morte:

É uma doença grave, debilita demais as pessoas. (M11)

É uma doença que é grave, acho que ninguém sobreviveu muito tempo. (M16)

É uma doença grave, quando dá acredito que não escapa, [há] poucas chances de sobreviver. (M24)

E associaram seus conhecimentos sobre a enfermidade aos saberes repassados de gerações em gerações por meio do senso comum. Vale ressaltar que muitas vezes esse saber não está em consonância com o conhecimento científico, o que torna necessária a participação de profissionais no processo da educação em saúde.

Abrir a geladeira com o corpo quente causa essa doença. (M38)

Comer comida quente e depois tomar banho. (M35)

O AVC é classificado como a terceira causa de morte entre adultos e idosos, constituindo a principal causa de deficiência funcional e afetando, principalmente nos idosos, a eficiência de executar atividades cotidianas. Tais modificações podem ser passageiras ou não, de acordo com a região atingida, o nível da lesão e a capacidade individual de recuperação¹.

O sinal mais comum é a inconsciência, que pode

Apesar de existirem muitos casos de AVC em mulheres, nunca houve uma política de prevenção aplicada ao risco para AVC.

ocorrer de imediato após o sangramento na cavidade intracraniana, resultando na elevação da pressão intracraniana. Caso o paciente esteja consciente, ele terá cefaleia intensa e repentina combinada a hemorragia subaracnoidea. Também podemos citar como sinais e sintomas vômito, náuseas, convulsões, temperatura elevada, rigidez da nuca e sinais focais (como hemiparesia, afasia ou distúrbios visuais)¹².

As deficiências neurológicas decorrentes do AVC variam conforme a região da lesão vascular, o tempo de perfusão inadequada e da existência de circulação colateral. Assim, esses eventos podem acarretar perda de força, de sensibilidade, de capacidade de movimentação e de controle de diversas áreas corporais, além de distúrbios de linguagem, perda do equilíbrio ou da coordenação e distúrbios visuais¹³.

Por conta dessas insuficiências funcionais, o AVC, além de diminuir a qualidade de vida das pacientes acometidas, causa grande impacto na vida dos familiares, ocasionando mudanças de rotina e reformulando o modo de vida das pessoas mais próximas. Nesse contexto, destaca-se que o conhecimento geral acerca da enfermidade, assim como de seus sinais e sintomas, tem contribuído para o prognóstico da doença¹⁴.

Apesar de existirem muitos casos de AVC em mulheres, nunca houve uma política de prevenção aplicada ao risco para AVC. As mulheres diferem dos homens em uma infinidade de aspectos, incluindo diferenças genéticas na imunidade e fatores hormonais, reprodutivos e sociais, aumentando o risco de AVC na população feminina¹³.

Medidas de prevenção do acidente vascular cerebral adotadas pelas mulheres

Nesta categoria, buscou-se levantar o conhecimento das participantes acerca de medidas que podem prevenir o AVC, além de investigar se elas adotam tais medidas em sua rotina diária. Destacamos as seguintes respostas:

Não faço nada para prevenir. (M48)
Faço caminhada. (M42)
Procuro me alimentar [de modo] saudável. (M33)

A prática de exercícios físicos está associada a redução da morbimortalidade por diversas doenças, principalmente as cardiovasculares, levando ao aumento da expectativa de vida da população. Outros estudos têm demonstrado que a prática de exercícios físicos diminui com o aumento da idade, além de ser menor entre as mulheres e na população de baixa renda¹⁵.

Segundo um estudo, a população adulta apresenta baixos níveis de prática de exercícios físicos, equivalentes a 15% da amostra, e apenas 18,2% consomem 5 porções de frutas em 5 ou mais dias por semana, ao passo que 34% dos indivíduos consomem alimentos com elevado teor de gordura e 25% consomem refrigerante em 5 ou mais dias por semana. Tudo isso contribui com o aumento da prevalência do excesso de peso e, consequentemente, com a obesidade – que atinge cerca de 48% da população adulta¹⁶. Apesar da população temer as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, a maioria dos indivíduos não procura adotar hábitos mais saudáveis para preveni-las.

Nesse contexto, destacam-se os programas voltados à prática de exercícios físicos nas comunidades, que transcendem as ações assistencialistas oferecidas nos serviços de saúde por estimular as mudanças biopsicossociais, a promoção da saúde e a qualidade de vida. Tais programas não se limitam aos exercícios físicos no âmbito da população geral – envolvem orientação alimentar e saúde mental, promovendo a diminuição do estresse e a criação de vínculos¹⁷.

CONCLUSÃO

Ao averiguar o conhecimento e os riscos das mulheres para o AVC, constatou-se que os fatores de risco nessa população consistiram em sedentarismo, estresse, alimentação inadequada, etilismo, tabagismo, HAS e obesidade. Isso indica a necessidade de implementar medidas voltadas à prevenção desses fatores de risco, principalmente os modificáveis, bem como de aprimorar o conhecimento da população geral acerca dessa doença.

Quanto ao conhecimento das mulheres sobre AVC, observou-se que ele tem relação com os fatores de

*...a população adulta
apresenta baixos
níveis de prática de
exercícios físicos...*

risco para desenvolver essa doença, além da falta de autocuidado e das preocupações do cotidiano. Elas reconhecem que se trata de uma doença grave que debilita e pode levar à morte, associando-a com seus sinais e sintomas (como hemiplegia, dormência e cefaleia) – o que equivale ao senso comum.

Houve certa dificuldade no local de pesquisa, pois alguns profissionais da unidade de saúde apresentaram resistência à presença da pesquisadora, dificultando a coleta de dados. Tendo em vista a limitada oferta de cursos de especialização em Enfermagem em Neurologia e Neurocirurgia, a composição das equipes de enfermagem responsáveis pelo tratamento de pacientes com AVC apresenta deficiências no Brasil. Isso corrobora a relevância deste artigo no contexto dos cuidados de enfermagem, que demandam o desenvolvimento de estratégias específicas voltadas à prevenção dessa doença em mulheres.

Por fim, apontamos a necessidade de novos estudos sobre o AVC em mulheres, pois a literatura dedicada a essa população é bem limitada. A prevalência dessa doença tem aumentado consideravelmente e a enfermagem precisa ampliar seu leque de recursos técnico-científicos para proporcionar um tratamento adequado às pacientes acometidas por ela.

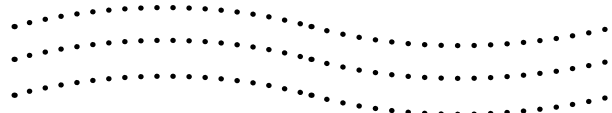
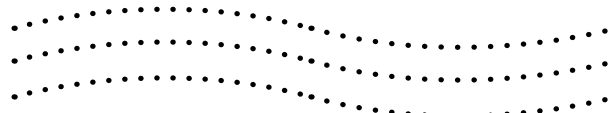
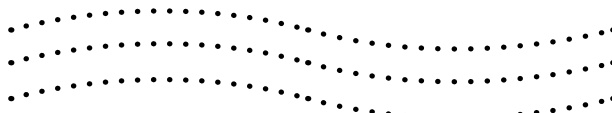
CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Maria Celiane de Araújo contribuiu com a realização da pesquisa, o delineamento do estudo e a redação do manuscrito. **Marcus Brenno Ferreira da Silva** contribuiu com a revisão crítica do manuscrito. **Keila Maria de Azevedo Ponte** contribuiu com o delineamento do estudo e a redação e revisão crítica do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Pedreira LC, Lopes RL. Cuidados domiciliares ao idoso que sofreu acidente vascular cerebral. Rev Bras Enferm [serial on the internet]. 2010 [cited 2014 Nov 25];63(5):837-40. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n5/23.pdf>

2. Costa FAC, Silva DLA, Rocha VM. Estado neurológico e cognição de pacientes pós-acidente vascular cerebral. Rev Esc Enferm USP [serial on the internet]. 2011 [cited 2014 Sep 20];45(5):1083-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a08.pdf>
3. Shettino G, Cardoso LF, Mattar Jr J, Ganem F, editors. Paciente crítico: diagnóstico e tratamento. Hospital Sírio-Libanês. 2. ed. Barueri (SP): Manole; 2012.
4. Chiavegatto Filho ADP, Laurenti R, Gotlieb SLD, Jorge MHPM. Mortalidade por doença hipertensiva em mulheres de 20 a 49 anos no Município de São Paulo, SP, Brasil. Rev Bras Epidemiol [serial on the internet]. 2004 [cited 2014 Sep 20];7(3):252-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v7n3/03.pdf>
5. Maniva SJC, Freitas CHA. Uso de alteplase no tratamento do acidente vascular encefálico isquêmico agudo: o que sabem os enfermeiros? Rev Bras Enferm [serial on the internet]. 2012 [cited 2014 Oct 28];65(3):474-81. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n3/v65n3a12.pdf>
6. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
7. Cavalcante FT, Moreira PR, Guedes GN, Araújo LT, Lopes OVM, Damasceno CMM, et al. Intervenções de enfermagem aos pacientes com acidente vascular encefálico: uma revisão integrativa. Rev Esc Enferm USP [serial on the internet]. 2011 [cited 2014 Nov 29];45(6):1495-500. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a31.pdf>
8. Malta DC, Silva Jr JB. O plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. Epidemiol Serv Saúde [serial on the internet]. 2013 [cited 2014 Nov 30];22(1):151-64. Available from: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v22n1/v22n1a16.pdf>
9. Duncam BB, Chor D, Aquino EML, Bensenor IM, Mill GJ, Schinidt MI, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. Rev Saúde Pública [serial on the internet]. 2012 [cited 2014 Nov 20];46(Suppl):126-34. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46s1/17.pdf>
10. Ponte KMA. Tecnologias do cuidado clínico de enfermagem para o conforto de mulheres com infarto agudo do miocárdio [dissertation]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2011 [cited 2018 Nov 5]. Available from: http://www.uece.br/cmaccilis/dmdocuments/keila_maria_de_azevedo_ponte.pdf
11. Barbieiri RLS. Os cuidados emergenciais. São Paulo: Rideel; 2010.
12. Lessmann JC, Conto F, Ramos G, Borenstein MS, Meirelles BHS. Atuação da enfermagem no autocuidado e reabilitação de pacientes que sofreram acidente vascular encefálico. Rev Bras Enferm [serial on the internet]. 2011 [cited 2014 Oct 10];64(1):198-202. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a30.pdf>
13. Costa F, Oliveira S, Magalhães P, Costa B, Papini R, Silveira M, et al. Nível de conhecimento da população adulta sobre acidente vascular cerebral (AVC) em Pelotas – RS. J Bras Neurocir. 2008;19(1):31-7.
14. Ramalho JRO, Lopes ACS, Toledo MTT, Peixoto SV. Nível de atividade física e fatores associados ao sedentarismo em usuários de uma unidade básica de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais. Rev Min Enferm [serial on the internet]. 2013 [cited 2014 Oct 29];18(2):426-32. Available from: www.reme.org.br/artigo/detalhes/937
15. Brasil. Estratégias de enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
16. Oliveira BN, Prado BL, Paiva GAM, Ribeiro MGS, Cardoso Junior OP. Análise qualitativa de um grupo de ginástica comunitária na atenção primária à saúde em Sobral-CE. Sanare (Sobral, Online) [serial on the internet]. 2013 [cited 2018 Oct 27];12(2):63-70. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/385/277>



PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS GESTACIONAL: CLÍNICA E EVOLUÇÃO DE 2012 A 2017

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF GESTATIONAL SYPHILIS: CLINIC AND EVOLUTION FROM 2012 TO 2017

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LA SÍFILIS GESTACIONAL: CLÍNICA Y EVOLUCIÓN DE 2012 A 2017

João Vitor Souza Marques ¹Beatriz Mendes Alves ²Marcos Vinícius Souza Marques ³Francisco Plácido Nogueira Arcanjo ⁴Cynara Carvalho Parente ⁵Renan Lopes Vasconcelos ⁶

RESUMO

Este estudo teve por objetivo identificar aspectos clínicos e evolutivos da sífilis gestacional (SG) em Sobral-CE, a partir da análise do perfil epidemiológico no período de 2012 a 2017. Realizou-se coleta de dados no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan). Cinco características epidemiológicas foram avaliadas: escolaridade; cor da pele; idade da paciente; zona de residência; e classificação clínica da doença. Um total de 452 casos da doença foi notificado no período de estudo, evidenciando aumento de notificações no município em comparação com a década passada. Constatou-se que 217 mulheres (48%) tinham Ensino Fundamental incompleto, 403 (89,1%) eram pardas ou negras, 336 (74,4%) tinham entre 20 e 39 anos de idade, 377 (83,4%) moravam na zona urbana do município e 341 dos casos (75,4%) foram classificados como sífilis terciária. Concluiu-se que ações voltadas à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento da doença são importantes para reduzir o número de casos de SG em Sobral. Ademais, mostra-se necessário direcionar políticas sociais aos grupos vulneráveis, visando a diminuir os agravos dessa infecção.

Palavras-chave:

*Sífilis; Gestantes;
Epidemiologia; Saúde Pública.*

Keywords:

*Syphilis; Pregnant Women;
Epidemiology; Public Health.*

Palabras clave:

*Sífilis; Mujeres Embarazadas;
Epidemiología; Salud Pública.*

Submetido:

21/11/2018

Aprovado:

03/12/2018

**Autor(a) para
Correspondência:**

João Vitor Souza Marques
Av. Dr. Guarani, 307, apto. 101
Derby Clube
Sobral-CE
CEP: 62042-030
E-mail:
joao_vitorsm@hotmail.com

1. Aluno de Graduação em Medicina na Universidade Federal do Ceará (UFC). Sobral (CE), Brasil.

2. Aluna de Graduação em Medicina da UFC. Sobral (CE), Brasil.

3. Aluno de Graduação em Medicina da UFC. Sobral (CE), Brasil.

4. Professor no Curso de Medicina da UFC. Sobral (CE), Brasil.

5. Professora no Curso de Medicina da UFC. Sobral (CE), Brasil.

6. Aluno de Graduação em Medicina da UFC. Sobral (CE), Brasil.

ABSTRACT

This study aimed to identify clinical and evolutionary aspects of gestational syphilis (GS) in Sobral, Ceará, Brazil, by means of epidemiological profile analysis within the period from 2012 to 2017. Data collection was conducted in the Brazilian National System of Notifiable Diseases (SINAN). Five epidemiological characteristics were evaluated: schooling; skin color; patient's age; area of residence; and clinical classification of disease. A total of 452 cases of the disease were notified within the study period, evidencing an increased number of notifications in the municipality when compared to the previous decade. It was found that 217 women (48%) had incomplete Elementary School, 403 (89.1%) were brown or black-skinned, 336 (74.4%) were between 20 and 39 years of age, 377 (83.4%) lived in the urban area of the municipality, and 341 of the cases (75.4%) were classified as tertiary syphilis. It was concluded that actions aimed at the prevention, diagnosis, and treatment of disease are significant to reduce the number of GS cases in Sobral. Also, there is a need to provide vulnerable groups with social policies, in order to decrease the complications of this infection.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo identificar los aspectos clínicos y evolutivos de la sífilis gestacional (SG) en Sobral, Ceará, Brasil, mediante el análisis del perfil epidemiológico en el período de 2012 a 2017. La recopilación de datos se realizó en el Sistema Nacional de Enfermedades Notificables de Brasil (SINAN). Se evaluaron cinco características epidemiológicas: escolarización; color de piel; edad del paciente; área de residencia; y clasificación clínica de la enfermedad. Un total de 452 casos de la enfermedad fueron notificados dentro del período de estudio, lo que evidencia un aumento en el número de notificaciones en el municipio en comparación con la década anterior. Se encontró que 217 mujeres (48%) tenían Enseñanza Primaria incompleta, 403 (89,1%) eran pardas o negras, 336 (74,4%) tenían entre 20 y 39 años de edad, 377 (83,4%) vivían en la zona urbana del municipio y 341 de los casos (75,4%) se clasificaron como sífilis terciaria. Se concluyó que las acciones dirigidas a la prevención, al diagnóstico y al tratamiento de la enfermedad son importantes para reducir el número de casos de SG en Sobral. Además, existe la necesidad de proporcionar políticas sociales a los grupos vulnerables para disminuir las complicaciones de esta infección.

.....

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível (IST) causada pela bactéria *Treponema pallidum*, curável e exclusiva da raça humana. Apresenta-se em variadas manifestações clínicas e diferentes estágios (sífilis primária, secundária, latente e terciária), com maior risco de transmissão nas classificações primária e secundária. A sífilis pode ser transmitida durante uma relação sexual sem uso de preservativo ou para o(s) filho(s) durante a gestação ou o parto¹.

A inclusão da sífilis gestacional (SG) como IST de notificação compulsória se justifica por sua alta prevalência e taxa de transmissão vertical (que pode variar de 30% a 100% se não tratada ou tratada inadequadamente). A SG é diagnosticada quando uma gestante apresenta sinais e sintomas clínicos de sífilis e/ou apresenta sorologia não treponêmica reagente, independente da titulação, mesmo na ausência de resultado de teste treponêmico, durante o pré-natal ou no momento da curetagem ou do parto².

A sífilis, se não tratada em uma fase precoce, pode

acometer diversos órgãos do corpo, como o sistema nervoso, o coração, os ossos, a pele e os olhos. Seu período de incubação é bastante variável, com média de 3 semanas, variando de 10 a 90 dias. Essa infecção merece cuidado especial entre as gestantes em virtude da possibilidade de transmissão para o feto, causando repercussões clínicas importantes tanto no período gestacional como após o nascimento³.

Assim que a gestante for diagnosticada com sífilis, o tratamento imediato e adequado à fase clínica assume vital importância. A droga utilizada no tratamento da sífilis primária, secundária e latente precoce é a penicilina benzatina 2.400.000 UI IM, em dose única; na sífilis latente tardia ou indeterminada se administra 1 dose por semana da mesma droga, durante 3 semanas. Além disso, faz parte do tratamento realizar pesquisas para outras ISTs, proporcionar seguimento sorológico e, principalmente, tratar o parceiro, adotando abstinência sexual até curar a doença⁴.

Com vistas a estabelecer e avaliar a amplitude da SG e seus malefícios para o recém-nascido (RN) infectado, o Ministério da Saúde (MS) incluiu a

SG e a sífilis congênita (SC) na lista nacional de doenças de notificação compulsória. Nesse sentido, o programa Rede Cegonha foi implantado para melhorar a atenção prestada à mãe e ao RN, de modo a aumentar o acesso ao diagnóstico e à terapêutica da SG e SC no Brasil⁵⁻⁶.

O diagnóstico e tratamento de SG são cruciais para a quebra da cadeia de transmissão da doença ao feto e/ou RN, pois, uma vez tratada adequadamente na gestante, as chances de transmissão vertical da doença diminuem consideravelmente, fato que comprova a necessidade de estudar a epidemiologia da SG. Assim, a subnotificação de casos de SG pode constituir fator de agravamento e sequelas para o RN, com consequentes problemas de saúde pública. Um pré-natal de qualidade deve notificar e tratar gestantes infectadas por sífilis para reduzir os índices de SC⁷.

Dados epidemiológicos recentes revelam um aumento de 300% do número de casos de SG no Brasil entre 2010 e 2016. Isso se deve, em parte, ao aumento do número de mulheres testadas por meio de testes rápidos e ao aumento do número de notificações da doença via Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan), contudo, acredita-se que ainda exista um grande percentual de casos não notificados, cenário no qual a SG pode ser mais grave do que os dados indicam⁸.

Na última década houve um aumento de aproximadamente 370% dos casos de sífilis no Ceará. A sífilis adquirida, transmitida por relação sexual, mais comum na população entre 15 e 24 anos, aumentou 817%, passando de 39 casos em 2010 para 358 em 2017. Já a SC aumentou cerca de 170% entre 2007 e 2015. A taxa de incidência no estado é de 8,7 casos para 1.000 nascidos vivos, taxa superior à do País, que é de 6,5 para 1.000 nascidos vivos, fato que comprova a necessidade de aumentar a atenção aos casos de sífilis, sobretudo a SG, nesse estado⁹.

Em Sobral-CE, a SG apresentou significativa variação nos últimos anos passou-se de 1 caso notificado em 2004 para 80 casos notificados em 2012. Também se deve atentar para possíveis subnotificações nesse período, fato que pode causar distorções no planejamento das políticas públicas de saúde por parte de gestores das três esferas de governo (municipal, estadual e federal). Diante disso, a perspectiva é de que a doença permanecerá em patamar semelhante ou mais grave nos próximos anos, o que demanda um novo olhar para esse problema de saúde coletiva¹⁰.

Com o agravamento do panorama da SG, avaliar o

*Na última
década houve
um aumento de
aproximadamente
370% dos casos de
sífilis no Ceará.*

perfil epidemiológico das pacientes infectadas tende a viabilizar a elaboração de estratégias de saúde que promovam a intervenção para o diagnóstico precoce dessa doença, em busca do aperfeiçoamento dos métodos de diagnóstico e tratamento disponíveis para lidar com essa clientela.

Diante do exposto, este artigo avalia o perfil epidemiológico de pacientes acometidas por SG em Sobral no período entre 2012 e 2017.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa documental e retrospectiva, com abordagem quantitativa, realizada via coleta de dados na plataforma *on-line* Sinan. Houve avaliação de todos os casos de SG em Sobral no período entre 2012 e 2017.

Localizado no norte do Ceará, o município é considerado centro de convergência por sua ampla estrutura nos setores de saúde, comércio, educação, serviços e indústria. Sua população consistiu em 206.644 pessoas em 2018, com densidade demográfica de 88,67 habitantes por quilômetro². Seu território tem 69 pontos de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS), constituindo relevante polo de referência em serviços de saúde para dezenas de municípios vizinhos, como Forquilha, Groaíras, Massapê, Santana do Acaraú, Cariré, Frecheirinha, Ipu, Varjota, Meruoca, Santa Quitéria, Mucambo e Alcântaras. Sobral apresenta um clima quente e seco, com temperatura média acima dos 30°C, típico do bioma caatinga¹¹⁻¹³.

As seguintes características epidemiológicas foram adotadas na análise do perfil das gestantes incluídas no estudo: escolaridade; cor da pele; idade da paciente; zona de residência; e classificação clínica da doença. Gestantes com sífilis que moram fora do país foram excluídas do estudo.

A coleta de dados foi realizada no programa computacional *Microsoft Excel*, versão 2010. Nesse

sistema, as variáveis do estudo foram organizadas por ano, de modo a compreender o perfil temporal das infecções e a dinâmica do processo saúde-doença no município. Além disso, o programa computacional *Microsoft Power Point*, versão 2010, foi utilizado para a elaboração de gráficos que ilustram as características a discutir neste artigo. Por fim, a elaboração de tabelas agiliza e simplifica a visualização das variáveis sociodemográficas da SG.

Por utilizar o Sinan, plataforma *on-line* do MS cujos dados se encontram disponíveis para livre acesso, este estudo não demandou aprovação por comitê de ética em pesquisa com seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com os dados do Sinan, Sobral apresentou um total de 452 casos de SG no período entre 2012 e 2017. A Figura 1 indica que foram notificados 80 casos em 2012 (17,7%). O ápice foi atingido em 2013, com notificação de 86 casos (19%), ao passo que 2014 teve 74 casos (16,4%), 2015 apresentou outros 80 casos (17,7%) e 2016 e 2017 tiveram 66 casos cada (14,6%). Isso demonstra aumento do número de casos em comparação ao período de 2004 a 2011, quando foram notificados 231 casos no município¹⁰.

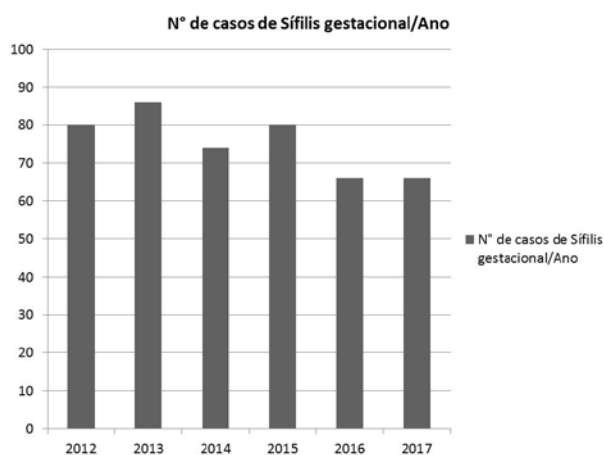


Figura 1. Número de casos de sífilis gestacional por ano. Sobral, 2012-2017.

Fonte: Elaborada pelos autores.

Um das hipóteses desse aumento de casos se refere à ampliação do uso de testes rápidos em gestantes e a uma mudança comportamental, como diminuição do uso de métodos contraceptivos, sobretudo preservativos, como indicam os dados nacionais do Ministério da Saúde⁸.

O alto número de casos notificados de SG demonstra que as medidas de prevenção têm sido ineficazes e acredita-se que a quantidade de gestantes com essa IST seja bem maior, devido à subnotificação de casos. Uma situação semelhante à descrita neste estudo foi observada em outro município da Região Nordeste: Santa Cruz, no Rio Grande do Norte¹⁴.

Soma-se ao exposto outro estudo, realizado no Rio de Janeiro, que analisa o panorama histórico da sífilis no Brasil e reitera o relato de aumento do número de casos dessa doença, em especial de SG. Tal realidade pode estar particularmente relacionada à falta de penicilina, medicamento adequado para a terapêutica, o que contribui para a manutenção da patologia¹⁵.

Os dados nacionais apontam a falta de medicamento em 60% dos estados no início do ano de 2016. Tal avaliação indica, ainda, cerca de 65.000 casos de sífilis adquirida no país em 2015, aproximadamente 33.000 deles de SG. Nesse contexto, a falta de medicamento é generalizada e parece refletir disputas de mercado para aumentar o preço do produto, aumentando sobremaneira a dificuldade da terapêutica dessa doença¹⁵.

A Tabela 1 mostra que, no período de estudo, houve 9 casos na faixa etária de 10 a 14 anos (2% do total), 94 casos de 15 a 19 anos (20,8%), 336 casos de 20 a 39 anos (74,4%) e 13 casos de 40 a 59 anos (2,8%). Tais dados indicam que a maioria dos casos de sífilis ocorre na faixa etária de 20 a 39 anos, reforçando a importância de programas de rastreio e notificação específicos para a fase de maior fertilidade das mulheres.

O alto número de casos notificados de SG demonstra que as medidas de prevenção têm sido ineficazes...

Tabela 1 – Faixa etária dos casos de sífilis gestacional. Sobral, 2012-2017

Ano	Faixa etária				Total
	10-14	15-19	20-39	40-59	
2012	3	19	58	-	80
2013	2	14	66	4	86
2014	1	16	57	-	74
2015	1	20	56	3	80
2016	1	12	49	4	66
2017	1	13	50	2	66
Total	9	94	336	13	452

Fonte: Elaborada pelos autores.

Realizado em 2011 e 2012, um estudo de amplitude nacional que envolveu 23.894 mulheres nas cinco regiões do país relata resultados próximos aos levantados em Sobral no que diz respeito à faixa etária. Dentre as 16.807 portadoras de sífilis, 70,3% tinham idade entre 20 e 34 anos¹⁶.

Outro aspecto que se destaca nos dados epidemiológicos de Sobral é a quantidade de gestantes jovens, com idade entre 10 e 19 anos, infectadas por sífilis. No período de estudo foram registrados 103 casos (22,8% do total). Um estudo realizado em Minas Gerais reforça a relevância desses números ao afirmar que essa faixa etária de mulheres grávidas apresenta maior chance de pré-natal tardio, o que aumenta o risco de transmissão da doença para o feto, uma vez que essas futuras mães demoram mais tempo para ser diagnosticadas e tratadas¹⁷.

Na Figura 2 se observa que a maioria dos casos de SG em Sobral ocorreu entre pessoas pardas (363 casos – 80,3% do total), seguidas por pessoas brancas (44 casos – 9,7% do total) e as pessoas negras apresentam um número bem próximo de notificações (40 casos – 8,8% do total). Não foi incluído no gráfico, devido ao seu caráter pontual, 1 caso (0,2% do total) de SG em pessoa indígena e 2 notificações (0,4%) foram ignoradas quanto à cor da pele.

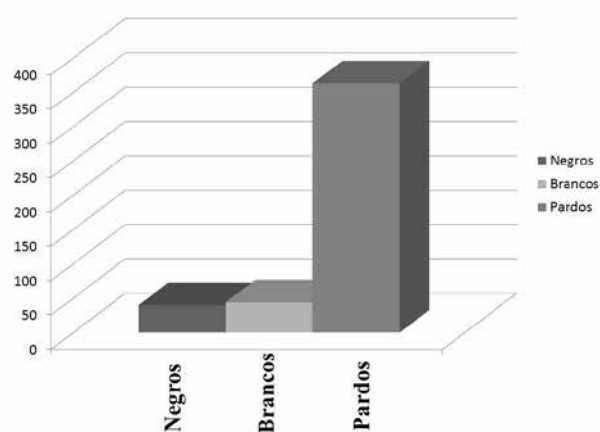


Figura 2. Número de casos de sífilis gestacional por cor da pele. Sobral, 2012-2017.

Fonte: Elaborada pelos autores.

Esses resultados se encontram em consonância com estudos que demonstram as desvantagens enfrentadas por mulheres pardas e negras em relação à assistência à saúde. Elas são vítimas de desigualdade no acesso ao pré-natal adequado, assim como também contam com menor assistência até no momento do parto¹⁸. Esse problema se relaciona às diferenças socioeconômicas: observam-se piores indicadores de acesso aos serviços de saúde entre pessoas não brancas¹⁹.

Aspectos que influenciam no acesso ao pré-natal e ao parto de qualidade podem influenciar na prevalência de casos de SG entre mulheres pardas em Sobral. Essa hipótese é reforçada quando se evidencia que as mulheres pardas e pretas se concentram mais no Nordeste¹⁸. Entretanto, há necessidade de novos estudos para embasar cientificamente as iniquidades em saúde no município e suas consequências empíricas.

Em Sobral, a subnotificação de SG entre indígenas decorre de aspectos inerentes a essa clientela, visto que estudos apontam esse contexto em outras regiões do País. No Mato Grosso do Sul, por exemplo, a sífilis apresenta alta incidência entre indígenas, mas a subnotificação nos sistemas oficiais oculta a magnitude da doença²⁰. Outra razão para os baixos percentuais observados entre indígenas é o próprio número reduzido dessa população no município¹².

No que se refere à escolaridade, em Sobral, a SG acomete com maior frequência a população com Ensino Fundamental incompleto (217 casos – 48% do total). Incluem-se, nesse grupo, os analfabetos e as pessoas que abandonaram os estudos antes de completar a 8ª série. Diante disso, os dados chamam

a atenção por corresponderem a quase a metade dos casos notificados no período de estudo, e os números podem ser ainda maiores ao considerar que 44 casos (9,7%) foram ignorados em relação ao grau de escolaridade (Tabela 2).

Tabela 2 – Casos de sífilis gestacional por escolaridade. Sobral, 2012-2017

Escolaridade	N	%
Ignorada/em branco	44	9,7
Analfabeto	14	3,1
Ensino Fundamental incompleto (não concluiu da 1ª à 4ª série)	42	9,3
Ensino Fundamental incompleto (concluiu da 1ª à 4ª série)	36	8
Ensino Fundamental incompleto (não concluiu da 5ª à 8ª série)	125	27,6
Ensino Fundamental completo	61	13,6
Ensino Médio incompleto	62	13,8
Ensino Médio completo	63	13,9
Ensino Superior incompleto	4	0,8
Ensino Superior completo	1	0,2
Total	452	100

Fonte: Elaborada pelos autores.

O maior número de infecções por SG entre mulheres de baixa escolaridade parece relacionar-se ao difícil acesso às informações sobre a doença e à maior dificuldade para realização do pré-natal, visto que resultados semelhantes foram relatados em estudo realizado no Rio de Janeiro, o qual avaliou dados das 5 regiões do país e constatou um número 3,2 vezes maior de casos de SG entre mulheres com até 7 anos de estudo em comparação àquelas de maior escolaridade¹⁶.

Outra análise epidemiológica, realizada em Tocantins, também obteve resultados semelhantes aos de Sobral em termos de escolaridade. Esse estudo indica que 76% das mulheres com SG variavam entre Ensino Fundamental incompleto e Ensino Médio completo, o que aponta a importância de políticas públicas para orientar essa população de risco para SG sobre a relevância das ações de prevenção e tratamento da doença²¹.

Em relação à zona de residência das gestantes infectadas por sífilis em Sobral, a Figura 3 mostra que houve maior número de casos notificados na zona urbana. O número total de notificações na zona rural foi de 73 casos (16,1%), ao passo que 377 casos de SG se referem a mulheres que vivem na zona urbana (83,4%). Para 2013, 2 casos foram ignorados quanto à zona de residência.

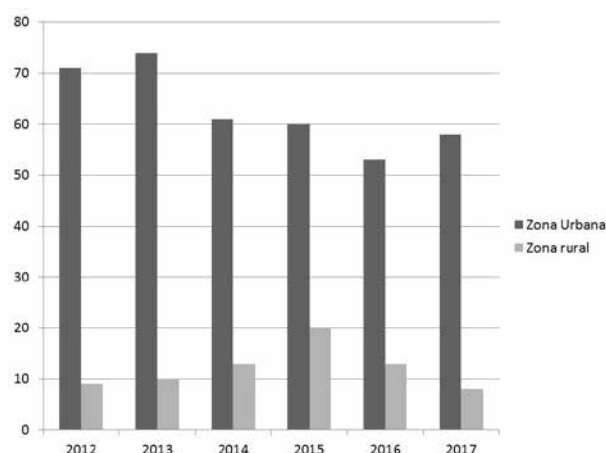


Figura 3. Casos de sífilis gestacional por zona de residência. Sobral, 2012-2017.

Fonte: Elaborada pelos autores.

Esses dados refletem o grande número de pessoas vivendo na zona urbana, característica observada na maioria absoluta das cidades brasileiras. Contudo, um aspecto que assume destaque é a persistência de números relevantes de mulheres com SG na zona rural. Tal fato evidencia que essa população deve ter acesso a políticas de prevenção e tratamento dessa doença, além de iniciativas para promover seu acesso ao pré-natal de qualidade.

A Tabela 3 mostra predominância da sífilis terciária (341 casos – 75,4% do total). Outro tipo clínico que demanda atenção é a sífilis latente (66 casos – 14,6%). A relevância da classificação clínica concerne ao risco de transmissão vertical, que é maior na sífilis primária e secundária¹.

Tabela 3 – Casos de sífilis gestacional por classificação clínica da doença. Sobral, 2012-2017

Classificação clínica	N	%
Ignorada/em branco	13	2,9
Primária	29	6,4
Secundária	3	0,7
Terciária	341	75,4
Latente	66	14,6
Total	452	100

Fonte: Elaborada pelos autores.

Conhecer a caracterização clínica da sífilis é vital para a adoção da terapêutica adequada. Na sífilis terciária e latente tardia, o tratamento demanda uma dose semanal, durante 3 semanas seguidas, enquanto a terapêutica da sífilis primária e secundária envolve uma dose única⁴. Em virtude disso, o tratamento da sífilis terciária e latente tardia apresenta maior taxa de abandono, devido à sua maior complexidade.

Desse modo, como grande parte dos casos notificados em Sobral foi de sífilis terciária, deve-se focar a terapêutica adequada dos pacientes infectados, visando à redução dos riscos dessa doença.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo evidenciam aumento do número de casos de SG em comparação aos dados notificados na década passada. Constatou-se predominância de SG com classificação clínica terciária e inclinação para grupos populacionais específicos, como mulheres negras e pardas com idade entre 20 e 39 anos, baixo nível de escolaridade, moradoras da zona urbana e representantes de classes socioeconômicas menos favorecidas.

Diante desse cenário, infere-se que há necessidade de intervenções mais vigorosas voltadas à prevenção, ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado da sífilis, com foco em populações mais vulneráveis, tendo por objetivo diminuir as disparidades sociais observadas.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

João Vitor Souza Marques contribuiu com a realização da pesquisa, o delineamento do estudo e a redação do manuscrito. **Beatriz Mendes Alves** contribuiu com a redação e revisão crítica do manuscrito. **Marcos Vinícius Souza Marques** contribuiu com a realização da pesquisa. **Francisco Plácido Nogueira Arcanjo** contribuiu com a realização da pesquisa e a revisão crítica do manuscrito. **Cynara Carvalho Parente e Renan Lopes Vasconcelos** contribuíram com a revisão crítica do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Sífilis [document on the internet]. 2017 [cited 2018 Oct 19]. Available from: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/sifilis-2>
2. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Sífilis congênita e sífilis na gestação. Rev Saúde Pública [serial on the internet]. 2008 [cited 2018 Oct 20];42(4):768-72. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n4/itss.pdf>
3. Bruna MHV. Sífilis [document on the internet]. 2018 [cited 2018 Oct 23]. Available from: <https://drauziovarella.uol.com.br/doencas-e-sintomas/sifilis/>
4. Freitas F, Menke CH, Rivoire WA, Passos EP, organizers. Rotinas em ginecologia. São Paulo: Artmed; 2011.
5. Cardoso ARP, Araújo MAL, Cavalcante MS, Frota MA, Melo SP. Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. Ciênc Saúde Colet [serial on the internet]. 2018.[cited 2018 Oct 22];23(2):563-74. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n2/1413-8123-csc-23-02-0563.pdf>
6. Brasil. Portaria n. 33, de 14 de julho de 2005. Inclui doenças à relação de notificação compulsória, define agravos de notificação imediata e a relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Nacional ou Regional. Diário Oficial da União, Brasília (2005 Jul 15); Sec 1.
7. Magalhães Sobrinho DDT. Sífilis gestacional: investigação da fragilidade do tratamento na Estratégia Saúde da Família [document on the internet]. 2017 [cited 2018 Dec 10]. Available from: https://unifor.br/documents/392178/805154/simposiocienciasmedicas2017_artigo34.pdf/54fe38be-4c19-ae78-4fb3-9ca00f55ebf7

8. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico: sífilis 2017 [document on the internet]. 2017 [cited 2018 Nov 3];48(36):1-44. Available from: <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/13/BE-2017-038-Boletim-Sifilis-11-2017-publicacao-.pdf>

9. TV Diário. Número de casos de sífilis no Ceará cresce 380% em sete anos [document on the internet]. 2017 [cited 2018 Nov 1]. Available from: <http://tvdiario.verdesmares.com.br/noticias/ciencia-e-saude/numero-de-casos-de-sifilis-no-cessa-cresce-380-em-sete-anos-saiba-como-se-prevenir-1.1840299>

10. Soares BGMR, Marinho MAD, Linhares MI, Mota DS. Perfil de notificação de sífilis gestacional e sífilis congênita. Sanare (Sobral, Online) [serial on the internet]. 2017 [cited 2018 Nov 2];16(2):51-9. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1178/639>

11. Sobral (Município). A cidade: história [document on the internet]. 2018 [cited 2018 Nov 2]. Available from: <http://www.sobral.ce.gov.br/a-cidade/historia>

12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades: Sobral [document on the internet]. 2018 [cited 2018 Nov 2]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/sobral/panorama>

13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades: Sobral: Serviços de Saúde [document on the internet]. 2019 [cited 2018 Nov 2]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/sobral/pesquisa/32/28163>

14. Cabral BTV, Dantas JC, Silva JÁ, Oliveira DA. Sífilis em gestante e sífilis congênita: um estudo retrospectivo. Rev Ciênc Plur [serial on the internet]. 2017 [cited 2018 Nov 7];3(3):32-44. Available from: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/download/13145/9351/>

15. Vásquez GGH. Vênus nos braços de mercúrio, bismuto e arsênio: notas históricas sobre sífilis gestacional antes da penicilina. Sex, Salud Soc (Rio J) [serial on the internet]. 2018 [cited 2018 Oct 26];28:226-45. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sex/n28/1984-6487-sex-28-226.pdf>

16. Domingues RMSM, Szwarcwald CL, Souza Junior PRB, Leal MC. Prevalence of syphilis in pregnancy and prenatal syphilis testing in Brazil: birth in Brazil study. Rev Saúde Pública [serial on the internet]. 2014 [cited 2018 Nov 3];48(5):766-74. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n5/pt_0034-8910-rsp-48-5-0766.pdf

17. Jezo RFV, Ribeiro IKS, Araújo A, Rodrigues BA. Gravidez na adolescência: perfil das gestantes e mães adolescentes em uma unidade básica de saúde.

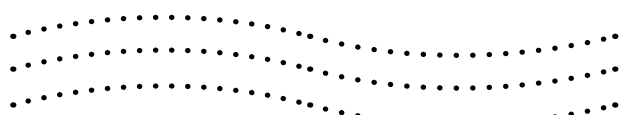
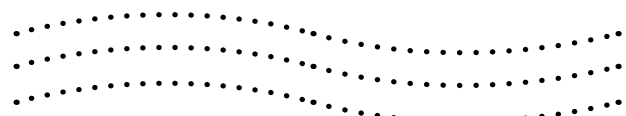
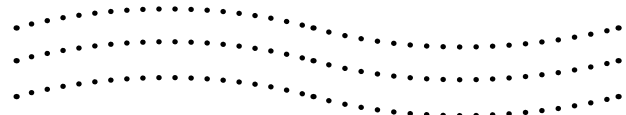
Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro [serial on the internet]. 2017 [cited 2018 Nov 7];7:1-8. Available from: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewFile/1387/1563>

18. Leal MC, Gama SGN, Pereira APE, Pacheco VE, Carmo CN, Santos RV. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. Cad Saúde Pública [serial on the internet]. 2017 [cited 2018 Nov 7];33(1):1-17. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33s1/1678-4464-csp-33-s1-e00078816.pdf>

19. Santos JAF. Desigualdade racial de saúde e contexto de classe no Brasil. Revista de Ciências Sociais [serial on the internet]. 2011 [cited 2018 Nov 7];54(1):5-40. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/dados/v54n1/01.pdf>

20. Tiago ZS, Picoli RP, Graeff SVB, Cunha RV, Arantes R. Subnotificação de sífilis em gestantes, congênita e adquirida entre povos indígenas em Mato Grosso do Sul 2011-2014. Epidemiol Serv Saúde [serial on the internet]. 2017 [cited 2018 Nov 7];26(3):503-12. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v26n3/2237-9622-ress-26-03-00503.pdf>

21. Cavalcante PAM, Pereira RBL, Castro JGD. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2017-2014. Epidemiol Serv Saúde [serial on the internet]. 2017 [cited 2018 Nov 9];26(2):255-64. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v26n2/2237-9622-ress-26-02-00255.pdf>



AUTOPERCEPÇÃO EM SAÚDE BUCAL DE PACIENTES COM HIV/AIDS ACOLHIDOS POR CASA DE APOIO

SELF-PERCEPTION IN ORAL HEALTH AMONG HIV/AIDS PATIENTS HOSTED BY A SUPPORT HOUSE

AUTOPERCEPCIÓN EN SALUD BUCAL DE PACIENTES CON VIH/SIDA ACOGIDOS POR UNA CASA DE APOYO

Amanda Sales de Almeida ¹

Jacques Antonio Cavalcante Maciel ²

Francisco César Barroso Barbosa ³

Palavras-chave:

Saúde Bucal; HIV; AIDS;
Autoimagem.

Keywords:

Oral Health; HIV; AIDS; Self-
Concept.

Palabras clave:

Salud Bucal; VIH; SIDA;
Autoimagen.

Submetido:

10/11/2018

Aprovado:

06/12/2018

Autor(a) para Correspondência:

Jacques Ant. Cavalcante Maciel
R. Lourenço Guimarães, 250
Paulo Ximenes do Prado
Groaíras-CE
CEP: 62190-000
E-mail:
jacques.maciel@sobral.ufc.br

RESUMO

Este artigo analisa a autopercepção em saúde bucal de pacientes com vírus da imunodeficiência humana e síndrome da imunodeficiência adquirida (HIV/AIDS) acolhidos pela Casa de Apoio "Madre Anna Rosa Gattorno" em Sobral-CE, descrevendo os fatores relacionados e associando o perfil socioeconômico e educacional ao cuidado em saúde bucal. A coleta de dados foi realizada com aplicação de questionários a 72 pacientes. Quanto às características sociodemográficas, a maioria dos sujeitos do estudo relatou baixas escolaridade e renda. Observou-se que 88,9% se preocupavam com a saúde bucal; 90,3% percebiam a influência da condição bucal na saúde geral; e a cárie foi a principal causa de dor. Os resultados sugerem a necessidade de planejar, elaborar e executar serviços odontológicos voltados à promoção da saúde de pacientes com HIV/AIDS, possibilitando a tomada de ações específicas para melhorar a qualidade de vida dessa clientela.

1. Cirurgiã-Dentista pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Sobral (CE), Brasil. E-mail: amanda_sales_almeida@hotmail.com

2. Cirurgião-Dentista. Professor no Curso de Odontologia da UFC. Sobral (CE), Brasil. E-mail: jacques.maciel@sobral.ufc.br

3. Cirurgião-Dentista. Professor no Curso de Odontologia e no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UFC. Sobral (CE), Brasil. E-mail: fcbarbosa@yahoo.com.br

ABSTRACT

This article analyzes self-perception in oral health among patients with human immunodeficiency virus and acquired immunodeficiency syndrome (HIV/AIDS) hosted by the Support House 'Madre Anna Rosa Gattorno' in Sobral, Ceará, Brazil, describing the related factors and associating the socioeconomic and educational profile to oral health care. Data collection was conducted by applying questionnaires to 72 patients. As for the sociodemographic characteristics, most study subjects reported low schooling and income. It was observed that 88.9% were concerned with oral health; 90.3% perceived the influence of an oral condition on general health; and caries was the main cause of pain. The results suggest the need to plan, design, and execute dental services aimed at promoting the health of HIV/AIDS patients, making it possible to take specific actions to improve the quality of life of this clientele.

RESUMEN

Este artículo analiza la autopercepción en salud oral de pacientes con virus de inmunodeficiencia humana y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) acogidos por la Casa de Apoyo "Madre Anna Rosa Gattorno" en Sobral, Ceará, Brasil, describiendo los factores relacionados y asociando el perfil socioeconómico y educativo al cuidado en salud bucal. La recogida de datos se realizó mediante aplicación de cuestionarios a 72 pacientes. En cuanto a las características sociodemográficas, la mayoría de los sujetos del estudio informaron bajos niveles de escolaridad e ingresos. Se observó que 88,9% estaban preocupados por la salud bucal; 90,3% percibieron la influencia de una condición oral en la salud general; y la caries fue la principal causa de dolor. Los resultados sugieren la necesidad de planificar, diseñar y ejecutar servicios dentales destinados a promover la salud de los pacientes con VIH/SIDA, lo que permite tomar medidas específicas para mejorar la calidad de vida de esta clientela.

.....

INTRODUÇÃO

Para ser considerado saudável, o indivíduo precisa viver com qualidade de vida¹. Esse conceito está intimamente relacionado ao de autopercepção, que, em saúde, pode ser entendida como a interpretação das experiências e do estado salubre no contexto da vida diária². A autopercepção em saúde bucal enfoca a importância de como a pessoa percebe sua condição bucal, uma vez que o comportamento é condicionado por essa percepção, pela significância atribuída a ela, por valores culturais e experiências no sistema de saúde. Grande parcela da população não frequenta os serviços odontológicos porque não tem a percepção de sua necessidade e seus benefícios³.

Com a mudança do paradigma biomédico, percebeu-se que definições mais atuais de saúde rejeitam a noção de que ela se limita à ausência de doenças físicas, pois é preciso considerar o contexto físico e psicológico, bem como o bem-estar social do indivíduo. No entanto, a saúde bucal continua sendo mensurada por meio de um modelo baseado em agravos ou doenças, com indicadores objetivos e quantitativos, não levando em consideração diversas dimensões envolvidas nem as repercussões dos problemas de saúde na vida diária dos indivíduos⁴.

Dentre as principais doenças crônicas da atualidade se destaca a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), uma vez que os pacientes tiveram sua sobrevivência aumentada com a terapia antirretroviral altamente eficaz (*highly active antiretroviral therapy* – HAART), o que proporciona significativa melhora da qualidade de vida desses indivíduos⁵. Hoje, a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) é considerada uma pandemia. Essa doença deixou de afetar um grupo específico (homossexuais, hemofílicos e usuários de drogas) e passou a ocorrer cada vez mais entre mulheres e crianças¹.

Segundo dados do Ministério da Saúde⁶, do início de 2007 até junho de 2016 foram notificados 136.945 casos de infecção por HIV no Brasil, sendo 71.396 no Sudeste (52,1%), 28.879 no Sul (21,1%), 18.840 no Nordeste (13,8%), 9.152 no Centro-Oeste (6,7%) e 6.868 na Região Norte (6,3%). Em 2015 foram notificados 32.321 casos de infecção por HIV, sendo 2.988 casos no Norte (9,2%), 6.435 casos no Nordeste (19,9%), 13.059 no Sudeste (40,4%), 7.265 no Sul (22,5%) e 2.574 no Centro-Oeste (8,0%).

De acordo com a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (Sesa)⁷, o Ceará ocupa a terceira posição no ranking dos estados do Nordeste, ao lado da Bahia e de Alagoas. De 2007 a 2017, até a Semana

Epidemiológica (SE) 46 (de 01/01/17 a 18/11/17), foram notificados 6.460 casos de HIV no Ceará. Na série histórica, a taxa de detecção de HIV em adultos desse estado passou de 1,2 casos por 100 mil habitantes em 2007 para 15,8 em 2016. O município de Sobral ocupa a primeira posição em notificações no norte do Ceará.

Com o gradativo aumento da população portadora de HIV, mostra-se necessário adotar políticas públicas focadas nos cuidados em saúde dessa clientela, especialmente quando voltadas à prevenção. No contexto odontológico, ainda há escassez de programas e pesquisas envolvendo indivíduos com HIV – que podem tornar-se portadores de severas necessidades em saúde bucal.

O diagnóstico das condições e a autopercepção da saúde bucal dos indivíduos são cruciais na avaliação dos serviços de saúde e nas estratégias de planejar, elaborar e executar os serviços odontológicos para a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação dessa população específica.

Para um diagnóstico correto é necessária a compreensão não só de suas necessidades clínicas (objetivas), mas também das relatadas (subjetivas). Para tanto, o paciente com HIV/AIDS precisa ter a oportunidade de expressar seus sentimentos e suas necessidades, que, na maioria das vezes, ficam ocultos e reprimidos no cotidiano das avaliações objetivas da prática clínica e de uma sociedade preconceituosa.

Este artigo analisa a autopercepção em saúde bucal de pacientes com HIV/AIDS acolhidos pela Casa de Apoio “Madre Anna Rosa Gattorno” em Sobral, descrevendo os fatores relacionados e associando o perfil socioeconômico e educacional ao cuidado em saúde bucal.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo exploratório, de caráter descritivo, com abordagem quantitativa, realizado na Casa de Apoio Madre Anna Rosa Gattorno, entidade não governamental pertencente à Rede de Solidariedade Positiva – Núcleo Sobral, consistindo em uma casa de hospedagem temporária que acolhe pacientes com HIV/AIDS do norte do Ceará.

A amostra foi definida por meio de levantamento de todos os pacientes acolhidos pela instituição em análise no período de fevereiro a abril de 2014. Os critérios de inclusão foram: participação voluntária,

*...o paciente com HIV/
AIDS precisa ter a
oportunidade de
expressar seus
sentimentos e suas
necessidades...*

confirmada por assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, e ter 18 anos de idade ou mais. Já os critérios de exclusão foram: severidade da doença que impossibilitasse a entrevista e dificuldade de comunicação que comprometesse o entendimento do questionário.

Os dados foram coletados por meio de questionário adaptado da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (Projeto SB Brasil de 2010). O banco de dados construído foi analisado inicialmente no programa computacional *Microsoft Excel* e posteriormente no programa computacional *SPSS*, versão 20. As variáveis independentes foram gênero, escolaridade e renda familiar. Para análise de correlação entre as variáveis, utilizou-se o teste de associação do qui-quadrado (com nível de significância $p < 0,05$).

Esta pesquisa teve anuência da Rede de Solidariedade Positiva – Núcleo Sobral e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), sob o Parecer n. 578.448, em conformidade com os princípios da Resolução n. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS)⁸.

RESULTADOS

Foram coletados dados de 72 pacientes acolhidos pela casa de apoio. Destes, 34 (47,2%) eram do gênero masculino e 38 (52,8%) eram do gênero feminino. Houve predomínio da faixa etária entre 35 e 43 anos de idade, com média de 38,32 anos ($DP \pm 9,49$), que correspondeu a 43,1% da população estudada. Quanto ao estado civil, 50% dos entrevistados eram solteiros, 36,1% eram casados e 12,5% eram viúvos – a menor porcentagem correspondeu aos divorciados (1,4%).

Houve predomínio de entrevistados com baixa escolaridade: analfabetos (26,4%) e indivíduos com Ensino Fundamental incompleto (48,6%); apenas 9,7% tinham Ensino Médio completo. No que concerne ao perfil financeiro, os achados mostraram

maior participação de indivíduos com renda familiar menor do que 1 salário-mínimo (45,8%). A maioria dos entrevistados (68,1%) não tinha vínculo empregatício, sendo que 37,5% eram donas de casa, 16,7% recebiam benefício (auxílio-doença) ou aposentadoria e 13,9% estavam desempregados (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes por características pessoais. Sobral, 2014.

Características	N	%
<i>Gênero</i>		
Masculino	34	47,2
Feminino	38	52,8
<i>Faixa etária (anos)</i>		
18 a 24 anos	7	9,7
25 a 34 anos	15	20,8
35 a 43 anos	31	43,1
44 a 53 anos	15	20,8
54 a 63 anos	4	5,6
<i>Renda familiar</i>		
Menor do que 1 salário-mínimo	33	45,8
1 salário-mínimo	23	31,9
Maior do que 1 salário-mínimo e menor do que 2 salários-mínimos	9	12,5
2 salários-mínimos	3	4,2
Maior do que 2 salários-mínimos	4	5,6
<i>Atividade ocupacional</i>		
Desempregado	10	13,9
Dona de casa	27	37,5
Autônomo	6	8,3
Empregada doméstica	5	6,9
Pensionista/aposentado	12	16,7
Agricultor	7	9,7
Auxiliar de serviços gerais (com carteira assinada)	2	2,8
Teólogo	1	1,4
Voluntário de projeto beneficente	1	1,4
Comerciante	1	1,4
<i>Grau de escolaridade</i>		
Analfabeto	19	26,4
Ensino Fundamental incompleto	35	48,6
Ensino Fundamental completo	6	8,3
Ensino Médio incompleto	4	5,6
Ensino Médio completo	7	9,7
Ensino Superior completo	1	1,4
<i>Estado civil</i>		
Solteiro	36	50
Casado/união estável	26	36,1
Divorciado	1	1,4
Viúvo	9	12,5

Fonte: Elaborada pelos autores.

Ao analisar a preocupação com a saúde geral, 93,1% se mostraram preocupados e 6,9% estavam despreocupados. Já em relação à visita ao médico para prevenção em saúde, 62,5% relataram procurar regularmente, principalmente diante da necessidade da realização de consultas e exames de rotina, para melhor acompanhamento do curso clínico da doença.

Quando questionados sobre a preocupação com a saúde bucal, ou seja, a percepção sobre sua importância, observou-se que 88,9% se preocupavam. Apenas 29,2% procuravam regularmente o cirurgião-dentista para prevenção em saúde bucal; os outros só o procuravam quando sentiam dor. Apesar de haver maior preocupação com a saúde geral em comparação com a saúde bucal, a maioria dos pacientes (90,3%) percebe a influência da saúde bucal na saúde geral, mostrando uma autopercepção positiva da saúde bucal. Dentre os fatores relacionados a essa influência, os pacientes citaram a halitose e o edentulismo.

Ao avaliar a presença de algum problema na boca e a preocupação do paciente, observou-se que 55,6% já se sentiram preocupados devido à presença de enfermidades que surgiram após a infecção por HIV. A maioria (91,7%) relatou ter sentido dor ou desconforto ao comer algum tipo de alimento. As principais causas dessa dor ou desconforto foram cárie (65,3%), afta (12,5%), candidíase (6,9%) e gengivite (5,6%) (Figura 1).

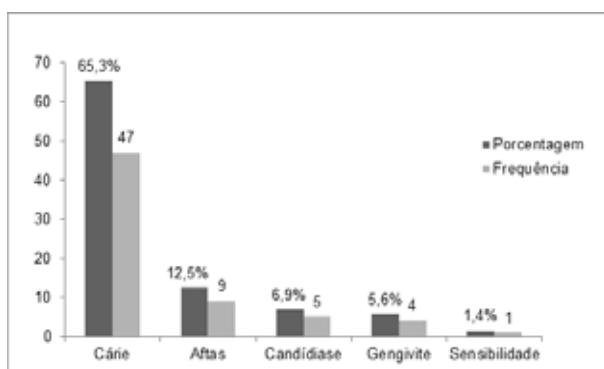


Figura 1. Causas de dor ou desconforto para comer algum tipo de alimento. Sobral, 2014.

Fonte: Elaborada pelos autores.

Quanto à percepção da preocupação com a saúde bucal, as variáveis indicaram correlação estatisticamente significativa apenas para o grau de escolaridade ($p = 0,037$), ou seja, quanto mais alto o nível educacional, maior a preocupação com a saúde bucal. Já as variáveis sexo ($p = 0,182$) e renda familiar ($p = 0,910$), não apresentaram correlação estatisticamente significativa.

Constatou-se significância estatística ($p = 0,032$) na correlação entre a influência da condição bucal na saúde geral e o gênero, ou seja, o gênero feminino se associou a maior percepção da influência da saúde bucal na saúde geral. No que concerne

A autopercepção em saúde bucal tem sido relacionada ao modelo de determinação social da doença...

ao grau de escolaridade ($p = 0,100$) e à renda familiar ($p = 0,409$), não foi encontrado resultado estatisticamente significativo.

Em relação ao cuidado com a saúde bucal após a infecção por HIV, observou-se que 55,5% passaram a se cuidar mais, 41,7% não mudaram seus hábitos e 2,8% passaram a se cuidar menos. Ao serem questionados quanto à satisfação com a aparência da boca, 61,1% se mostraram satisfeitos e 38,9% relataram insatisfação. Analisando a frequência de escovação dos dentes, 80,6% dos indivíduos afirmaram que realizam sua higiene oral 2 ou 3 vezes por dia.

A avaliação do cuidado com a saúde bucal após a infecção por HIV não constatou associação estatisticamente significativa com qualquer das variáveis estudadas: gênero ($p = 0,994$), renda familiar ($p = 0,173$) e grau de escolaridade ($p = 0,907$).

E em relação ao acesso a serviços odontológicos, 56,9% afirmaram ter fácil acesso ao dentista. Sobre a forma desse acesso: 30,6% apontaram a Atenção Primária à Saúde (APS), 18,1% indicaram o projeto de extensão universitária "Sorriso Positivo", vinculado à Universidade Federal do Ceará (UFC), e 8,3% mencionaram serviços privados.

DISCUSSÃO

A análise dos fatores relacionados à autopercepção em saúde bucal entre pacientes com HIV/AIDS se mostra relevante para a atuação dentro dos determinantes sociais da saúde com vistas à redução de iniquidades em saúde bucal. Neste estudo, o grupo de pacientes acolhido pela Casa de Apoio Madre Ana Rosa Gattorno apresentou autopercepção positiva em saúde bucal.

A autopercepção em saúde bucal tem sido relacionada ao modelo de determinação social da doença, o que envolve fatores econômicos, educacionais e culturais. Políticas de saúde focadas na concepção exclusivamente biomédica da doença

contribuem para uma assistência odontológica ineficaz, como consequência, a longo prazo a prevalência do edentulismo, comprometendo a qualidade de vida⁹.

Além da insatisfação com a aparência física, a total ausência de dentes afeta negativamente a alimentação e implica incapacidade física, pois limita a escolha dos alimentos e prejudica a nutrição e a saúde geral¹⁰. Isso é preocupante para o paciente com HIV/AIDS, uma vez que a alimentação adequada se mostra crucial para a resposta positiva ao tratamento antirretroviral na vida diária¹¹.

Um estudo sobre os cuidados odontológicos de pacientes com HIV/AIDS traz a halitose como fator importante da autopercepção negativa em saúde bucal – um aspecto diferente do observado neste estudo. Ainda assim, a abordagem da halitose tem relevância por se tratar de uma condição geradora de problemas sociais e psicológicos: sua ocorrência causa sérios prejuízos na qualidade de vida¹². O mau odor bucal se torna fator significativo nas relações sociais, podendo gerar preocupação não só em termos de saúde física, mas também de saúde mental, com alterações psicológicas que levam ao isolamento social¹³. As pessoas soropositivas enfrentam dificuldades para se sentirem aceitas socialmente, o que aumenta o medo e, sobretudo, o isolamento dessa clientela¹⁴, o que se torna ainda pior quando associado a halitose.

A saúde bucal está fortemente associada à saúde física e mental e há significativo aumento das necessidades de saúde bucal em pessoas com infecção por HIV¹⁵. A AIDS leva a progressiva imunossupressão, resultando em maior suscetibilidade do organismo a infecções oportunistas. Quando combinada a más condições bucais, pode prejudicar ainda mais o bem-estar do paciente, contribuindo para piorar sua qualidade de vida¹⁶.

A boca não pode ser tratada isoladamente: a saúde bucal assume tanta importância para garantir um organismo sadio quanto a saúde geral para causar problemas na boca do paciente. A cavidade oral é porta de entrada para micro-organismos causadores de diversas doenças sistêmicas. E é notório que muitas doenças do corpo têm manifestações bucais, constituindo sinal para diagnosticar problemas de saúde geral¹⁷.

A frequência adequada de escovação dos participantes deste estudo se contrapõe às observações de outros estudos dedicados a pacientes com HIV/AIDS, pois a saúde bucal quase sempre é

As pessoas soropositivas enfrentam dificuldades para se sentir aceitas socialmente...

subvalorizada por pacientes cujo foco recai sobre o tratamento da doença sistêmica¹⁸. A cavidade oral, quando não se encontra em condição saudável ou não é higienizada do modo correto, passa a ser um foco de infecção que pode afetar negativamente o curso clínico da doença principal, com potencial surgimento de infecções oportunistas¹⁹.

As manifestações orais da infecção por HIV são comuns e podem representar os primeiros sinais clínicos da doença, às vezes antecedem as manifestações sistêmicas²⁰. A microbiota oral de indivíduos imunocompetentes é diferente da flora de pacientes com HIV/AIDS. A associação de medicamentos, inclusive antibióticos, corticosteroides e anti-inflamatórios, adotada no tratamento pode propiciar a proliferação de várias espécies de fungos, como a *Candida*, que causa a candidíase oral²¹. Esta é a manifestação bucal mais frequente em portadores de HIV, devido à alteração da quantidade de Linfócitos T, sendo, portanto um indicador da debilitação do sistema imunológico²².

Os numerosos efeitos adversos da terapia antirretroviral podem contribuir para uma higiene bucal inadequada e uma dieta inapropriada, aumentando o risco de cárie²³ – o problema de saúde bucal mais relatado pelos participantes. Ainda que o estudo não tenha recorrido a exame clínico para avaliar a prevalência e severidade da doença, o autorrelato corrobora outros estudos indicativos de que os indivíduos com HIV/AIDS apresentam alta prevalência de cárie e gengivite, devido à influência de fatores crônicos envolvidos na infecção por HIV, como: a) uso prolongado de medicamentos açucarados; b) alterações do fluxo salivar pelo uso de medicamentos e/ou alterações das glândulas salivares; c) dieta rica em carboidratos; d) repetidos episódios de internação; e e) higiene oral deficiente. Isso se assemelha aos dados relatados neste estudo pelos pacientes²⁴.

As medidas de autopercepção da saúde bucal envolvem dimensões comuns, como a aparência.

A preocupação com a aparência se torna um fator relevante nas relações humanas. Um sorriso bonito, com a presença de dentes brancos e alinhados, aumenta a autoestima do indivíduo, já o indivíduo desprovido dessa condição sente-se excluído da sociedade²⁵. No nível psicossocial, uma boca sadia garante a manutenção da boa aparência e da comunicação interpessoal, assim, é um fator de relativa importância na preservação da autoestima e autoconfiança, especialmente com o aumento da expectativa de vida dos infectados por HIV²⁶⁻²⁷.

A saúde bucal se mostra fundamental para essa clientela, pois há maior probabilidade de infecções que geram situações dolorosas, dificultando a alimentação e, conseqüentemente, interferindo na qualidade de vida do indivíduo. Além disso, tais infecções podem ser de difícil tratamento, seja por causa dos micro-organismos mais poderosos ou da baixa imunidade²⁸.

Apesar da reconhecida importância da saúde bucal, cerca de 18% das pessoas nunca foram ao dentista até os 12 anos, constituindo uma parcela significativa da população brasileira sem acesso a serviços odontológicos. O uso dos serviços odontológicos do Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido um desafio para a odontologia, com conseqüente comprometimento da integralidade e resolutividade da assistência em termos de saúde bucal²⁹. O conceito de “acesso aos serviços de saúde” tem amplo escopo, representando o grau de adequação entre as necessidades de saúde, a demanda e o uso de serviços de saúde. Implica garantia de ingresso no sistema de saúde, de modo que os indivíduos possam usufruir dos serviços em caráter contínuo e organizado⁶. Nesse sentido, o acesso aos serviços é complexo e relaciona-se à percepção das necessidades de saúde e da situação clínica atual²⁹.

Muitos dos pacientes que afirmaram ser a APS a principal porta de entrada para os serviços odontológicos não revelam seu diagnóstico ao cirurgião-dentista, por receio de ser discriminados. Sabe-se que muitos profissionais se sentem inseguros ao atender essa clientela, devido ao risco pessoal de contágio e às dúvidas quanto à eficácia das medidas de controle da infecção cruzada. A adequada avaliação do risco ocupacional diante do HIV constitui fator importante na disposição de profissionais de saúde para o atendimento de pessoas com HIV/AIDS³⁰. Assim, o preconceito e a discriminação contra pessoas soropositivas são as maiores barreiras no combate à epidemia, ao

...iniciativas inerentes à saúde bucal são vitais para os pacientes com HIV/AIDS...

seu diagnóstico, ao adequado apoio e à atenção e assistência odontológica.

O Projeto Sorriso Positivo foi citado por alguns pacientes como forma de acesso aos serviços odontológicos. Trata-se de uma atividade de extensão universitária do Curso de Odontologia da UFC em Sobral que presta assistência odontológica aos pacientes com HIV/AIDS na Casa de Apoio de Madre Anna Rosa Gattorno, um espaço de acolhimento e cuidado que respeita o indivíduo em sua integralidade. Desde sua criação, a demanda de atendimentos tem sido relevante, o que ratifica sua contribuição para a melhoria da qualidade de vida. O diferencial do projeto é mostrar aos pacientes a importância da saúde bucal no curso clínico da AIDS, promovendo uma autopercepção positiva da saúde bucal. Portanto, iniciativas inerentes à saúde bucal são vitais para os pacientes com HIV/AIDS, como as ações coletivas do projeto, por meio de métodos educativos e preventivos.

A manutenção de uma boa saúde bucal no tratamento desse grupo específico de pacientes é indispensável que haja a integração da promoção de saúde bucal aos programas de saúde pública voltados aos pacientes com retrovírus, com vistas a melhor qualidade de vida e saúde geral dessa clientela, com conseqüente aumento da expectativa de vida.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a população deste estudo é composta por indivíduos com baixa escolaridade e renda e a maioria apresenta autopercepção positiva da saúde bucal, reconhecendo sua importância no contexto da saúde geral. Os fatores associados a tal autopercepção foram o edentulismo e a halitose, que afetam negativamente o convívio social e a qualidade de vida dos indivíduos.

A maioria dos participantes não procura o dentista para prevenção, a busca pelos serviços odontológicos ainda decorre principalmente de dor ou desconforto, o que prejudica as atividades da

vida diária em virtude de procedimentos clínicos com enfoque curativista e/ou mutilador.

Pode-se afirmar que este estudo reforça a importância de analisar a percepção da saúde bucal pelos pacientes com HIV/AIDS e representa contribuição relevante para o desenvolvimento de programas educativos e preventivos voltados a esse grupo populacional específico.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Amanda Sales de Almeida contribuiu com a realização da pesquisa, o delineamento do estudo e a redação do manuscrito. **Jacques Antonio Cavalcante Maciel** e **Francisco César Barroso Barbosa** contribuíram com a redação e revisão crítica do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Lima ALO, Albuquerque VWT, Silva JIBW, Peixoto FB, Ferreira SMS. Percepção sobre saúde bucal de mulheres vivendo com HIV/AIDS. *Revista Semente* [serial on the internet]. 2011 [cited 2018 Dec 11];6(6):117-30. Available from: <file:///D:/150-1-548-1-10-20130413.pdf>
2. Gerritsen AE, Allen PF, Witter DJ, Bronkhorst EM, Creugers NH. Tooth loss and oral health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Health Qual Life Outcomes* [serial on the internet]. 2010 [cited 2018 Dec 11];8(8):126. Available from: https://www.researchgate.net/publication/47678098_Tooth_loss_and_oral_health-related_quality_of_life_A_systematic_review_and_meta-analysis
3. Buczynski AK, Castro GF, Souza IPR. O impacto da saúde bucal na qualidade de vida de crianças infectadas pelo HIV: revisão de literatura. *Ciênc Saúde Colet* [serial on the internet]. 2008 [cited 2018 Dec 11];13(6):1797-805. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n6/a14v13n6.pdf>
4. Velasquez JR. Atención odontológica al paciente con VIH. *Odontol Mod*. 2012;8(91):14-5.
5. Koyio L, Ranganathan K, Kattappagari KK, Williams DM, Robinson PG. Oral health needs assessment world-wide in relation to HIV. Themes: oral health needs and inequalities, oral health promotion, coordinating research and enhancing dissemination in relation to HIV – a workshop report. *Oral Dis*. 2016;22(Suppl 1):199-205.
6. Brasil. Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 2016 [serial on the internet]. 2017 [cited 2018 Dec 11];48(1):1-52. Available from: http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/janeiro/05/2016_034-Aids_publicacao.pdf
7. Ceará (Estado). Boletim epidemiológico HIV/AIDS, dezembro 2017. Fortaleza: Secretaria da Saúde; 2017.
8. Brasil. Resolução n. 466/2012, de 12 de dezembro de 2012 [document on the internet]. 2012 [cited 2018 Dec 11]. Available from: <https://www.fop.unicamp.br/index.php/pt-br/docentes/fop/459-resolucao-cns-466-2012>
9. Montero J, Castillo-Oyagüe R, Lynch CD, Albaladejo A, Castaño A. Self-perceived changes in oral health-related quality of life after receiving different types of conventional prosthetic treatments: a cohort follow-up study. *J Dent*. 2013;41:493-503.
10. Listl S, Moeller J, Manski R. A multi-country comparison of reasons for dental non-attendance. *Eur J Oral Sci*. 2014;122(1):62-99.
11. Apelian N, Vergnes JN, Bedos C. Humanizing clinical dentistry through a person-centred model. *International Journal of Whole Person Care* [serial on the internet]. 2014 [cited 2018 Dec 11];1(2):30-50. Available from: <http://ijwpc.mcgill.ca/article/view/2/12>
12. Gomes AMT, Silva EMP, Oliveira DC. Representações sociais da AIDS para pessoas que vivem com HIV e suas interfaces cotidianas. *Rev Latinoam Enferm* [serial on the internet]. 2011 [cited 2018 Dec 11];19(3):485-92. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_06
13. Leao JC, Ribeiro CMB, Carvalho AAT, Frezzini C, Porter S. Oral complications of HIV disease. *Clinics* [serial on the internet]. 2009 [cited 2018 Dec 11];64(5):459-70. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2694251/>
14. Sánchez GA, D'Eramo LR, Lecumberri R, Squassi AF. Impact of oral health care needs on health-related quality of life in adult HIV+ patients. *Acta Odontol Latinoam*. 2011;24(1):92-7.
15. Soares GB, Garbin CA, Rovida TA, Garbin AJ. Oral health associated with quality of life of people living with HIV/AIDS in Brazil. *Health Qual Life Outcomes* [serial on the internet]. 2014 [cited 2018 Dec 11];12(12):28. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3942772/>
16. Rwenyonyi CM, Kutesa A, Muwazi L, Okullo I, Kasangaki A, Kekitinwa A. Oral manifestations in HIV/AIDS-infected children. *Eur J Dent* [serial on the internet]. 2011 [cited 2018 Dec 11];5(3):291-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3137442/>
17. Brasil. Hepatite, AIDS, herpes na prática

odontológica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1994.

18. Lambert RF, Orrell C, Haberer JE. "It was pain. That's it. It was pain." Lack of oral health care among otherwise healthy young adults living with HIV in South Africa: a qualitative study. Plos One [serial on the internet]. 2017 [cited 2018 Dec 11];12(12):e0188353. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0188353>

19. Manikandan S, Suresh Kumar V, Ramesh K. Oral manifestations of HIV infected children undergoing highly active antiretroviral therapy. J Pierre Fauchard Acad. 2013;27:49-52.

20. Souza AJ, Gomes-Filho IS, Silva CAL, Passos-Soares JS, Cruz SS, Trindade SC, et al. Factors associated with dental caries, periodontitis and intra-oral lesions in individuals with HIV/AIDS. AIDS Care. 2017;30(5):578-85.

21. Massarente DB, Domaneschi C, Marques HH, Andrade SB, Goursand D, Antunes J. Oral health-related quality of life of paediatric patients with AIDS. BMC Oral Health [serial on the internet]. 2011 [cited 2018 Dec 11];5(11):2. Available from: <https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6831-11-2>

22. Herkrath FJ, Vettore MV, Werneck GL. Contextual and individual factors associated with dental services utilisation by Brazilian adults: a multilevel analysis. Plos One [serial on the internet]. 2018 [cited 2018 Dec 11];13(2):e0192771. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0192771>

23. Loignon C, Landry A, Allison P, Richard L, Bedos C. How do dentists perceive poverty and people on social assistance? A qualitative study conducted in Montreal, Canada. J Dent Educ. 2012;76:545-52.

24. Luxford K, Safran DG, Delbanco T. Promoting patient-centered care: a qualitative study of facilitators and barriers in healthcare organizations with a reputation for improving the patient experience. Int J Qual Health Care. 2011;23:510-5.

25. Gabardo MCL, Moysés S. Autopercepção de saúde bucal conforme o Perfil de Impacto da Saúde Bucal (OHIP) e fatores associados: revisão sistemática. Rev Panam Salud Pública [serial on the internet]. 2013 [cited 2018 Dec 11];33(6):439-45. Available from: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2013.v33n6/439-445/>

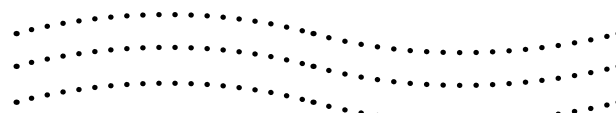
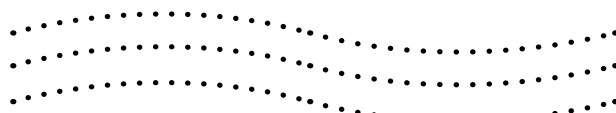
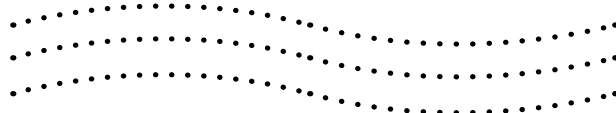
26. Ramphoma KJ, Naidoo S. Knowledge, attitudes and practices of oral health care workers in Lesotho regarding the management of patients with oral manifestations of HIV/AIDS. South African Dental Journal. 2014;69(10):448-53.

27. Viana PAS, Novais CT, Reis RWC, Flor SMC, Rosa PB. Aspectos epidemiológicos, clínicos e evolutivos da AIDS em idosos no Norte do Ceará. Sanare (Sobral, Online) [serial on the internet]. 2017 [cited 2018 Dec 11];16(2):31-6. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1175>

28. Al-Sandook T, Al-Naimi R, Younis M. An investigation of dentists' knowledge, attitude and practice towards HIV+ and patients with other blood borne viruses in Mosul city. Al-Rafidain Dental Journal. 2013;10(2):298-308.

29. Brasil. SB Brasil: Projeto Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – resultados principais. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.

30. Mohamed N, Saddki N, Yusoff A, Jelani AM. Association among oral symptoms, oral health-related quality of life, and health-related quality of life in a sample of adults living with HIV/AIDS in Malaysia. BMC Oral Health [serial on the internet]. 2017 [cited 2018 Dec 11];17:119. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5568203/>



PROPORÇÃO DE EXODONTIA E FATORES RELACIONADOS: UM ESTUDO ECOLÓGICO

RATE OF TOOTH EXTRACTION AND RELATED FACTORS: AN ECOLOGICAL STUDY

TASA DE EXTRACCIÓN DE DIENTES Y FACTORES RELACIONADOS: UN ESTUDIO ECOLÓGICO

Adriano de Aguiar Filgueira ¹Angelo Giuseppe Roncalli ²

RESUMO

Condições precárias de saúde bucal, como a perda dentária, representam uma marca de desigualdade social, associando-se a baixa escolaridade e má distribuição de renda. Este artigo analisa a distribuição do indicador relacionado à proporção de exodontia (variável dependente) no Brasil, no período de 2011 a 2015, relacionando-o a outros indicadores de saúde e socioeconômicos. Trata-se de estudo ecológico baseado em informações que abrangem todo o território brasileiro, obtidos nos bancos de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DataSUS) e do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). A abordagem estatística foi processada nos programas computacionais SPSS (correlação e regressão linear simples), TerraView (análise espacial pelo Índice de Moran global) e GeoDa (análise espacial bivariada LISA). Os resultados da análise espacial bivariada LISA indicam que a variável dependente se associa a “Média de ação coletiva de escovação dental supervisionada” ($I = -0,300$), Índice de Gini ($I = 0,481$) e Índice de desenvolvimento humano ($I = -0,552$). Elevadas proporções de exodontia foram observadas nas regiões Norte e Nordeste, que apresentaram piores condições socioeconômicas e menos ações de promoção da saúde e prevenção de doenças voltadas à saúde bucal. Concluiu-se que a implantação de políticas públicas para reduzir as iniquidades sociais tende a proporcionar melhores condições de saúde bucal à população.

Palavras-chave:

Saúde Bucal; Indicadores Básicos de Saúde; Determinantes Sociais de Saúde

Keywords:

Oral Health; Health Status Indicators; Social Determinants of Health.

Palabras clave:

Salud Bucal; Indicadores de Salud; Determinantes Sociales de la Salud.

Submetido:

30/08/2018

Aprovado:

30/10/2018

Autor(a) para Correspondência:

Adriano de Aguiar Filgueira
R. Marechal Deodoro, 55
apto. 205
Benfica - Fortaleza (CE)
CEP: 60020-060
E-mail:
adriano.odonto@yahoo.com.br

1. Professor no curso de Odontologia da Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: adriano.odonto@yahoo.com.br

2. Professor no Departamento de Odontologia e no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Natal (RN), Brasil. E-mail: roncalli@terra.com.br

ABSTRACT

Precarious oral health conditions, such as tooth loss, represent a mark of social inequality, associated with low school education and poor income distribution. This article analyzes the distribution of the indicator related to the rate of tooth extraction (dependent variable) in Brazil, within the period from 2011 to 2015, relating it to other health and socioeconomic indicators. This is an ecological study based on information that covers the entire Brazilian territory, obtained in the databases of the Department of Informatics of the Brazilian National Health System (DataSUS) and the United Nations Development Programme (UNDP). The statistical approach was processed in the softwares SPSS (simple linear correlation and regression), TerraView (spatial analysis by the global Moran index), and GeoDa (LISA bivariate spatial analysis). The results for LISA bivariate spatial analysis indicate that the dependent variable is associated to average collective action of supervised tooth brushing ($I = -0.300$), Gini index ($I = 0.481$), and Human development index ($I = -0.552$). High rates of tooth extraction were observed in Northern and Northeastern Brazil, which showed worse socioeconomic conditions and fewer health promotion and disease prevention actions aimed at oral health. It was concluded that the implementation of public policies to reduce social inequities tends to provide the population with better oral health conditions.

RESUMEN

Condiciones precarias de salud bucal, como la pérdida dental, representan una marca de desigualdad social, asociada con la baja educación escolar y la mala distribución de ingresos. Este artículo analiza la distribución del indicador relacionado con la tasa de extracción de dientes (variable dependiente) en Brasil, en el período de 2011 a 2015, relacionándolo con otros indicadores de salud y socioeconómicos. Este es un estudio ecológico basado en información que cubre todo el territorio brasileño, obtenida en las bases de datos del Departamento de Informática del Sistema Nacional de Salud de Brasil (DataSUS) y del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). El abordaje estadístico se procesó en los softwares SPSS (correlación y regresión lineal simple), TerraView (análisis espacial mediante el Índice de Moran global) y GeoDa (análisis espacial bivariado LISA). Los resultados del análisis espacial bivariado LISA indican que la variable dependiente está asociada a la acción colectiva promedio del cepillado dental supervisado ($I = -0.300$), Índice de Gini ($I = 0.481$) e Índice de desarrollo humano ($I = -0.552$). Se observaron altas tasas de extracción de dientes en el Norte y Nordeste de Brasil, que mostraron peores condiciones socioeconómicas y menos acciones de promoción de la salud y de prevención de enfermedades dirigidas a la salud bucal. Se concluyó que la implementación de políticas públicas para reducir las desigualdades sociales tiende a proporcionar a la población mejores condiciones de salud bucal.

.....

INTRODUÇÃO

Considerada um problema de saúde pública, a perda dentária é uma das principais consequências das más condições de saúde bucal e representa um efeito cumulativo de doenças bucais. A ausência de dentes leva à diminuição da capacidade mastigatória, gera problemas de fonação e afeta a estética, fato que pode desencadear problemas sociais e psicológicos¹.

Com o propósito de acompanhar e avaliar as ações e os serviços odontológicos, o primeiro indicador de saúde bucal foi implementado em 1998: “Cobertura de procedimentos preventivos de 0 a 14 anos”². “Proporção de exodontia em relação às ações odontológicas básicas” passou a ser considerado um indicador complementar em 2005, por meio da Portaria GM/MS n. 21³.

Em 2011, por meio do Decreto n. 7.508, que instituiu o contrato organizativo de ação pública

(COAP) e estabeleceu um rol de diretrizes, objetivos, metas e indicadores, a saúde bucal foi contemplada com três indicadores: “Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal”; “Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada”; e “Proporção de exodontia em relação aos procedimentos”⁴⁻⁵. Entretanto, com a Resolução n. 2, de 16 de agosto de 2016, do Ministério da Saúde (MS), apenas o indicador de saúde bucal relacionado às exodontias permaneceu na lista daqueles pactuados para os anos de 2016 a 2019⁶.

A exclusão de indicadores de saúde bucal, como o de cobertura populacional, acarreta perdas importantes no que concerne ao planejamento e à avaliação de ações e serviços relacionados à odontologia no setor saúde. O indicador de proporção de exodontia indicado no COAP, no entanto, deve ser visto com cautela, pois pode sugerir diversos aspectos, como:

uma demanda acumulada de extrações dentárias (história natural da cárie dental) devido à falta de acesso aos serviços de odontologia; uma prática mutiladora adotada pelos cirurgiões-dentistas; uma falta de investimento em ações preventivas em saúde bucal de longo prazo; a não priorização por parte dos gestores para a aquisição de materiais e equipamentos que propiciem atividades odontológicas mais conservadoras; além de questões culturais inerentes às diferentes comunidades.

O conceito de determinantes sociais de saúde (DSS) surgiu nas décadas de 1970 e 80 e ganhou força ao longo dos tempos, sendo amplamente utilizado hoje em diversos estudos para explicar condições de saúde (inclusive de saúde bucal) em diferentes grupos populacionais. Nesse contexto, os problemas de saúde bucal, inclusive a perda dentária, passaram a representar uma marca de desigualdade social, estando associados a baixa escolaridade e má distribuição de renda⁷⁻¹³.

Visando a conhecer a realidade do indicador “Proporção de exodontia em relação aos procedimentos” no território nacional e estabelecer possíveis relações, o objetivo central deste artigo é analisar a distribuição espacial desse indicador de saúde bucal no Brasil no período de 2011 a 2015, relacionando-o a outros indicadores de saúde (“Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica”; “Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal”; e “Média de ação coletiva de escovação dental supervisionada”) e indicadores socioeconômicos (Índice de Gini e Índice de desenvolvimento humano). Os resultados podem guiar o desenvolvimento de ações e a implementação de políticas públicas para a melhoria das condições de saúde bucais da população de todo o país.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo ecológico realizado com base nas 161 regiões intermediárias de articulação urbana (RIAU) do território brasileiro. O Brasil está localizado na América do Sul e tem uma ampla extensão territorial (mais de 8.500.000 km²) e uma população estimada em mais de 206.000.000 de habitantes em 2016. O país apresenta fortes disparidades socioeconômicas, sendo as regiões Norte e Nordeste as áreas com piores indicadores socioeconômicos, enquanto as demais regiões apresentam melhores condições de vida¹⁴.

Os dados coletados se referem ao período de

O Índice de Gini mede o nível de desigualdade em uma área com base na distribuição de renda...

2011 a 2015. Os dados relativos aos indicadores de saúde (“Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica”; “Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal”; “Proporção de exodontia em relação aos procedimentos”; e “Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada”) foram obtidos no site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DataSUS), utilizando os indicadores municipais do Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015 do MS¹⁵.

“Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica” é um indicador universal que tem por objetivo medir o acesso aos serviços básicos de saúde, bem como ordenar os cuidados na rede de atenção à saúde, visando à aplicabilidade dos princípios doutrinários do SUS. “Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal” é um indicador universal que visa à ampliação do acesso à saúde bucal pela população. “Proporção de exodontia em relação aos procedimentos” é um indicador específico e mede a qualidade do tratamento ofertado pela odontologia, sendo melhor quanto menor for a proporção de dentes extraídos – fato que sugere maior abrangência de procedimentos preventivos e curativos em detrimento de procedimentos mutiladores. Por fim, outro indicador universal utilizado neste estudo foi “Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada”, que reflete o acesso à orientação para a prevenção de doenças bucais. Os métodos de cálculos dos indicadores apresentados são demonstrados no *Caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores: 2013-2015* do MS¹⁶.

As informações sociodemográficas (Índice de Gini, Índice de desenvolvimento humano e População) foram obtidas por meio da rede virtual do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e correspondem aos dados do Censo Demográfico de 2010¹⁷. O Índice de Gini mede o nível de desigualdade em uma área com base na distribuição de renda

entre sua população, cujos valores variam de 0 (sem desigualdade) a 1 (nível máximo de desigualdade). O Índice de desenvolvimento humano é composto e baseia-se em três variáveis (longevidade, educação e renda), com valores que também variam de 0 a 1 – quanto mais próximo deste último, maior o Índice de desenvolvimento humano da área.

Todos os dados foram obtidos inicialmente por município brasileiro e, em seguida, foram agrupados no programa computacional SPSS, versão 20, nas respectivas RIAU, para a análise estatística de regressão linear simples. Posteriormente, utilizou-se o banco modificado e agregado no programa computacional TerraView, versão 4.2.2, articulado ao arquivo da base cartográfica digital das RIAU, para a análise de dependência espacial pelo Índice de Moran global, o qual estima a autocorrelação espacial (todos os coeficientes nos mapas foram divididos em quintis), além de fornecer o valor p (significância estatística). Utilizou-se o Índice de Moran local para avaliar a presença de clusters, proporcionando a obtenção do BoxMap (independente da significância estatística) e do MoranMap (com significância estatística em $p < 0,05$) da “Proporção de exodontia em relação aos procedimentos”.

Com o arquivo produzido no TerraView foi possível realizar a análise bivariada LISA no programa computacional GeoDa, versão 0.9.9.10 (Spatial Analysis Laboratory, University of Illinois, Urbana-Champaign, Estados Unidos da América – EUA). A avaliação da correlação espacial entre a variável de desfecho (“Proporção de exodontia em relação

aos procedimentos”) e as variáveis independentes (Índice de Gini, Índice de desenvolvimento humano e “Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada”) foi realizada a partir da construção dos mapas temáticos de cada par de variáveis e da obtenção da significância estatística.

RESULTADOS

Inicialmente, a partir da amostra composta pelas 161 RIAU existentes no território brasileiro, realizou-se uma análise para verificar a existência de colinearidade entre as variáveis independentes utilizadas no estudo, porém, não foi observada essa relação entre elas.

Em um segundo momento, realizou-se regressão linear simples para avaliar a correlação existente entre a variável dependente e as variáveis independentes (Tabela 1). Essa etapa permitiu identificar uma não correlação significativa entre a proporção de exodontia e os procedimentos e a cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal ($r = 0,242$; $p = 0,093$), fato que favoreceu a exclusão da variável “Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal” das demais análises de distribuição e correlação espacial. Apesar da correlação significativa entre os indicadores “Proporção de exodontia em relação aos procedimentos” e “Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal”, ela se mostrou muito fraca, o que também acarretou a retirada da segunda variável das análises subsequentes.

Tabela 1 – Análise de regressão linear simples do indicador de Proporção de exodontia em relação aos procedimentos e às variáveis independentes por regiões intermediárias de articulação urbana

Indicadores	Proporção de exodontia em relação aos procedimentos			
	R	IC 95%	F	Valor p
Cobertura populacional estimada pelas equipes da atenção básica	0,159	0,002 / 0,138	4,150	0,043
Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	- 0,352	-1,018 / -0,419	22,439	< 0,001
Índice de Gini	0,552	58,123 / 94,146	69,694	< 0,001
Índice de desenvolvimento humano	- 0,708	-73,133 / -53,378	159,963	< 0,001

Observou-se, no entanto, uma correlação inversamente proporcional, porém de intensidade fraca, entre as variáveis “Proporção de exodontia em relação aos procedimentos” e “Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada”. Entre as variáveis “Proporção de exodontia em relação aos procedimentos” e Índice de desenvolvimento humano também se observou uma relação de intensidade moderada, indicando que o aumento do Índice de desenvolvimento humano de uma RIAU sugere uma redução da proporção de exodontia em relação aos demais procedimentos odontológicos. Já em relação às variáveis “Proporção de exodontia em relação aos procedimentos” e Índice de Gini se verificou uma correlação diretamente proporcional, sinalizando

que o aumento da desigualdade da distribuição de renda de uma RIAU pode levar ao aumento da proporção de exodontia.

Em relação à distribuição espacial das variáveis, o indicador de proporção de exodontia em relação aos procedimentos se mostrou mais elevado na maioria das regiões intermediárias de articulação urbana localizadas nas regiões Norte e Nordeste, sendo mais baixo nas RIAU das regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul, com Índice de Moran global = 0,465 e estatisticamente significativo ($p = 0,01$) (Figura 1a). A média da ação coletiva de escovação dental supervisionada apresentou um padrão de distribuição espacial fraco (Moran = 0,155; $p = 0,03$) (Figura 1b). No entanto, verificou-se um padrão moderado de distribuição espacial do Índice de Gini (Moran = 0,660; $p = 0,01$) e do Índice de desenvolvimento humano (Moran = 0,779; $p = 0,01$), sendo as regiões Norte e Nordeste as que apresentaram maior desigualdade na distribuição de renda e menor Índice de desenvolvimento humano (figuras 1c e 1d).

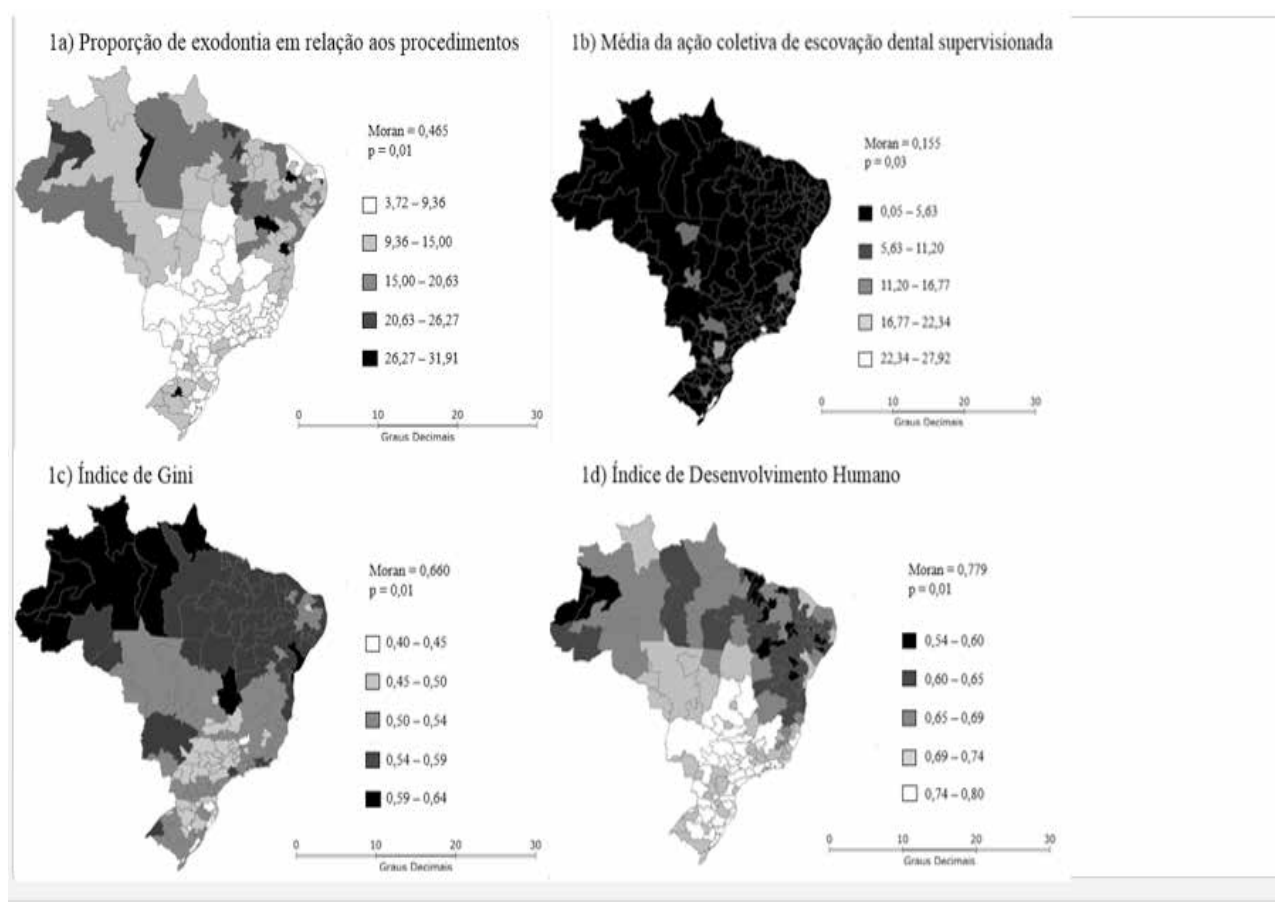


Figura 1. Distribuição espacial de Proporção de exodontia em relação aos procedimentos (1a), Média de ação coletiva de escovação dental supervisionada (1b), Índice de Gini (1c) e Índice de desenvolvimento humano (1d), com os respectivos valores do Índice de Moran global e sua significância estatística. Regiões intermediárias de articulação urbana.

O *BoxMap* e o *MoranMap* da proporção de exodontia relativos aos procedimentos tiveram formação de *clusters* alto-alto predominantemente no Norte e Nordeste do país (figuras 2a e 2b).

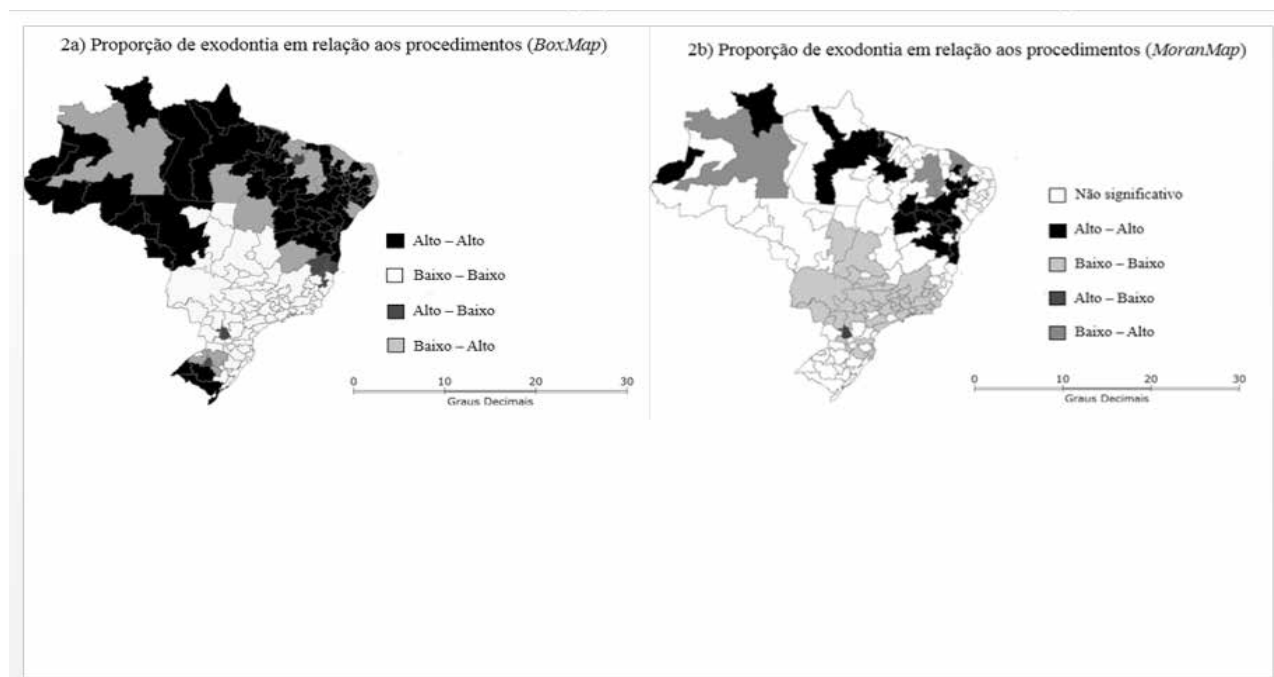


Figura 2. Distribuição espacial dos *clusters* da Proporção de exodontia em relação aos procedimentos sem (*BoxMap*) e com LISA estatisticamente significativo (*MoranMap*). Regiões intermediárias de articulação urbana.

A análise da correlação espacial bivariada obteve as seguintes correlações: fraca negativa (Moran = - 0,300) entre os indicadores “Proporção de exodontia em relação aos procedimentos” e “Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada”; moderada positiva (Moran = 0,481) entre “Proporção de exodontia em relação aos procedimentos” e Índice de Gini; e moderada positiva (Moran = - 0,552) entre “Proporção de exodontia em relação aos procedimentos” e Índice de desenvolvimento humano (figuras 3a, 3b e 3c).

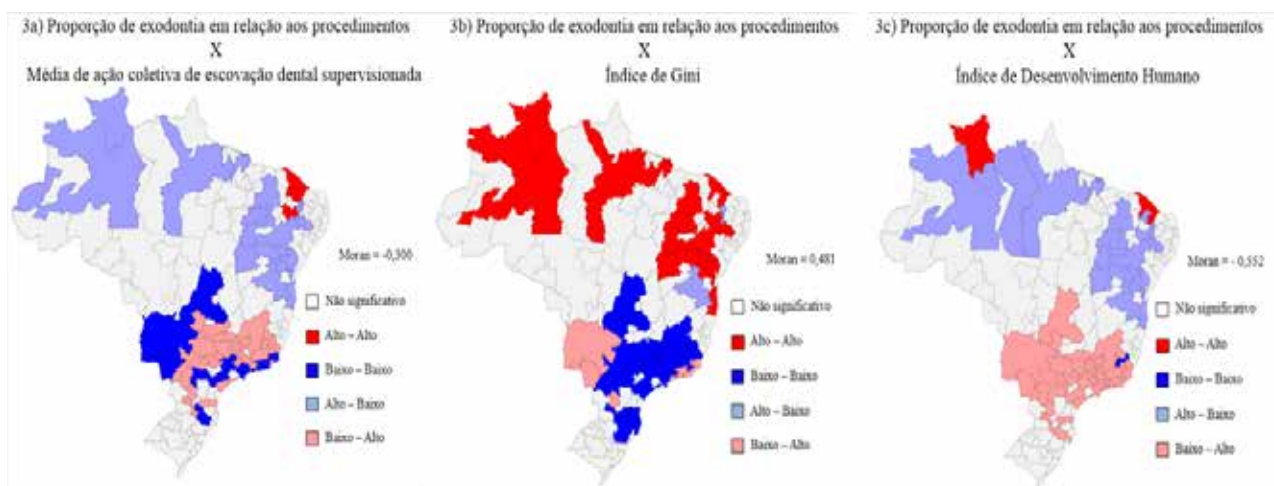


Figura 3. Distribuição dos *clusters* da correlação espacial bivariada LISA da Proporção de exodontia em relação aos procedimentos com a Média de ação coletiva de escovação dental supervisionada, Índice de Gini e Índice de desenvolvimento humano. Regiões intermediárias de articulação urbana.

Observou-se, portanto, que quanto maior a média da ação coletiva de escovação dental supervisionada e mais elevado o Índice de desenvolvimento humano, menor será a Proporção de extração dentária em relação aos procedimentos preventivos e curativos, sendo a relação deste com o Índice de desenvolvimento humano considerada moderada, enquanto sua relação com a Média de ação coletiva de escovação dental supervisionada é tida como fraca. A correlação entre “Proporção de exodontia em relação aos procedimentos” e Índice de Gini

também se mostrou moderada (Moran = 0,481), porém, com uma relação que aponta aumento da proporção de exodontia à medida que aumenta a desigualdade na distribuição de renda em determinada população.

DISCUSSÃO

Conhecida como “Brasil Sorridente”, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), lançada em 17 de março de 2004, tem como um dos seus objetivos implantar um modelo assistencial com foco nas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças em substituição às práticas curativas e mutiladoras¹⁸. Apesar da melhoria dos indicadores de saúde bucal nos últimos anos, em especial o de proporção de exodontia em relação aos demais procedimentos odontológicos individuais, ainda são perceptíveis fortes desigualdades entre as regiões brasileiras.

A pesquisa nacional, intitulada *SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – resultados principais* examinou mais de 37.500 brasileiros das mais diversas faixas etárias e espalhados nas 26 capitais estaduais, no Distrito Federal e em 150 municípios do interior com diferentes portes populacionais. Os resultados apontam fortes diferenças regionais, onde as piores condições de saúde bucal, as médias mais altas de dentes cariados e perdidos, a maior proporção de pessoas que procuram os serviços odontológicos para realizar exodontias e a maioria dos que referem dores dentais mais severas se concentram, principalmente, no Norte e Nordeste do país¹⁹.

Segundo dados do DataSUS para o ano de 2015, as regiões Norte e Nordeste apresentaram o indicador “Proporção de exodontia em relação aos procedimentos” igual a 19,83% e 14,40%, respectivamente, bem acima da média nacional (9,83%). Além das diferenças culturais entre as regiões do país, é necessário avaliar se a falta de acesso aos serviços odontológico ao longo do tempo gerou demanda acumulada de extrações dentárias, se os cirurgiões-dentistas continuam a adotar uma prática mutiladora e/ou se os gestores não priorizam os investimentos destinados às ações preventivas em saúde bucal e à aquisição de materiais e equipamentos que propiciem ações odontológicas mais conservadoras.

Estudos apontam que, apesar do aumento da proporção de pessoas que conseguem agendar uma consulta odontológica, o acesso/tempo de espera por consultas especializadas ainda representa um grande problema na rede de atenção e que as

*As barreiras
geográficas também
podem ser citadas
como fatores
dificultadores de
acesso aos serviços
odontológicos.*

regiões Norte e Nordeste apresentam menor garantia de continuidade do tratamento¹⁶⁻¹⁷. Esse fato, no entanto, não pode ser justificado pela ausência de serviços especializados, pois, segundo estudo publicado em 2010, o Sudeste, o Centro-Oeste e o Nordeste apresentavam os maiores percentuais de municípios cobertos pelos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), enquanto os menores se encontravam no Sul e no Norte²⁰.

Além disso, em 2015, os indicadores “Cobertura populacional estimada de equipes de atenção básica” e “Cobertura populacional estimada de equipes básicas de saúde bucal” apontavam que a região Nordeste tinha as maiores taxas de cobertura (80,25% e 65,65%, respectivamente), enquanto as regiões Sudeste (68,15% e 44,01%) e Norte (68,15% e 47,39) apresentavam as menores¹⁵.

As barreiras geográficas também podem ser citadas como fatores dificultadores de acesso aos serviços odontológicos. A enorme bacia hidrográfica existente, por exemplo, na região Norte estabelece um hábito cultural da procura espontânea por tratamentos curativos em serviço de referência quaternária e hospitalar, com pequena participação das ações de prevenção de doenças e promoção da saúde²¹⁻²². Ademais, aspectos como baixa renda, baixa escolaridade e pior percepção da saúde bucal são apresentados como justificativa para menor utilização dos serviços de saúde bucal, bem como dificuldades de organização, estrutura e condições de trabalho desses serviços²³⁻²⁵.

Apesar da fraca correlação entre os indicadores “Proporção de exodontia em relação aos procedimentos” e “Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada” encontrada por meio da análise espacial bivariada LISA, pode-se inferir uma correlação inversamente proporcional entre eles, fato comprovado pelos dados de 2015 do DataSUS, que mostram menores médias de ação coletiva de escovação dental supervisionada no

*...a inclusão
de indicadores
socioeconômicos em
estudos epidemiológicos
que envolvam análise
espacial é de extrema
importância...*

Norte (1,03) e Nordeste (1,34), enquanto as maiores médias foram encontradas no Centro-Oeste (1,98), Sudeste (2,58) e Sul (2,67)¹⁵.

Nesse contexto, regiões com maior dedicação a atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças em saúde bucal tendem a apresentar menor proporção de extração dentária em detrimento dos demais procedimentos curativos e preventivos individuais. Entretanto, é perceptível o baixo desenvolvimento de atividades de escovação dental supervisionada nas diversas RIAU do país, fato que pode ser justificado pela falta de investimentos dos gestores no desenvolvimento dessas ações e/ou pela prática eminentemente curativa dos cirurgiões-dentistas.

A enorme extensão do território brasileiro, que agrega grupos populacionais com diferenças econômicas, sociais e culturais entre si, pode explicar as disparidades das condições de saúde bucal encontradas nas 5 grandes regiões do país. Um claro exemplo disso é que as regiões intermediárias de articulação urbana do país com melhores indicadores socioeconômicos, como Índice de desenvolvimento humano e Índice de Gini, tenderam a apresentar valores mais baixos do indicador de proporção de exodontia em comparação aos demais procedimentos de saúde bucal.

A presença de melhor distribuição de renda e de níveis mais elevados de escolaridade está diretamente relacionada a melhor percepção da saúde bucal e, conseqüentemente, a maior procura dos serviços odontológicos para procedimentos preventivos e curativos em detrimento dos mutiladores²³⁻²⁴.

No entanto, apenas a presença de ótimos indicadores de renda, escolaridade e esperança de vida não são suficientes para melhoria significativa das condições de saúde bucal. Tal fato pode ser observado neste estudo: nas RIAU de Fortaleza e Boa Vista, mesmo apresentando elevados valores no Índice de desenvolvimento humano, a má distribuição

de renda entre a população ocasionou indicadores de saúde bucal deficientes.

A maior estruturação política e socioeconômica historicamente produzida também é um fator positivo na melhoria das condições de saúde bucal da população, fato que pode ser observado em municípios do Sul e Sudeste que, mesmo apresentando baixos valores no Índice de desenvolvimento humano, tendem a maior utilização dos serviços de saúde bucal – fato que diverge, de modo geral, do Norte e Nordeste, onde, embora pareça haver maior oportunidade de acesso, o impacto das políticas públicas na utilização dos serviços ainda não pôde ser percebido²².

Um estudo realizado nas 27 unidades federativas brasileiras apontou uma redução do Índice CPOD (número de dentes cariados, perdidos e obturados) em populações que apresentavam maiores índices de desenvolvimento humano¹⁶. A partir de dados das 27 capitais brasileiras obtidos pelo levantamento epidemiológico *SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – resultados principais*, outro estudo agrupou diversos indicadores socioeconômicos (Proporção de pessoas abaixo da linha de pobreza; Proporção de pessoas indigentes; Índice de desenvolvimento humano; Tempo de fluoretação da água de abastecimento; Proporção de domicílios com banheiro; e Proporção de domicílios com água encanada) em um único componente denominado equidade social e encontrou forte relação deste com os desfechos em saúde bucal⁸.

Apesar das limitações intrínsecas dos estudos ecológicos e daqueles que utilizam bancos de dados secundários, a inclusão de indicadores socioeconômicos em estudos epidemiológicos que envolvam análise espacial é de extrema importância, pois fornece subsídios para a tomada de decisões pelos gestores com a finalidade de promover a equidade em saúde entre as populações que experimentam diferentes condições de vida.

CONCLUSÃO

Diante dos resultados deste estudo, conclui-se que a cobertura populacional pelos serviços de saúde parece pouco influenciar o indicador referente à mutilação oral da população.

Em contrapartida, atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças relativas a saúde bucal e, principalmente, a melhoria dos indicadores socioeconômicos parecem impactar positivamente a

redução da quantidade de extrações dentárias.

Nesse sentido, pode-se afirmar que a implantação de políticas públicas que visem a reduzir as iniquidades sociais proporcionará melhores condições de saúde bucal à população de todo o Brasil.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Adriano de Aguiar Filgueira contribuiu com a realização da pesquisa, o delineamento do estudo e a redação do manuscrito. **Angelo Giuseppe Roncalli** contribuiu com a redação e a revisão crítica do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Silva ET, Oliveira RT, Leles CR. O edentulismo no Brasil: epidemiologia, rede assistencial e produção de próteses pelo Sistema Único de Saúde. Tempus (Brasília) [serial on the internet]. 2015 [cited 2018 Nov 5];9(3):121-34. Available from: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1790/1493>
2. Brasil. Portaria n. 3.925, de 13 de novembro de 1998. Aprova o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília (1999 Feb 2); Sec 1.
3. Brasil. Portaria GM/MS n. 21. Aprova a relação dos indicadores da Atenção Básica a serem pactuados entre municípios, estados e Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília (2005 Jan 5); Sec 1.
4. Brasil. Decreto n. 7.508. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (2011 Jun 28); Sec 1.
5. Brasil. Contrato organizativo da ação pública da saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011. v. 1.
6. Brasil. Caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores 2016. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016.
7. Magri LV, Aciole GG, Salomão FGD, Tagliaferro PS, Ribeiro, LG. Estudo comparativo de indicadores de saúde bucal em município do estado de São Paulo. Saúde Debate [serial on the internet]. 2016 [cited 2018 Nov 5];40(108):144-55. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n108/0103-1104-sdeb-40-108-00144.pdf>
8. Bueno RE, Moysés ST, Bueno PAR, Moysés SJ. Determinantes sociais e saúde bucal de adultos nas capitais do Brasil. Rev Panam Salud Pública [serial on the internet]. 2014 [cited 2018 Nov 5];36(1):17-23. Available from: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2014.v36n1/17-23/pt>
9. Guiotoko SK, Moysés ST, Moysés SJ, França BHS, Bisinelli JC. Iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil. Rev Panam Salud Pública [serial on the internet]. 2012 [cited 2018 Nov 5];31(2):2012. Available from: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v31n2/a07v31n2.pdf
10. Oliveira PMC, Menezes LMB, Santrai MVL, Almeida PC, Almeida MEL. Indicadores de saúde bucal da atenção básica no estado do Ceará: análise crítica. Cadernos ESP [serial on the internet]. 2011 [cited 2018 Nov 5];5(1):29-36. Available from: <http://www.esp.ce.gov.br/cadernosesp/index.php/cadernosesp/article/view/43/40>
11. Fernandes LS, Peres MA. Associação entre a atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. Rev Saúde Pública. 2005;39(6):930-6.
12. Palmier AC, Andrade DA, Campos ACV, Abreu MHNG, Ferreira EF. Indicadores socioeconômicos e serviços odontológicos em uma região brasileira desfavorecida. Rev Panam Salud Pública [serial on the internet]. 2012 [cited 2018 Nov 5];32(1):22-9. Available from: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2012.v32n1/22-29/pt>
13. Fischer TK, Peres KG, Kupek E, Peres MA. Indicadores de atenção básica em saúde bucal: associação com as condições socioeconômicas, provisão de serviços, fluoretação de águas e a Estratégia de Saúde da Família no Sul do Brasil. Rev Bras Epidemiol [serial on the internet]. 2010 [cited 2018 Nov 5];13(1):126-38. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v13n1/12.pdf>
14. Brasil. Projeções populacionais e indicadores socioeconômicos do Brasil e das Unidades de Federação. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2016.
15. Brasil. Rol de diretrizes, objetivos, metas e indicadores 2013-2015. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016.
16. Brasil. Caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores: 2013-2015. 3. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015. v. 1.
17. Organização das Nações Unidas. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Brasília (DF): Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; 2016.

18. Aquilante AG, Aciole, GG. Oral health care after the National Policy on Oral Health – “Smiling Brazil”: a case study. Ciênc Saúde Colet [serial on the internet]. 2015 [cited 2018 Nov 5];20(1):239-48. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n1/pt_1413-8123-csc-20-01-00239.pdf

19. Brasil. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – resultados principais. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.

20. 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 [serial on the internet]. 2014 [cited 2018 Nov 5];38(Spec):140-57. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0140.pdf>

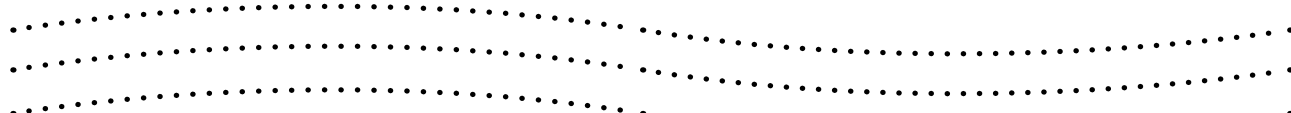
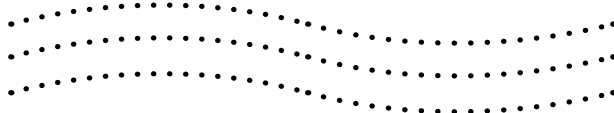
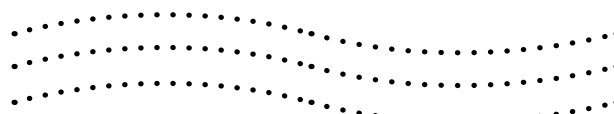
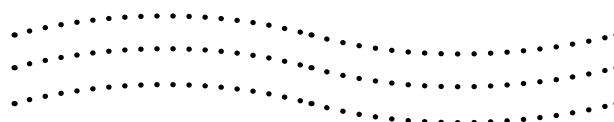
21. Saliba NA, Moimaz SAS, Fadel CB, Bino LS. Saúde bucal no Brasil: uma nova política de enfrentamento para a realidade nacional. ROBRAC [serial on the internet]. 2010 [cited 2018 Nov 5];18(48):62-6. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0104-7914/2010/v19n48/a0013.pdf>

22. Fernandes JKB, Pinho JRO, Queiroz RCS, Thomaz EBAF. Avaliação dos indicadores de saúde bucal no Brasil: tendência evolutiva pró-equidade? Cad Saúde Pública [serial on the internet]. 2016 [cited 2018 Nov 5];32(2):e00021115. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n2/0102-311X-csp-0102-311X00021115.pdf>

23. Gomes AMM, Thomaz EBAF, Alves MTSSB, Silva AAM, Silva RA. Fatores associados ao uso dos serviços de saúde bucal: estudo de base populacional em municípios do Maranhão, Brasil. Ciênc Saúde Colet [serial on the internet]. 2014 [cited 2018 Nov 5];19(2):629-40. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00629.pdf>

24. Baldani MH, Antunes JLF. Inequalities in access and utilization of dental services: a cross-sectional study in an area covered by the Family Health Strategy. Cad Saúde Pública [serial on the internet]. 2011 [cited 2018 Nov 5];27(Suppl 2):S272-S283. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27s2/14.pdf>

25. Martins P, Aguiar ASW. Acesso aos serviços de saúde bucal na atenção primária à saúde: avanços e desafios da 11ª Região de Saúde do Ceará. Sanare (Sobral, Online) [serial on the internet]. 2011;10(1):6-12. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/137/129>



ACEITAÇÃO DE FITOTERÁPICOS POR PRESCRITORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

ACCEPTANCE OF PHYTOMEDICINES BY PRIMARY HEALTH CARE PRESCRIBERS

ACEPTACIÓN DE FITOTERÁPICOS POR PRESCRIPTORES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Ariel Átila Pontes Soares ¹Ana Cecília Rodrigues e Silva ²Joaquim Horácio de Araújo Neto ³André Luiz Cunha Cavalcante ⁴Olindina Ferreira Melo ⁵Rafaelly Maria Pinheiro Siqueira ⁶**Palavras-chave:**

Fitoterapia; Prescritores;
Atenção Primária à Saúde;
Centros de Saúde.

Keywords:

Phytotherapy; Prescribers;
Primary Health Care; Health
Centers.

Palabras clave:

Fitoterapia; Prescritores;
Atención Primaria de Salud;
Centros de Salud.

Submetido:

28/05/2018

Aprovado:

12/11/2018

Autor(a) para**Correspondência:**

Rafaelly Maria Pinheiro Siqueira
R. Zuca Accioly, 633, apto. 202
Manoel Dias Branco
Fortaleza (CE)
CEP: 60191-335
E-mail:
rafaellysiqueira@gmail.com

RESUMO

Esta pesquisa analisou a aceitação e o uso prescritivo de fitoterápicos em Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Viçosa do Ceará-CE. Trata-se de estudo exploratório, descritivo, com abordagem quantiquantitativa. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada com 12 profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS). Os resultados são apresentados em tabela, figura e categorização de falas. Os participantes do estudo foram 6 médicos e 6 enfermeiros; houve prevalência do sexo feminino e a idade variou de 30 a 39 anos. Identificou-se que todos os profissionais conhecem e prescrevem os fitoterápicos (50% com muita frequência e 50% com frequência regular) e 11 dos 12 participantes (91,7%) relataram a indisponibilidade dos fitoterápicos na unidade de farmácia viva como o principal fator limitante para sua prescrição. Apenas 1 profissional (8,3%) relatou ter conhecimento insuficiente sobre os fitoterápicos. As formulações mais prescritas foram xaropes, cápsulas de maracujá e elixir de aroeira. Constatou-se que os fitoterápicos são relevantes na APS, mas demandam maior investimento e qualificação profissional para ampliar os benefícios proporcionados à população.

1. Farmacêutico graduado pelo Centro Universitário Inta (Uninta). Sobral (CE), Brasil.

2. Enfermeira. Especialista em Saúde da Família pela Universidade do Vale do Acaraú (UVA). Sobral (CE), Brasil.

3. Aluno de Graduação em Farmácia no Uninta. Sobral (CE), Brasil.

4. Médico. Mestre em Ciências Médicas pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza (CE), Brasil.

5. Farmacêutica. Mestre em Bioquímica. Professora do Uninta. Sobral (CE), Brasil.

6. Farmacêutica. Mestre em Farmacologia. Professora do Uninta. Sobral (CE), Brasil.

ABSTRACT

This research analyzed the acceptance and prescriptive use of phytomedicines in Brazilian primary health care centers (UBS) in Viçosa do Ceará, Ceará, Brazil. This is an exploratory, descriptive, study with a quantiquitative approach. Data were collected by using a semi-structured interview with 12 professionals who work in primary health care (PHC). The results are presented in table, figure, and speech categorizations. The study participants were 6 physicians and 6 nurses; there was a prevalence of women and age ranged from 30 to 39 years. It was identified that all professionals know and prescribe the phytomedicines (50% very frequently and 50% regularly) and 11 out of the 12 participants (91.7%) reported the unavailability of phytomedicines in the live pharmacy unit as the main limiting factor for their prescription. Only 1 professional (8.3%) reported having insufficient knowledge about phytomedicines. The most prescribed formulations were syrups, passion fruit capsules, and aroeira elixir. It was found that phytomedicines are relevant in PHC, but they require greater investment and professional qualification to increase the benefits provided to the population.

RESUMEN

Esta investigación analizó la aceptación y el uso prescriptivo de fitoterápicos en Unidad Básicas de Salud (UBS) en Viçosa do Ceará, Ceará, Brasil. Este es un estudio exploratorio, descriptivo, con un abordaje cuantitativo. Los datos se recopilaban mediante entrevista semi-estructurada con 12 profesionales que trabajan en la Atención Primaria de Salud (APS). Los resultados se presentan en tabla, figura y categorización de hablas. Los participantes del estudio fueron 6 médicos y 6 enfermeros; hubo prevalencia de mujeres y la edad varió de 30 a 39 años. Se identificó que todos los profesionales conocen y prescriben los fitoterápicos (50% con mucha frecuencia y 50% con frecuencia regular) y 11 de los 12 participantes (91,7%) informaron la indisponibilidad de fitoterápicos en la unidad de farmacia viva como principal factor limitante para su prescripción. Solo 1 profesional (8,3%) informó tener un conocimiento insuficiente acerca de los fitoterápicos. Las formulaciones más prescritas fueron jarabes, cápsulas de maracuyá y elixir de aroeira. Se constató que los fitoterápicos son relevantes en la APS, pero requieren mayor inversión y calificación profesional para aumentar los beneficios proporcionados a la población.

.....

INTRODUÇÃO

O conhecimento sobre o uso de plantas com fins terapêuticos faz parte de diferentes culturas do mundo ao longo da história humana. Tendo em vista sua flora diversificada e sua multiplicidade étnica e cultural, o Brasil é detentor de tradição no uso de plantas medicinais, motivo que leva a fitoterapia a ser respeitada como recurso terapêutico integrativo e complementar à saúde, contando com o apoio de políticas públicas e normatizações específicas que buscam institucionalizar essa prática no Sistema Único de Saúde (SUS)¹.

Com o reconhecimento do uso de fitoterápicos com finalidade profilática e curativa pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil iniciou um processo de validação dessa prática². A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) foram implantadas em 2006; elas contemplam diretrizes, ações e responsabilidades nas 3 esferas de governo para a oferta de serviços e produtos, culminando na criação do Programa Nacional de Plantas Medicinais

e Fitoterápicos, em 2009. A abertura de novas opções terapêuticas no âmbito do SUS simbolizou o resgate e a revalorização do conhecimento popular, pautado por saberes científicos que garantem sua eficácia e segurança³⁻⁴.

Entre os programas direcionados à saúde pública envolvendo o uso de plantas medicinais, o Projeto Farmácias Vivas, idealizado em 1983 pelo farmacêutico Francisco José de Abreu Matos⁵, da Universidade Federal do Ceará (UFC), tornou-se referência no Nordeste e, posteriormente, em todo o Brasil. Hoje, o Programa Farmácias Vivas é direcionado à saúde pública e suas plantas possibilitam o tratamento de aproximadamente 80% das enfermidades mais comuns nas populações de baixa renda. Sua essência reside no uso de plantas medicinais como matéria-prima na fabricação de medicamentos com teor farmacológico considerável e boa relação custo/benefício^{3,5}.

Contudo, embora se evidencie sua importância diante do cenário nacional da saúde pública e da emergência de novas alternativas de tratamento e controle de enfermidades, essa prática ainda enfrenta dificuldades e/ou desafios em sua implantação no SUS^{3,5-8}.

Com base no Programa Farmácias Vivas, o Laboratório Fitoterápico de Viçosa do Ceará-CE foi inaugurado em 2002, segundo o conceito de Farmácia III. Nele são manipulados diversos fitoterápicos, oriundos da flora medicinal da região, para tornar viável a conversão do uso tradicional em uso convencional (em termos técnico-científicos) de plantas classificadas como medicinais. A iniciativa teve por objetivo proporcionar ao município: redução de gastos com medicamentos industrializados; minimização de danos colaterais causados pelo uso de medicamentos industrializados; respeito ao conhecimento popular; integração e equilíbrio entre o meio ambiente e a população que adota essa prática terapêutica, entre outros benefícios⁹.

Nesse contexto, diante da facilidade de acesso e obtenção desses medicamentos naturais no Laboratório Fitoterápico de Viçosa do Ceará, esta pesquisa analisou a aceitação e o uso prescritivo de fitoterápicos por parte de prescritores em unidades básicas de saúde (UBS) do município.

Este estudo se justifica por verificar o nível de aceitação de fitoterápicos entre profissionais da atenção primária à saúde (APS) responsáveis pela prescrição, buscando identificar os fatores que influenciam tal opção. A iniciativa se mostra relevante por proporcionar dados sobre o uso de fitoterápicos e o quadro procedimental e metodológico dessa prática no âmbito da saúde pública.

METODOLOGIA

Este é um estudo exploratório, descritivo, com abordagem quantiquantitativa. Foi realizado em 6 UBS, abrangendo as zonas urbana e rural de Viçosa do Ceará, entre fevereiro e junho de 2015.

Mostraram-se elegíveis para inclusão na pesquisa os médicos e enfermeiros responsáveis pela prescrição de fitoterápicos nessas UBS. Sua participação foi confirmada mediante assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido. Assim, a amostra totalizou 12 profissionais (6 médicos e 6 enfermeiros). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFC, sob o Parecer n. 041205/2015.

Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada (gravada e transcrita na íntegra), norteadas por roteiro dividido em 2 blocos: informações gerais dos entrevistados; e questões relativas à prescrição de fitoterápicos.

Os achados quantitativos são apresentados

...o uso de fitoterápicos e o quadro procedimental e metodológico dessa prática no âmbito da saúde pública.

em tabela e figura e os achados qualitativos assumem a forma de categorização de falas. Essa análise quantiquantitativa se pautou pela literatura pertinente.

RESULTADOS

A população do estudo foi composta por 12 entrevistados (11 do sexo feminino e 1 do sexo masculino; 6 médicos e 6 enfermeiros); 2 participantes se encontravam na faixa etária de 20 a 29 anos; 7 na de 30 a 39 anos; 2 na de 40 a 49 anos; e 1 tinha 50 anos ou mais.

Em relação ao tempo de atuação em Viçosa do Ceará, todos os médicos relataram mais de 1 ano e menos de 5 anos. Vale ressaltar que 4 deles são profissionais estrangeiros inseridos no Programa Mais Médicos, do Governo Federal, instituído pela Lei n. 12.871/2013. Isso indica alta rotatividade de profissionais no município⁶.

Quanto aos enfermeiros, a atuação de 2 profissionais varia de 5 a 10 anos e a de 4 ultrapassa os 10 anos.

Todos os 12 participantes do estudo relataram prescrever fitoterápicos. Também informaram conhecer todos os medicamentos produzidos no município pelo Programa Farmácias Vivas.

Metade dos profissionais relatou prescrever fitoterápicos com muita frequência e a outra metade os prescreve com frequência regular.

Segundo 11 dos 12 participantes (91,7%), a principal dificuldade para prescrever fitoterápicos se refere à indisponibilidade do medicamento em questão na unidade de farmácia viva e apenas 1 profissional (8,3%) relatou ter conhecimento insuficiente no assunto, como se observa na Tabela 1.

Tabela 1. Dados relativos à dificuldade na prescrição de fitoterápicos. Viçosa do Ceará, 2015.

Dificuldades	Médicos	Enfermeiros
Falta de fitoterápico	5	6
Conhecimento insuficiente sobre fitoterápicos	1	0
Não acredita na terapêutica	0	0
Descontinuidade no repasse do fitoterápico	3	2

Fonte: Elaborada pelos autores.

Os xaropes são os medicamentos mais prescritos, seguidos pelas cápsulas de maracujá e o elixir de aroeira. Já a tintura de malva santa e o sabonete de alecrim-pimenta são prescritos com menor frequência, como se observa na Figura 1.

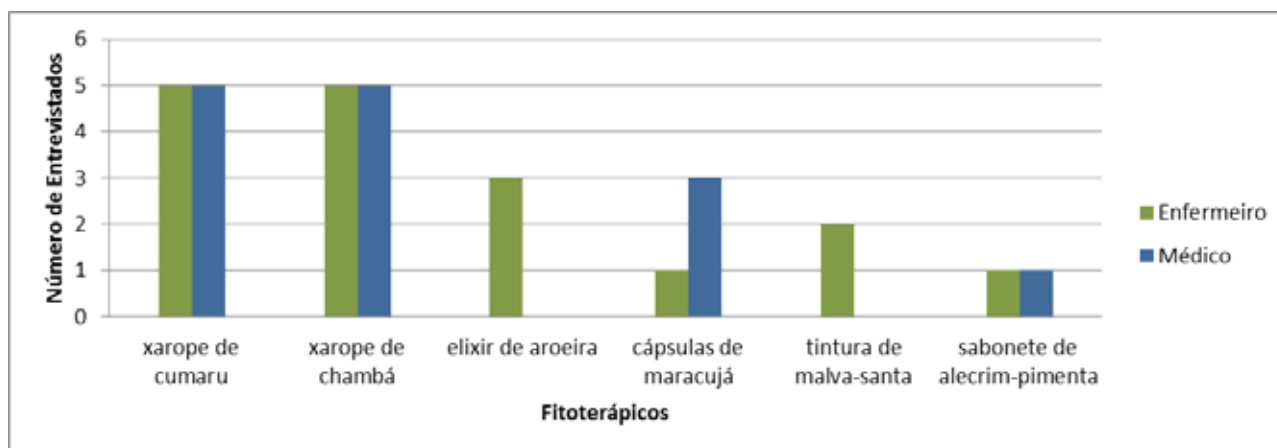


Figura 1. Distribuição dos fitoterápicos mais prescritos. Viçosa do Ceará, 2015.

Fonte: Elaborada pelos autores.

Os entrevistados relataram que a aceitação da prescrição de fitoterápicos por parte dos usuários do serviço de saúde é considerada boa, porém, 3 profissionais referiram certa resistência:

Uma parte dos pacientes aceita e outra parte não aceita. (Entrevistado 3)

Alguns apresentam certa resistência e outros, principalmente as mães, até preferem, pois acreditam não fazer mal aos filhos. (Entrevistado 10)

A maioria aceita, porém, às vezes, com pouca credibilidade. (Entrevistado 9)

Os demais profissionais relataram uma ótima aceitação, o que facilita a adesão ao tratamento e proporciona melhor resolatividade da patologia:

Os pacientes aceitam bem, muitas vezes pedem para prescrevermos fitoterápicos. (Entrevistado 8)

Quanto à eficácia dos fitoterápicos, todos os

enfermeiros relataram ser ótima; entre os médicos, 4 indicaram ser ótima e 2 classificaram como boa.

Todos os profissionais informaram que a eficácia vem sendo avaliada por meio de acompanhamento clínico e relato do próprio usuário do serviço. Todos os médicos e 3 enfermeiros mostraram interesse em incluir outros fitoterápicos na farmácia viva, ao passo que 3 enfermeiros negaram interesse em disponibilizar novos fitoterápicos aos usuários. Para os profissionais da saúde, os fitoterápicos atuais são satisfatórios, porém, vários deles se encontram em falta, o que indica a necessidade de manter o estoque de fitoterápicos já usados no município.

É consensual entre os participantes o interesse em aperfeiçoar sua qualificação em fitoterápicos por meio de educação permanente. Eles destacam que receberam capacitação do farmacêutico responsável pelo centro fitoterápico, porém, tal treinamento não é permanente. Além disso, todos manifestam interesse em participar das atividades do programa de fitoterapia, principalmente de palestras educativas (5 médicos e 5 enfermeiros), trabalho com a comunidade (2 médicos e 2 enfermeiros) e

acompanhamento clínico (2 médicos e 2 enfermeiros).

Observou-se que metade dos profissionais prescreve fitoterápicos comercializados em farmácias comunitárias (2 enfermeiros e 4 médicos). A outra metade não prescreve (4 enfermeiros e 2 médicos), embora relatem conhecer outros fitoterápicos comercializados. Os principais medicamentos prescritos que não fazem parte do elenco de fitoterápicos da rede municipal são: *Passiflora edulis* Sims, *Ginkgo biloba*, Naturetti®, Abrillar®, Hederax® e Maracugina®.

Quando indagados sobre os fitoterápicos que não prescrevem, 6 participantes relataram prescrever todos os medicamentos do elenco de fitoterápicos da farmácia básica, sendo que 2 não prescrevem tintura de alecrim-pimenta, 2 não prescrevem sachê para inalação, 1 não prescreve xarope de cumaru ou chambá e 1 não prescreve cápsulas de maracujá.

Os demais entrevistados citaram medicamentos que poderiam ser inseridos no elenco da farmácia básica do município, como xaropes sem adição de açúcar, para uso de diabéticos.

DISCUSSÃO

A composição das equipes de saúde é definida pela Portaria n. 2.488/2011 (normas e diretrizes para organização da atenção básica para a Estratégia Saúde da Família e para a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde)¹⁰.

Um estudo traçando o perfil dos trabalhadores da APS no Município de São Paulo detectou prevalência do sexo feminino e idades entre 21 e 40 anos (50,5%) em uma amostra de 621 indivíduos. Cerca de 40% trabalhavam na UBS há mais de 5 anos e 37,9% trabalhavam na mesma UBS há menos de 5 anos¹¹⁻¹³.

Categorizando o tempo no serviço por profissional, detectamos que os enfermeiros atuavam há mais de 5 anos (4 deles há mais de 10 anos) e 100% dos médicos atuam há menos de 5 anos. Isso demonstra perfis profissionais diferentes: um contingente é antigo no serviço e o outro se encontra em renovação por meio do Programa Mais Médicos, do Governo Federal. Constatamos que muitos enfermeiros têm experiência com fitoterápicos desde o início da implantação do Programa Farmácias Vivas em Viçosa do Ceará, em 2002⁹.

Observa-se crescente aceitação da fitoterapia por parte dos profissionais da saúde, inclusive dos médicos¹⁴. Esse fato pode estar associado, entre outros aspectos, à comprovação científica

*... os fitoterápicos
representam
3% do mercado
farmacêutico total
no país...*

das propriedades terapêuticas de diversas plantas medicinais para o tratamento de determinadas patologias. De acordo com a literatura pertinente, esse é um fator que motiva as iniciativas para incluir a fitoterapia no âmbito do SUS^{4,15}.

O interesse no uso de plantas medicinais se relaciona ao alto custo dos medicamentos industrializados, à falta de acesso a assistência médica e farmacêutica, à crise econômica do país e à tendência dos consumidores optarem pelo uso de produtos naturais¹⁶⁻¹⁸.

Os dados indicaram que os enfermeiros prescrevem mais fitoterápicos do que os médicos, corroborando os achados de um estudo realizado em Anápolis-GO. O posicionamento favorável ao uso de plantas medicinais e fitoterápicos diverge entre as categorias profissionais entrevistadas: 100% dos fisioterapeutas, farmacêuticos e odontólogos; 86% dos técnicos em enfermagem; 65% dos enfermeiros; e apenas 17% dos médicos¹⁹.

A Portaria MS n. 971/2006, que instituiu a PNPIIC no SUS, trouxe novos subsídios para a normatização das ações governamentais na área de saúde, ampliando as opções terapêuticas com garantia de acesso às plantas medicinais e aos fitoterápicos²⁰.

A falta de medicamentos e a descontinuidade em seu repasse para as farmácias são os grandes empecilhos para sua prescrição. A Sociedade Nacional de Agricultura indica que o Brasil, um dos países com maior biodiversidade do mundo, ainda encontra entraves para explorar todo o seu potencial no mercado de fitoterápicos²¹. Segundo estimativas da Associação Brasileira das Empresas do Setor Fitoterápico, Suplemento Alimentar e de Promoção da Saúde (Abifisa), os fitoterápicos representam 3% do mercado farmacêutico total no país, com faturamento de cerca de US\$ 1 bilhão e estimativa de crescimento anual em torno de 15%. Em nível mundial, esse mercado movimenta anualmente cerca de US\$ 20 bilhões²¹.

Alguns autores afirmam que há pouco apoio científico por parte de universidades; além disso, faltam iniciativas da gestão pública voltadas ao estudo e políticas públicas que garantam recursos para a implementação do uso de fitoterápicos e plantas medicinais no SUS⁵.

As classes profissionais prescritoras apresentaram pouca variedade entre os medicamentos mais frequentes. Tal fato também se deve à oferta nas UBS. A maior prescrição de xaropes expectorantes pode ser justificada pela prevalência de doenças do aparelho respiratório em determinadas faixas etárias. Atualmente, tais doenças constituem uma das principais causas de mortalidade e incapacidade no mundo, em especial quando afetam grupos populacionais vulneráveis (crianças e idosos). No Brasil, são a segunda causa mais comum de internação, superadas apenas pelo atendimento ao parto²².

O desconhecimento dos efeitos indesejáveis de algumas plantas leva as pessoas a considerá-las inofensivas, recorrendo a elas por constituírem sabedoria popular, herança familiar, passada de geração a geração de povos e comunidades. Esse tipo de conhecimento é transmitido culturalmente e faz parte do senso comum, que busca opções naturais de baixo custo que não causem danos ao organismo²³⁻²⁴.

Concomitantemente ao uso de alopáticos, muitas vezes a população recorre a plantas medicinais desconhecendo: a existência de possível interação, toxicidade e ação terapêutica comprovada; a forma correta de cultivo e preparo; e as indicações e contraindicações. Isso se deve ao fato das pessoas acreditarem que as plantas medicinais não podem vir a ser prejudiciais à saúde, independente da forma e da quantidade usada¹⁷.

A incorporação da fitoterapia nas UBS não representa somente a incorporação de plantas medicinais para a prevenção ou o alívio de enfermidades, algo que complemente ou substitua a alopatia, também envolve a valorização do conhecimento popular como um complexo de atitudes, valores e crenças que integram um estilo de vida. O trabalho com plantas medicinais cativa as pessoas, pois elas compartilham conhecimento – ao contrário do que ocorre com o tratamento à base de alopáticos^{4,25}.

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), o fitoterápico é caracterizado pelo conhecimento da eficácia e dos riscos de seu uso, bem como pela reprodutibilidade e constância de sua

... há 432 fitoterápicos simples e 80 compostos registrados na Anvisa.

qualidade. Sua eficácia e segurança são validadas por meio de levantamentos etnofarmacológicos de uso, documentações tecnocientíficas ou evidências clínicas¹.

Mesmo com a tecnologia avançada e com a medicina cada dia mais moderna, mostra-se necessário que os profissionais da saúde tenham capacitação quanto ao uso dos fitoterápicos, a fim de manter maior interação com a comunidade e aumentar sua afinidade com a cultura popular local, o que tende a melhorar adesão ao plano terapêutico fitoterápico ou alopático²⁶.

A maioria dos programas de fitoterapia revisados por uma autora⁴ envolve um conjunto de medidas e ações de educação em saúde e de aproximação da comunidade – elas vão além da prescrição medicamentosa, identificando, apoiando e incentivando o uso e práticas caseiras e seguras para a população. Para exemplificar, alguns dos programas contemplam medidas que buscam trocar conhecimentos horizontais com a comunidade e orientá-la, quando necessário, em relação ao uso correto das plantas medicinais, por meio de palestras educativas, cartilhas, visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e ações da equipe multidisciplinar das UBS.

A assistência ao paciente, à família e à comunidade é uma função da equipe de saúde, que deve planejá-la com base na cultura da população e usar os recursos disponíveis para auxiliar a comunidade a melhorar seu nível de saúde. Para isso, deve-se ter conhecimentos sobre as propriedades terapêuticas das plantas medicinais, seu preparo, sua dosagem e sua indicação, além de compreender como as pessoas dessas comunidades percebem o processo saúde-doença²⁷⁻²⁸.

Em relação aos produtos industrializados, há 432 fitoterápicos simples e 80 compostos registrados na Anvisa. O setor produtivo industrial possui ampla legislação no tocante aos aspectos da produção e comercialização de fitoterápicos²⁹.

As espécies de plantas medicinais com mais

registros na Anvisa na forma de fitoterápicos são:

- *Ginkgo biloba*;
- *Aesculus hippocastanum*;
- *Panax ginseng*;
- *Senna alexandrina*;
- *Peumus boldus* Molina;
- *Cynara scolymus*;
- *Passiflora edulis* Sims;
- *Valeriana officinalis* L.; e
- *Arnica montana* L.

Essas espécies figuram entre as 34 previstas na lista de registro simplificado de fitoterápicos (Instrução Normativa n. 02/2014) – as quais têm registro facilitado por não precisarem comprovar critérios de segurança e eficácia terapêuticas, por serem amplamente reconhecidas pela comunidade científica²⁹.

O desconhecimento e a falta de preparo profissional dificultam a adoção de plantas medicinais como recurso terapêutico na rede pública de saúde³. Isso abre amplo espaço para pesquisa, pois o uso de terapias menos dispendiosas para enfermidades crônico-degenerativas potencializa os investimentos humanos e financeiros destinados ao setor saúde. Assim, os benefícios dos fitoterápicos podem e devem ser combinados aos da terapia medicamentosa convencional, em linha com o princípio da integralidade da assistência à saúde no âmbito do SUS³⁰.

CONCLUSÃO

O uso de fitoterápicos é cada vez mais frequente no Brasil, principalmente na ESF, que adota essa prática de modo mais consistente no âmbito do SUS. No entanto, constatou-se a necessidade de novos estudos que analisem a aceitação do uso de fitoterápicos na APS, bem como sua prescrição por parte dos profissionais da saúde.

Outro ponto de vital importância deste estudo foi a prescrição *per se*: observou-se que a maioria dos profissionais da saúde já prescreve e relata dominar o uso de algum tipo de fitoterápico, o que mostra uma mudança em relação ao paradigma de uso da terapia alopática convencional.

Apesar do uso bem estabelecido, inclusive com livros já publicados na área de fitoterapia, e dos investimentos em unidades de farmácia viva, ainda se observa que os prescritores demandam formação

O desconhecimento e a falta de preparo profissional dificultam a adoção de plantas medicinais...

específica para que a fitoterapia avance na APS. Os profissionais da saúde mostraram interesse em adquirir mais conhecimentos em fitoterapia para proporcionar melhor atendimento à população, complementando ou substituindo a terapia alopática convencional.

Conclui-se que o programa de fitoterapia de Viçosa do Ceará é bem aceito pelos profissionais das UBS. Assume destaque a disponibilidade dos fitoterápicos na unidade de farmácia viva, além da aceitação por parte dos usuários e do conhecimento dos prescritores sobre o assunto.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Ariel Átila Pontes Soares contribuiu com a realização da pesquisa, o delineamento do estudo e a redação do manuscrito. **Ana Cecília Rodrigues e Silva** contribuiu com o delineamento do estudo e a redação do manuscrito. **Joaquim Horácio de Araújo Neto** contribuiu com a redação do manuscrito. **André Luiz Cunha Cavalcante e Olindina Ferreira Melo** contribuíram com a redação e a revisão crítica do manuscrito. **Rafaelly Maria Pinheiro Siqueira** contribuiu com o delineamento do estudo e a revisão crítica do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na atenção básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 31).
2. Organização Mundial da Saúde. A importância da farmacovigilância. Brasília (DF): OMS; 2005.
3. Silvello CLC. O uso de plantas medicinais e de fitoterápicos no SUS: uma revisão bibliográfica [dissertation on the internet]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010 [cited 2018 May 8]. Available from: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/28232/000769371.pdf?sequence=1>

4. Becker MM. Programas de fitoterapia na rede pública de saúde no Brasil [monograph on the internet]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2012 [cited 2018 May 8]. Available from: <http://spb.ufsc.br/files/2012/09/TCC-Mariana-Becker.pdf>
5. Matos FJA. Plantas medicinais: guia de seleção e emprego de plantas usadas em fitoterapia no Nordeste do Brasil. 3. ed. Fortaleza: Ed. UFC; 2007.
6. Brasil. Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n. 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (2013 Oct 23); Sec 1.
7. Alexandre RF, Garcia FN, Simões CMO. Fitoterapia baseada em evidências. Parte 1: medicamentos fitoterápicos elaborados com ginkgo, hipérico, kava e valeriana. Acta Farm Bonaer [serial on the internet]. 2005 [cited 2018 May 8];24(2):300-9. Available from: http://www.latamjpharm.org/trabajos/24/2/LAJOP_24_2_7_1_YS0CRS9CK3.pdf
8. Nascimento WMC, Melo OF, Silva IF, Souza FL. Plantas medicinais e sua utilização pelas comunidades do município de Sobral, Ceará. Sanare (Sobral, Online) [serial on the internet]. 2013 [cited 2018 Oct 25];12(1):46-53. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/328/262>
9. Fonseca SGC, Moura LC, organizer. Memento fitoterápico. Viçosa do Ceará (CE): Prefeitura de Viçosa do Ceará; 2002.
10. Brasil. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família – ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS. Diário Oficial da União, Brasília (2011 Oct 24); Sec 1.
11. España. Base de Datos de Profesionales Sanitarios Colegiados. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2011.
12. Carrillo-García C, Solano-Ruiz MC, Martínez-Roche ME, Gómez-García CI. Influência do gênero e da idade: satisfação no trabalho de profissionais da saúde. Rev Latinoam Enferm [serial on the internet]. 2013 [cited 2018 May 8];21(6):1314-20. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n6/pt_0104-1169-rlae-21-06-01314.pdf
13. Marsiglia RMG. Perfil dos trabalhadores da atenção básica em saúde no município de São Paulo: região norte e central da cidade. Saúde Soc [serial on the internet]. 2011 [cited 2018 May 8];20(4):900-11. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/08.pdf>
14. Akiyama K. Práticas não convencionais em medicina no Município de São Paulo [thesis on the internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2004 [cited 2018 Nov 16]. Available from: <file:///D:/KazuseiAkiyamaTeseD02004.pdf>
15. Fachina F, Abelan US. Uso e aceitação de medicamentos magistrais em pacientes atendidos nas Clínicas Integradas – Unirp de São José do Rio Preto, SP. Rev Bras Farm [serial on the internet]. 2012 [cited 2018 May 8];93(2):167-72. Available from: <http://www.rbfarma.org.br/files/rbf-2012-93-2-6.pdf>
16. Simões CMO, Schenkel EP, Gosmann G, Mello JCP, Mentz LA, Petrovick PR. Farmacognosia: da planta ao medicamento. Florianópolis: Ed. UFSC; 1999.
17. Barreto BB. Fitoterapia na atenção primária à saúde: a visão dos profissionais envolvidos [dissertation on the internet]. Juiz de Fora (MG): Universidade Federal de Juiz de Fora; 2011 [cited 2018 Nov 16]. Available from: <http://www.ufjf.br/pgsaudecoletiva/files/2011/03/DISSERTA%C3%87%C3%83O-BENILSON-versao-final.pdf>
18. Gerhardt TE. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. Cad Saúde Pública [serial on the internet]. 2006 [cited 2018 May 8];22(11):2449-63. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n11/19.pdf>
19. Dutra MG. Plantas medicinais, fitoterápicos e saúde pública: um diagnóstico situacional em Anápolis, Goiás [dissertation on the internet]. Juiz de Fora (MG): Universidade Federal de Juiz de Fora; 2009 [cited 2018 May 8]. Available from: <http://www.ufjf.br/pgsaudecoletiva/files/2011/03/DISSERTA%C3%87%C3%83O-BENILSON-versao-final.pdf>
20. Brasil. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares: atitude de ampliação de acesso [document on the internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006 [cited 2018 May 8]. Available from: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>
21. Sociedade Nacional de Agricultura. Setor de fitoterápicos sofre com a falta de mão de obra especializada e investimento [document on the internet]. 2014 [cited 2018 May 8]. Available from: <http://www.sna.agr.br/setor-de-fitoterapicos-enfrenta-falta-de-mao-de-obra-especializada-e-investimento/>
22. Cajazeira AA. Geografia, ambiente e saúde: correlações entre o clima e a incidência de doenças respiratórias em Maracanaú/CE [dissertation on the internet]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2013 [cited 2018 May 8]. Available from: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/7357/1/2012_dis_aacajazeira.pdf

23. Faria PG, Ayres A, Alvim NAT. O diálogo com gestantes sobre plantas medicinais: contribuições para os cuidados básicos de saúde. Acta Sci, Health Sci [serial on the internet]. 2004 [cited 2018 May 8];26(2):287-94. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/1579/931>

24. Machado DC, Czermainski Silvia BC, Lopes EC. Percepções de coordenadores de unidades de saúde sobre a fitoterapia e outras práticas integrativas e complementares. Saúde Debate [serial on the internet]. 2012 [cited 2018 May 8];36(95):615-23. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n95/a13v36n95.pdf>

25. Diniz MFFM, Oliveira RAG, Medeiros ACD, Malta Júnior A. Memento fitoterápico: as plantas como alternativa terapêutica, conhecimentos populares e científicos. João Pessoa: Universitária; 1997.

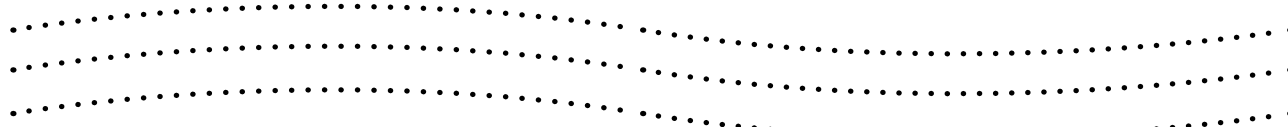
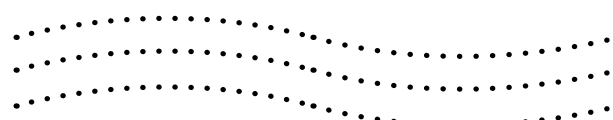
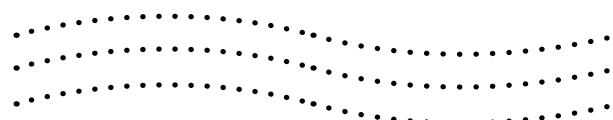
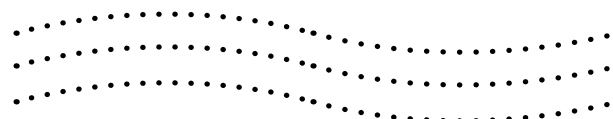
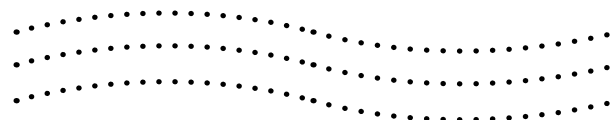
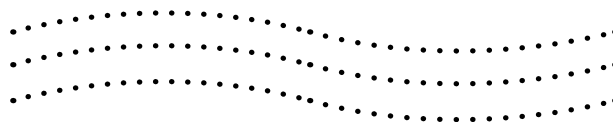
26. Tórres AR, Oliveira RAG, Diniz MFFM, Araújo EC. Estudo sobre o uso de plantas medicinais em crianças hospitalizadas da cidade de João Pessoa: riscos e benefícios. Rev Bras Farmacogn [serial on the internet]. 2005 [cited 2018 May 8];15(4):373-80. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbfar/v15n4/a18v15n4.pdf>

27. Silva MIG, Gondim APS, Nunes IFS, Sousa FCF. Utilização de fitoterápicos nas unidades básicas de atenção à saúde da família no Município de Maracanaú (CE). Rev Bras Farmacogn [serial on the internet]. 2006 [cited 2018 May 8];16(4):455-62. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbfar/v16n4/a03v16n4.pdf>

28. Santos RL, Guimaraes GP, Nobre MSC, Portela AS. Análise sobre a fitoterapia como prática integrativa no Sistema Único de Saúde. Rev Bras Plantas Med [serial on the internet]. 2011 [cited 2018 May 8];13(4):486-91. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbpm/v13n4/a14v13n4.pdf>

29. Brasil. Instrução Normativa n. 2, de 13 de maio de 2014. Publica a "Lista de medicamentos fitoterápicos de registro simplificado" e a "Lista de produtos tradicionais fitoterápicos de registro simplificado". Diário Oficial da União, Brasília, (2014 May 14); Sec 1.

30. Borges KB, Bautista BH, Guilera S. Diabetes: utilização de plantas medicinais como forma opcional de tratamento. Rev Eletrônica Farm [serial on the internet]. 2008 [cited 2018 May 8];5(2):12-20. Available from: <https://revistas.ufg.br/REF/article/view/5149/4256>



PERCEPÇÃO DE CUIDADORES DE CRIANÇAS OBESAS ACERCA DA OBESIDADE INFANTIL

PERCEPTION OF CAREGIVERS OF OBESE CHILDREN ABOUT PEDIATRIC OBESITY

PERCEPCIÓN DE CUIDADORES DE NIÑOS OBESOS SOBRE LA OBESIDAD PEDIÁTRICA

Brena Barreto Barbosa ¹

Maria Soraia Pinto ²

Ana Vaneska Passos Meireles ³



RESUMO

Este artigo tem por objetivo conhecer a percepção de cuidadores de crianças obesas acerca da obesidade infantil. Trata-se de pesquisa qualitativa realizada com mães de crianças menores de 5 anos que participam de um projeto multidisciplinar de combate à obesidade infantil. Os dados foram obtidos por meio de entrevista aberta ou em profundidade, registrada em áudio com o consentimento das participantes. Os resultados da pesquisa indicaram os três eixos temáticos que embasaram as linhas de análise (interpretação): a) “É... ela está muito gorda”; b) “Tropa das pernas”; e c) “Só sabe quem carrega”. Constatou-se que as mães entrevistadas foram capazes de identificar a obesidade nas filhas, bem como de reconhecer algumas das consequências do excesso de peso. Além disso, elas associaram o peso saudável ao estereótipo da magreza.

Palavras-chave:

Pesquisa Qualitativa; Obesidade Pediátrica; Percepção.

Keywords:

Qualitative Research; Pediatric Obesity; Perception.

Palabras clave:

Investigación Cualitativa; Obesidad Pediátrica; Percepción.

Submetido:

25/09/2018

Aprovado:

30/10/2018

Autor(a) para Correspondência:

*Brena Barreto Barbosa
R. Coronel Alexandrino, 266
Centro
Aracati (CE)
CEP: 62800-000
E-mail:
brena-barreto@hotmail.com*

1. Nutricionista. Aluna de Especialização em Saúde da Família e Comunidade na Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE). Residente em Saúde da Família e Comunidade. Acaraú (CE), Brasil.

2. Nutricionista. Aluna de Doutorado em Saúde Pública na Universidade Federal do Ceará (UFC). Mestre em Saúde Pública pela UFC. Professora da Universidade de Fortaleza (Unifor). Fortaleza (CE), Brasil.

3. Nutricionista. Mestre em Ciências Fisiológicas pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Professora da Unifor. Fortaleza (CE), Brasil.

ABSTRACT

This article aims to know the perception of caregivers of obese children about childhood obesity. This is a qualitative research conducted with mothers of children under 5 years of age who participate in a multidisciplinary project to fight childhood obesity. Data was obtained through an open-ended or in-depth interview, recorded in audio with the participants' consent. The research results indicated the three thematic axes that supported the lines of analysis (interpretation): a) "Okay... she is very fat;" b) "Wobbly legs;" and c) "Only those carrying know about it." It was found that the mothers interviewed managed to identify obesity in their daughters, as well as recognize some of the consequences of overweight. Also, they associated healthy weight to the stereotype of thinness.

RESUMEN

Este artículo tiene como objetivo conocer la percepción de cuidadores de niños obesos sobre la obesidad pediátrica. Esta es una investigación cualitativa realizada con madres de niños menores de 5 años que participan en un proyecto multidisciplinario para combatir la obesidad pediátrica. Los datos se obtuvieron a través de una entrevista abierta o en profundidad, grabada en audio con consentimiento de las participantes. Los resultados de la investigación indicaron los tres ejes temáticos que apoyaron las líneas de análisis (interpretación): a) "Está bien... ella está muy gorda"; b) "Piernas temblorosas"; y c) "Sólo sabe quién lleva". Se constató que las madres entrevistadas lograron identificar la obesidad en sus hijas, así como reconocer algunas de las consecuencias del sobrepeso. Además, ellas asociaron el peso sano al estereotipo de la delgadez.

INTRODUÇÃO

A obesidade é identificada pelo acúmulo de tecido adiposo em uma região ou em todo o corpo. É considerada uma doença crônica e de múltiplas causas, resultando, na maioria das vezes, da combinação de fatores genéticos, ambientais e comportamentais¹.

Atualmente, o excesso de peso é reconhecido como um problema de saúde pública, devido às proporções que vem atingindo ao longo dos anos e à sobrecarga que tem causado ao sistema de saúde por conta de suas complicações². Como o excesso de peso na infância aumenta as chances de obesidade na vida adulta, as consequências dessa situação para as gerações futuras constituem motivo de preocupação³.

O sobrepeso e a obesidade infantil vêm aumentando significativamente em todo o mundo desde a década de 1990 e têm atingido indivíduos em fases cada vez mais precoces da vida, sobretudo em países em desenvolvimento, onde a grande maioria dos afetados vive⁴.

Os números alarmantes sobre o aumento da obesidade em crianças se apresentam como reflexo do atual estilo de vida de grande parte da população infantil, que consiste em: consumo excessivo de alimentos com alta densidade energética, ricos em gorduras saturadas, açúcar e sal; falta de exercício físico; e predomínio de atividades sedentárias⁵.

Além dos dados biológicos, vale salientar que

.....
a obesidade precisa ser entendida como fenômeno multidimensional, ou seja: uma doença que abrange aspectos individuais e que pode ser vista como característica física, sendo, ainda, entendida, analisada e influenciada pela sociedade e pela cultura⁶.

A participação dos pais no tratamento e no acompanhamento da obesidade de seus filhos é fundamental para o sucesso das intervenções. O acompanhamento familiar deve promover hábitos saudáveis e apoio para lidar com as repercussões negativas da obesidade⁷. Tão importante quanto a sensibilização e a conscientização da família é a participação da escola e da sociedade no incentivo da promoção da saúde – como alimentação adequada e práticas de exercício físico⁸.

Como os comportamentos relacionados à saúde das crianças permanecem sob a influência e o controle dos seus pais, enfrentar a epidemia da obesidade infantil se mostra difícil e é necessário, portanto, aprimorar o entendimento das consequências desse problema de saúde entre os pais⁹.

Um desafio vital para a família de crianças obesas é proporcionar apoio e proteger a autoestima de seus filhos, ao mesmo tempo que se orienta adequadamente quanto às práticas alimentares mais apropriadas¹⁰. Assim, este artigo tem por objetivo conhecer a percepção de cuidadores de crianças obesas acerca da obesidade infantil.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo com abordagem qualitativa, de caráter exploratório e enfoque fenomenológico, realizado em Fortaleza (CE). Sua população consistiu em 8 mães de crianças menores de 5 anos, de ambos os sexos, que participam de um projeto multidisciplinar de combate à obesidade infantil em uma unidade básica de saúde (UBS). Os dados foram obtidos por meio de entrevista aberta ou em profundidade, registrada em áudio com o consentimento das participantes.

As entrevistas foram realizadas pela autora principal deste artigo, então aluna de Graduação em Nutrição, em único encontro com cada informante, em sala reservada no próprio espaço físico do projeto citado, propiciando maior privacidade e comodidade. As gravações foram transcritas na íntegra, de modo a documentar o testemunho das entrevistadas.

A pesquisa foi realizada em setembro e outubro de 2017. A coleta de dados cessou devido à saturação teórica¹¹ dos achados nas entrevistas, resultante dos discursos convergentes que geraram as categorias analíticas. Para assegurar o anonimato dos sujeitos, os fragmentos dos testemunhos são identificados pela letra “E” (Entrevistada), seguida de sua ordenação numérica (E1 a E8).

A categorização do material indicou os três eixos temáticos que embasaram as linhas de análise (interpretação): a) “É... ela está muito gorda”; b) “Tropa das pernas”; e c) “Só sabe quem carrega”.

Todas as participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido relativo ao estudo. Este foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza (Unifor) sob o Parecer n. 2.234.850/2017, de acordo com os princípios da Resolução CNS n. 466/2012, que regulamenta a pesquisa com seres humanos no Brasil¹².

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As participantes têm idades entre 20 e 36 anos, com média de 28 anos e todas elas relataram não estar empregadas, exercendo a função de donas de casa. Quanto à escolaridade, 6 entrevistadas tinham Ensino Fundamental incompleto e 2 tinham Ensino Médio incompleto.

Para sistematizar as informações das entrevistas gravadas e transcritas, a percepção das mães acerca da obesidade de seus filhos foi agrupada por categorias de unidades analíticas. Estas foram nomeadas

*...mães de crianças
obesas tendem a
subestimar o peso
corporal de seus
filhos...*

de acordo com as transcrições das entrevistas, ressaltando pontos subjacentes dos discursos: a) “É... ela está muito gorda”; b) “Tropa das pernas”; e c) “Só sabe quem carrega”.

“É... ela está muito gorda”

Nesta primeira categoria empírica buscamos conhecer a percepção das mães sobre a obesidade de seus filhos. Quando indagadas sobre o peso da criança, todas as mães afirmaram que seus filhos estavam acima do peso.

Diferentemente de estudos recentes demonstrando que as mães de crianças obesas tendem a subestimar o peso corporal de seus filhos¹³ e apresentar uma percepção considerada distorcida, levando o excesso de peso a ser visto como normal¹⁴, as entrevistadas reconheceram a obesidade nas filhas, como indica a seguinte fala:

É... ela tá muito gorda. (E2)

Outro fator do discurso das entrevistadas que diverge de outros estudos sobre o tema é a consciência do risco apresentado pelo estado nutricional das filhas. Pesquisas recentes revelam que muitos pais de crianças com excesso de peso não o consideram um problema de saúde¹⁵.

[...] a gente tem que cuidar do peso, né? Senão vai ter só uma pressão alta, uma diabetes. (E6)

Vale ressaltar que o cenário do estudo predispõe à percepção da obesidade, uma vez que as mães levaram seus filhos ao ambulatório exatamente para ter acesso ao tratamento da obesidade infantil.

Os depoimentos indicam o desejo das mães de ver as filhas sem excesso de peso, além de demonstrarem associação entre peso saudável e corpo magro:

[Resposta da mãe ao ser indagada sobre o que entende por peso saudável] *Era se ela fosse mais magrinha, né? Era mais melhor.* (E2)

A intenção de ver as filhas com um corpo magro pode decorrer da necessidade de aceitação imposta pela sociedade – muitas vezes, o corpo obeso é considerado anormal. Desejar um corpo magro para a filha seria uma maneira de evitar sofrimento nos relacionamentos e dificuldade nas interações sociais¹⁶.

Em estudo com o objetivo de conhecer a percepção da família de crianças obesas e da própria criança em relação ao seu corpo, observou-se que o excesso de peso trouxe prejuízo aos relacionamentos das crianças e à sua autoimagem, além da sensação de inadequação ao meio social em que estão inseridas¹⁷.

Percebeu-se que pode ocorrer reinterpretação da opinião dos outros acerca da obesidade das filhas, de modo a amenizar a situação e torná-la mais tolerável para ambas as partes:

[Resposta da mãe ao ser indagada sobre como se sente quando outras pessoas dizem que sua filha é “gordinha”] *Eu não gosto muito, mas eu não... eu não reajo dessa maneira pra ela, eu digo só assim: “Mãe, quando di[ss]er que a minha filha é gordinha, a minha filha diz assim, ó: ‘eu sou gordinha mas sou gostosa, eu sou gordinha mas sou importante pra minha mãe’”. (E8)*

Nota-se na fala da mãe a intenção de aconselhar a filha quanto à resignificação da opinião de outrem acerca de sua aparência. Isso se manifesta como forma de proteção contra situações de preconceito que podem ser enfrentadas pela filha em decorrência de seu excesso de peso; além do estigma, tais situações incluem questões fisiológicas – como ilustra a próxima categoria.

...o excesso de peso trouxe prejuízo aos relacionamentos das crianças e à sua autoimagem...

“Tropa das pernas”

Na segunda categoria empírica abordamos as consequências da obesidade para as crianças, na percepção de suas mães, bem como as possíveis causas da obesidade infantil.

A obesidade causa grande impacto no sistema musculoesquelético das crianças¹⁸. Tal fato foi apontado nas falas, sendo reconhecido pelas entrevistadas como motivo de preocupação:

[...] eu me preocupo mais por causa das pernas dela. Por causa do peso que fica, os médicos disse[ram] que ela não se ajeita por causa do peso. (E1)

A preocupação das mães com os efeitos que a obesidade pode causar nas filhas pareceu refletir-se principalmente na questão da aparência física das pernas das crianças. Isso pode justificar-se por ser uma manifestação visível das consequências da obesidade, sendo considerada prioritária em comparação com as manifestações assintomáticas da doença.

Algumas adaptações posturais em crianças, por exemplo, mudanças no alinhamento e na sustentação dos quadris, joelhos, tornozelos e pés, costumam ocorrer com vistas a suportar o excesso de peso e acabam provocando dores nos membros inferiores, desconforto e diminuição da capacidade de locomoção¹⁹:

Ela é tropa das pernas. Se [andar] muito, ela cai. (E3)

É importante salientar que, além das consequências no sistema musculoesquelético, a obesidade infantil predispõe a várias complicações de saúde, como problemas respiratórios, *diabetes mellitus*, hipertensão arterial e dislipidemias, aumentando a incidência de morte na vida adulta. Ademais, crianças com obesidade estão expostas a relevante estresse psicológico devido ao estigma social²⁰.

Observou-se a obesidade como estigma no discurso das mães – com frequência associada a alta carga emocional:

Já hoje teve duas [crianças] que arengou com ela, que viu que não era do nível dela. [...] Acharam que ela causa medo, eu disse: “Não, ela é uma bebê, né?”. (E2)

Os obesos costumam ser estigmatizados porque não conseguem realizar atividades triviais com a mesma facilidade que outras pessoas ou por ser alvo de chacota (devido à sua imagem diferente)²¹.

“Só sabe quem carrega”

As entrevistadas reforçaram a dificuldade de cuidar de uma criança obesa, relatando principalmente o esforço para carregar as filhas no colo:

Mulher, porque ô, pra carregar ela no braço, ela pesa demais, tá entendendo? (E6)

Desde o momento do parto, é frequente que as mães carreguem seus filhos no colo durante longos períodos, até que eles possam iniciar sua marcha independente²². Tal hábito é uma das principais causas de lesão na coluna lombar e nos joelhos²³, muitas vezes negligenciado pelas mães, que costumam menosprezar as dores e não buscam orientações sobre a postura adequada para prevenir tais lesões²⁴.

Eu não aguento andar muito tempo com ela no colo, só se for caso de urgência. (E3)

O discurso das mães acerca da obesidade pareceu centrar-se principalmente nas consequências do excesso de peso para a saúde das filhas, não sendo citadas preocupações relacionadas ao seu próprio bem-estar. Os familiares parecem organizar-se em torno da obesidade da criança, comprometendo as relações sociais dos demais membros da família²⁵.

A sobrecarga das mães de crianças obesas inclui não só a questão física, citada anteriormente, mas também a questão social, pois as mulheres exercem múltiplas funções e nem sempre podem dedicar-se com exclusividade ao tratamento da obesidade das filhas:

Cuido de toda [a] casa e de toda a família. [...] minha mãe disse, eu sou o pau da casa, se eu quebrar a casa cai. (E1)

Vale destacar que a responsabilidade pelo tratamento da obesidade infantil não deve resultar na culpabilização do indivíduo, da família ou mesmo da mãe. É necessário contemplar todo o círculo familiar e a comunidade em que a criança está inserida, de modo que as mudanças sejam

A sobrecarga das mães de crianças obesas inclui não só a questão física...

acompanhadas por novos significados relativos à alimentação, ao corpo e ao viver²⁶.

CONCLUSÃO

As mães entrevistadas se mostraram capazes de identificar a obesidade nas filhas, bem como de reconhecer algumas das consequências do excesso de peso. Além disso, elas associaram o peso saudável ao estereótipo da magreza, situação ainda muito comum devido à influência social.

No que concerne às repercussões da obesidade das filhas entre as mães, a sobrecarga física de carregar as crianças no colo foi amplamente citada, além das questões familiares que envolvem o cuidado de uma criança obesa por parte de mães que exercem múltiplas funções.

Constatou-se a necessidade de maior participação dos pais no acompanhamento das mudanças durante o tratamento da obesidade das filhas. Apesar das sessões destinadas às entrevistas serem abertas a quaisquer cuidadores de crianças neste estudo, apenas as mães estiveram presentes. Assim, uma sugestão para futuros estudos é investigar os motivos da falta de participação dos pais nos cuidados de saúde dos filhos, para proporcionar uma visão mais ampla da percepção dos cuidadores de crianças obesas acerca da obesidade infantil.

CONTRIBUIÇÃO DAS AUTORAS

Brena Barreto Barbosa contribuiu com a realização da pesquisa, o delineamento do estudo e a redação do manuscrito. **Maria Soraia Pinto e Ana Vaneska Passos Meireles** contribuíram com o delineamento do estudo e a redação e revisão crítica do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Pediatria. Obesidade na infância e adolescência: manual de orientação. 2. ed. São Paulo: SBP; 2012.
2. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
3. Starc G, Strel J. Tracking excess weight and obesity from childhood to young adulthood: a 12-year prospective cohort study in Slovenia. *Public Health Nutr.* 2011;14(1):49-55.
4. De Onis M, Blössner M, Borghi E. Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children. *Am J Clin Nutr.* 2010;92(5):1257-64.
5. Moreno LA, Rodríguez G, Fleta J, Bueno-Lozano M, Lázaro A, Bueno G. Trends of dietary habits in adolescents. *Crit Rev Food Sci Nutr.* 2010;50(2):106-12.
6. Pinto MS, Bosi MLM. Muito mais do que pe(n)sam: percepções e experiências acerca da obesidade entre usuárias da rede pública de saúde de um município do Nordeste do Brasil. *Physis (Rio J)* [serial on the internet]. 2010 [cited 2018 Nov 5];20(2):443-57. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n2/a06v20n2.pdf>
7. Vitorino SVZ, Soares LG, Marcon SS, Higarashi IH. Viver com obesidade infantil: a experiência de crianças inscritas em programa de acompanhamento multidisciplinar. *Rev RENE* [serial on the internet]. 2015 [cited 2018 Nov 5];15(6):980-9. Available from: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3295/2534>
8. Lira RCM, Antunes LR, De Mesquita KO. Experiência de abordagem sobre alimentação entre crianças. *Sanare (Sobral, Online)* [serial on the internet]. 2016 [cited 2018 Nov 5];15(1):69-73. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/930/559>
9. Aparício G, Cunha M, Duarte J, Pereira A. Olhar dos pais sobre o estado nutricional das crianças pré-escolares. *Millenium* [serial on the internet]. 2011 [cited 2018 Nov 5];20(40):99-113. Available from: <file:///D:/Dialnet-OlharDosPaisSobreOEstadoNutricionalDasCriançasPree-4049644.pdf>
10. Melo VLC, Serra PJ, Cunha CF. Obesidade infantil: impactos psicossociais. *Rev Méd Minas Gerais* [serial on the internet]. 2010 [cited 2018 Nov 5];20(3):367-70. Available from: <file:///D:/v20n3a14.pdf>
11. Pires AP. Amostragem e pesquisa qualitativa: ensaio teórico e metodológico. In: Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH, Lapemère A, Mayer R, Pires AP, organizers. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis (RJ): Vozes; 2008. p. 154-211.
12. Brasil. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. *Diário Oficial da União*, Brasília (2013 Jun 13); Sec 1.
13. Francescatto C, Santos NS, Coutinho VF, Costa RF. Mothers' perceptions about the nutritional status of their overweight children: a systematic review. *J Pediatr* [serial on the internet]. 2014 [cited 2018 Nov 5];90(4):332-43. Available from: http://www.scielo.br/pdf/jped/v90n4/pt_0021-7557-jped-90-04-00332.pdf
14. Camargo APPD, Barros Filho ADA, Antonio, MÂRD, Giglio JS. A não percepção da obesidade pode ser um obstáculo no papel das mães de cuidar de seus filhos. *Ciênc Saúde Colet* [serial on the internet]. 2013 [cited 2018 Nov 5];18(2):323-33. Available from: http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/200462/1/pmed_23358758.pdf
15. Tenorio A, Cobayashi F. Obesidade infantil na percepção dos pais. *Rev Paul Pediatr* [serial on the internet]. 2011 [cited 2018 Nov 5];29(4):634-39. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v29n4/25.pdf>
16. Oliveira JAN, Barreto JD, Mello AO, Freitas MCS, Fontes GAV. Percepção dos obesos sobre o discurso do nutricionista: estudo de caso. In: Freitas MCS, Fontes GAV, Oliveira JAN, organizers. *Escritas e narrativas sobre alimentação e cultura*. Salvador: Ed. UFBA; 2008. p. 175-189.
17. Venturini LP. Obesidade e família: uma caracterização de famílias de crianças obesas e a percepção dos familiares e das crianças de sua imagem corporal [thesis]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2000 [cited 2018 Nov 5]. Available from: file:///D:/TESE_MESTRADO_LUCIANA_PETENUSCI_VENTURINI.pdf
18. Wearing SC, Henning EM, Byrne MN, Steele JR, Hills AP. The impact of childhood obesity on musculoskeletal form. *Obes Rev.* 2006;7(2):209-18.
19. Bradalize M, Leite N. Alterações ortopédicas em crianças e adolescentes obesos. *Fisioter Mov* [serial on the internet]. 2010 [cited 2018 Nov 5];23(2):283-88. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/fm/v23n2/11.pdf>
20. Adami F, Vasconcelos FAG. Childhood and adolescent obesity and adult mortality: a systematic review of cohort studies. *Cad Saúde Pública* [serial on the internet]. 2008 [cited 2018 Nov 5];24(Suppl 4):s558-s568. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s4/08.pdf>

21. Mattos RS, Luz MT. Sobrevivendo ao estigma da gordura: um estudo socioantropológico sobre obesidade. *Physis (Rio J)* [serial on the internet]. 2009 [cited 2018 Nov 5];19(2):489-507. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n2/v19n2a14.pdf>

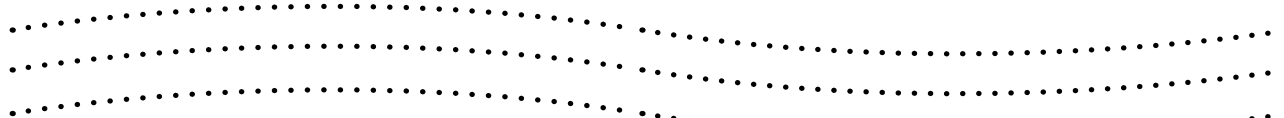
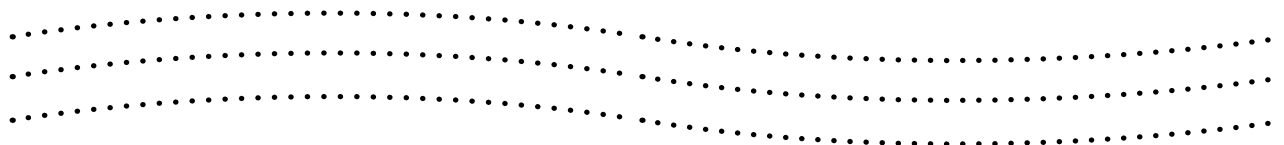
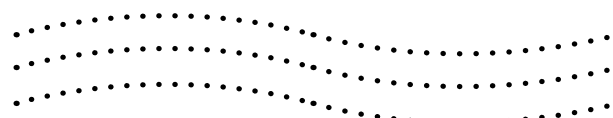
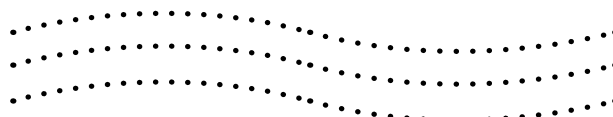
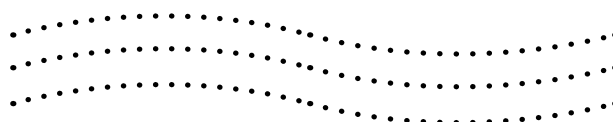
22. Watson JC, Payne RC, Chamberlain AT, Jones RK, Sellers WI. The energetic costs of load-carrying and the evolution of bipedalism. *J Hum Evol.* 2008;54(5):675-83.

23. Knapik J, Reynolds K, Staab J, Vogel JA, Jones B. Injuries associated with strenuous road marching. *Mil Med.* 1992;157(2):64-7.

24. Almeida LMS, Vasconcelos RS, Sales RP, Matos WLS, Viana SMN, Andrade EA, et al. Prevalência de algias da coluna vertebral em mães de crianças com paralisia cerebral não deambulantes. *Revista de Saúde Pública de Santa Catarina* [serial on the internet]. 2012 [cited 2018 Nov 5];5(1):28-37. Available from: <http://revista.saude.sc.gov.br/index.php/inicio/article/view/103/152>

25. Nunes MCA, De Moraes NA. As relações familiares de crianças obesas: uma análise dos discursos maternos. *Clínica & Cultura* [serial on the internet]. 2012 [cited 2018 Nov 5];1(1):68-82. Available from: <https://seer.ufs.br/index.php/clinicaecultura/article/view/638/556>

26. Brasil. Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: recomendações para estados e municípios. Brasília, DF: Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional; 2014.



PRINCIPAIS ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS DECORRENTES DA OBESIDADE: UM ESTUDO TEÓRICO

MAIN PHYSIOLOGICAL CHANGES DUE TO OBESITY: A THEORETICAL STUDY

PRINCIPALES CAMBIOS FISIOLÓGICOS DERIVADOS DE LA OBESIDAD: UN ESTUDIO TEÓRICO

Ronaldo César Aguiar Lima ¹

Luiz Carlos Carnevali Júnior ²

Layana Liss Rodrigues Ferreira ³

Layanny Teles Linhares Bezerra ⁴

Tayanny Teles Linhares Bezerra ⁵

Bruna da Conceição Lima ⁶



RESUMO

Este artigo descreve as principais alterações fisiológicas decorrentes da obesidade. Trata-se de uma pesquisa desenvolvida a partir da análise de estudos obtidos nas bases on-line SciELO, MedLine, Lilacs e PubMed. Constatou-se que as grandes vilãs da obesidade são as adipocinas – substâncias produzidas pelos adipócitos e capazes de exercer inúmeras funções no organismo. De modo geral, o aumento do tecido adiposo leva a “efeitos de massa”, com repercussões na dinâmica ventilatória, por diminuir a complacência pulmonar, o que resulta em pneumopatias restritivas. Além disso, observou-se que níveis aumentados de adipocinas estão diretamente relacionados à expressão de mediadores inflamatórios (TNF- α , IL-1 β e IL-6), promovendo um processo inflamatório crônico. Nos músculos, as adipocinas retardam as miocinas (responsáveis pelo turnover muscular), levando a fragilidade muscular e óssea, e competem com a osteocalcina (responsável pelo turnover ósseo), impedindo o remodelamento ósseo. Conclui-se que as adipocinas promovem diversas adaptações sistêmicas, o que demanda novos estudos para o pleno conhecimento e controle da obesidade no campo das ciências da saúde.

Palavras-chave:

Obesidade; Fisiologia; Adipocinas; Ciências da Saúde.

Keywords:

Obesity; Physiology; Adipokines; Health Sciences.

Palabras clave:

Obesidad; Fisiología; Adipoquinas; Ciencias de la Salud.

Submetido:

25/06/2018

Aprovado:

22/11/2018

Autor(a) para Correspondência:

Ronaldo César Aguiar Lima
Rua Betânia 10, n. 1612
Cidade Nova II
Mucambo-CE
62170-000
E-mail:
ronaldocalima@gmail.com

1. Médico. Especialista em Fisiologia Aplicada às Ciências da Saúde pela Universidade Estácio de Sá (Estácio). Plantonista do Hospital Municipal Senador Carlos Jereissati (HMSCJ). Mucambo (CE), Brasil. E-mail: ronaldocalima@gmail.com

2. Educador Físico. Doutor em Biologia Celular e Molecular pela Universidade de São Paulo (USP). Coordenador do curso de especialização em Fisiologia Aplicada às Ciências da Saúde, pela Universidade Estácio de Sá, São Paulo (SP), Brasil.

3. Enfermeira graduada pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Diretora de Enfermagem da RL Clínica Integrada. Mucambo (CE), Brasil.

4. Enfermeira graduada pelo Instituto Superior de Teologia Aplicada (Inta). Enfermeira no Serviço de Oncologia da Santa Casa de Misericórdia de Sobral (SCMS). Sobral (CE), Brasil.

5. Enfermeira graduada pelo Inta. Enfermeira plantonista do HMSCJ. Mucambo (CE), Brasil.

6. Enfermeira graduada pelo Inta. Coordenadora de Enfermagem do HMSCJ. Mucambo (CE), Brasil.

ABSTRACT

This article describes the main physiological changes due to obesity. This is a research developed through analysis of studies obtained in the online bases SciELO, MedLine, LILACS, and PubMed. It has been found that the great villains of obesity are adipokines – substances produced by adipocytes and capable of exerting numerous functions in the body. In general, increased adipose tissue leads to ‘mass effects,’ with repercussions on ventilatory dynamics, as lung compliance decreases, resulting in restrictive lung diseases. Also, increased adipokine levels have been shown as directly related to expression of inflammatory mediators (TNF- α , IL-1 β e IL-6), promoting a chronic inflammatory process. In muscles, adipokines slow down myocins (responsible for muscle turnover), leading to muscle and bone weakness, and they compete with osteocalcin (responsible for bone turnover), preventing bone remodeling. It is concluded that adipokines promote several systemic adaptations, which require new studies to achieve full knowledge on and control of obesity in the field of health sciences.

RESUMEN

Este artículo describe los principales cambios fisiológicos derivados de la obesidad. Esta es una investigación desarrollada a través del análisis de estudios obtenidos en las bases en línea SciELO, MedLine, LILACS y PubMed. Se ha encontrado que las grandes villanas de la obesidad son las adipoquinas – sustancias producidas por los adipocitos y capaces de ejercer numerosas funciones en el cuerpo. En general, el aumento de tejido adiposo conduce a “efectos de masa”, con repercusiones en la dinámica ventilatoria, a medida que disminuye el cumplimiento pulmonar, lo que resulta en enfermedades pulmonares restrictivas. Además, se ha demostrado que el aumento de los niveles de adipoquinas está directamente relacionado con la expresión de mediadores inflamatorios (TNF- α , IL-1 β e IL-6), lo que promueve un proceso inflamatorio crónico. En los músculos, las adipoquinas retrasan las miocinas (responsables del turnover muscular), lo que lleva a la debilidad muscular y ósea, y compiten con la osteocalcina (responsable del turnover óseo), evitando la remodelación ósea. Se concluye que las adipoquinas promueven varias adaptaciones sistémicas, lo que requiere nuevos estudios para lograr conocimiento completo y control de la obesidad en el campo de las ciencias de la salud.

INTRODUÇÃO

A obesidade é definida pelo acúmulo de tecido adiposo no organismo, resultante da quebra do balanço energético, também podendo ser causada por doenças genéticas e/ou endócrino-metabólicas¹. A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua a obesidade como doença crônica, de difícil etiologia e de controle complexo, considerando-a como um transtorno alimentar da modernidade.

A Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM) alerta que a obesidade vai muito além do acúmulo excessivo de gordura, pois está associada a diversas desordens na fisiologia endócrino-metabólica, propiciando um estado que predispõe a endocrinometabolopatias².

Já o Ministério da Saúde afirma que a obesidade, mesmo sendo de difícil definição, constitui um problema de saúde pública, pois já acomete cerca de 10% da população brasileira, sendo que outros 40% já apresentam sobrepeso – ou seja, quase metade dos brasileiros rumam para a obesidade³.

Assim, pela complexidade, o aumento do peso corporal só poderá ser compreendido em sua multifatorialidade, pois envolve desde fatores

biológicos até aspectos históricos, interpolando-os com características ecológicas, econômicas, sociais, culturais e políticas²⁻³.

Desse modo, percebe-se que a obesidade é um fenômeno complexo que envolve muito mais do que o aumento do peso. É o acúmulo de tecido adiposo, que desempenha diversas funções ainda não plenamente compreendidas no organismo⁴. Tal acúmulo de gordura acarreta tanto o aumento do volume corporal como uma exacerbação das funções do tecido em questão, o que configura o principal fator responsável pelas desordens fisiológicas decorrentes da obesidade^{2,4}.

No tocante as desordens fisiológicas desencadeadas pela obesidade, aquelas que acometem o sistema endócrino-metabólico (obesidade mórbida, *diabetes mellitus* tipo 2), bem como as que agredem o sistema cardiovascular (acidente vascular encefálico – AVE – e infarto agudo do miocárdio – IAM), são as mais conhecidas²⁻⁴.

No entanto, as alterações fisiológicas promovidas pelo excesso de adipócitos vão além dos distúrbios metabólicos e cardiovasculares e acometem outros sistemas, como o nervoso, o cardiorrespiratório, o imunológico etc.⁵. Com diversas outras alterações relacionando-se ao excesso de gordura e seus

biomarcadores, como osteoartrite, distúrbios do humor e do sono, alterações menstruais e, inclusive, alguns tipos de câncer^{2,5-6}.

Por tantos motivos, a importância da obesidade aumentou bastante nas últimas décadas, levando a OMS a classificá-la com uma pandemia e a ressaltar que os danos à saúde e o número de óbitos relacionados ao excesso de gordura já ultrapassam os relativos à desnutrição⁷. Por outro lado, acompanhando a expansão da obesidade, há uma vasta produção científica sobre o acúmulo de tecido adiposo, com muitos estudos sobre as consequências do excesso de gordura no organismo a ser estudada.

Com base nessa problemática, o estudo teve por objetivo promover uma reflexão teórica sobre a obesidade e os prejuízos do acúmulo de adipócitos no organismo, descrevendo as modificações desde a concepção até a terceira idade. Este artigo descreve as principais alterações fisiológicas decorrentes da obesidade, apontando os mecanismos envolvidos nas diversas desordens promovidas pelo excesso de tecido adiposo e suas substâncias (as adipocinas).

METODOLOGIA

Trata-se de reflexão teórica sobre a obesidade que busca compreender como o tecido adiposo e seus produtos de síntese (as adipocinas) se relacionam para promover alterações fisiológicas em obesos.

A pesquisa se desenvolveu a partir da análise de estudos obtidos nas bases *on-line* SciELO, MedLine, Lilacs e PubMed (publicados em português, inglês ou espanhol). Os descritores adotados para busca e seleção dos artigos foram:

- “Obesidade”;
- “Adipocinas”;
- “Fisiologia”;
- “Adaptações”;
- “Organismo”;
- “Sistemas orgânicos”; e
- “Gordura”.

Esses descritores foram inseridos no menu “pesquisa” das bases *on-line*, com uso do operador booleano “AND”: “obesidade” foi o primeiro em todas as buscas, relacionado aos demais.

Para os termos “obesidade” AND “adipocinas” foram obtidos 798 estudos (14 na SciELO; 511 na MedLine; 61 na Lilacs; e 212 na PubMed). Os artigos tratavam de diversos temas relacionados à obesidade, muitos deles com mais de uma década publicação. Ao acrescentar os demais termos a “obesidade”, a quantidade de estudos diminuiu. Aplicando os critérios “ano de publicação” (com vistas a selecionar artigos com menos de dez anos – de 2009 a 2017) e “texto integral” (excluindo resumos), 21 artigos foram selecionados para prover o embasamento científico deste artigo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A produção científica sobre a obesidade é vasta e variada, mas os mecanismos metabólicos que se desenrolam em organismos obesos ainda são pouco esclarecidos, de modo que a amostra deste artigo se limitou a 21 estudos disponíveis nas principais bases de periódicos científicos (Quadro 1).

Quadro 1 – Distribuição dos estudos incluídos na amostra, publicados no período de 2009 a 2017.

N	Título	Periódico	Ano
01	Anatomical connections between medial and lateral regions of the hypothalamus concerned with food intake ¹⁰	Science	2010
02	Obesidade infantil e suas relações com o equilíbrio corporal ¹	Acta Fisiátrica	2009
03	Alterações ortopédicas em crianças e adolescentes obesos ²⁸	Fisioter Mov	2010
04	Obesity and asthma: association or coincidence? ²⁷	J Pediatr (Rio J)	2010
05	Fatores associados ao metabolismo energético na obesidade ¹⁶	Nutrire	2010
06	Altered hypothalamic function in dietinduced obesity ²²	Int J Obes	2011
07	Prevalência de alterações metabólicas em crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade: uma revisão sistemática ¹¹	Rev Paul Pediatr	2011
08	Impulsividade na obesidade: questões conceituais e metodológicas ⁴	Arq Bras Psicol	2011
09	Compulsão alimentar, obesidade e emagrecimento ¹⁹	Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento	2011

N	Título	Periódico	Ano
10	Obesidade: controle neural e hormonal do comportamento alimentar ⁵	Rev Ciênc Méd Biol	2011
11	Obesidade e estresse entre trabalhadores de diversos setores de produção: uma revisão integrativa ³⁰	Acta Paul Enferm	2011
12	Adiponectina e baixo risco cardiometabólico em obesas ²³	Arq Bras Endocrinol Metab	2011
13	Aterosclerose subclínica e marcadores inflamatórios em crianças e adolescentes obesos e não obesos ²⁵	Rev Bras Epidemiol	2012
14	Relação entre aterosclerose subclínica, pressão arterial e perfil lipídico em crianças e adolescentes obesos: uma revisão sistemática ²⁶	Arq Bras Endocrinol Metab	2013
15	Peroxidação lipídica e obesidade: Métodos para aferição do estresse oxidativo em obesos ¹⁵	GE, J Port Gastrenterol	2013
16	The influence of leptin on Th1/Th2 balance in obese children with asthma ¹⁸	J Bras Pneumol	2013
17	Resistência à insulina associada à obesidade: efeitos anti-inflamatórios do exercício físico ²⁰	Rev Bras Ciênc Mov	2014
18	Mobile health e excesso de peso: uma revisão sistemática ⁸	Rev Panam Salud Pública	2014
19	As multifacetadas do excesso de peso na criança: uma revisão sistemática ¹²	Revista de Atenção à Saúde	2015
20	A obesidade é um determinante da resistência à insulina mais importante do que os níveis circulantes de citocinas pró-inflamatórias em pacientes com artrite reumatoide ²¹	Rev Bras Reumatol	2017
21	Obesidade e infertilidade: uma revisão sistemática da literatura ⁹	Revista Interdisciplinar da UNINOVAFAPI	2017

Fonte: Elaborado pelos autores.

A literatura científica é categórica ao taxar a obesidade como uma complexa pandemia (com mais de 2,1 bilhões de obesos no mundo), resultante da interação de genes, ambiente, estilos de vida e fatores emocionais^{1,8}. Desse modo, de 95 a 99% dos casos não se estabelecem a causa exata da obesidade (obesidade primária) e apenas de 1 a 5% dos casos atribuem uma causa (obesidade secundária) a endocrinopatias, metabopatias, drogas etc.⁸.

Os mais recentes estudos científicos alertam que a obesidade – também conhecida como *nediez* ou *pimelose* –, embora simplificada definida como *excesso de gordura corporal*, deve ser entendida como uma condição patológica acompanhada por acúmulo de alterações adaptativas desencadeadoras de comorbidades potencialmente fatais^{3,8}.

Embora ainda pouco esclarecidos, os estudos revelam que os efeitos das substâncias relacionadas ao tecido adiposo (as adipocinas) são mediadores de “reações” que promovem adaptações deletérias desde a concepção, pois relacionam-se à infertilidade do casal e desencadeiam alterações genéticas com maior risco de malformações em filhos de obesos⁸⁻⁹.

Na infância, o excesso de adipocinas age retardando progressivamente o desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) e cognitivo da criança, pois a multiplicação dos adipócitos é mais intensa nos primeiros anos de vida¹⁰⁻¹¹, levando a atraso global do desenvolvimento neurológico com repercussões no sistema imunológico, o que deixa a criança obesa mais suscetível a doenças mentais e infectocontagiosas^{1,9,11} e aumentam as chances de obesidade futura.

A obesidade futura, referida por alguns autores, baseia-se na constatação de que, o tecido adiposo “armazenado” na infância é capaz de multiplicar-se também na vida adulta a partir de novas células, os pré-adipócitos, tornando a obesidade infantil um forte desencadeador de obesidade entre os adultos^{1,4}.

Na adolescência, níveis elevados de adipocinas interferem diretamente no início e na estruturação da puberdade, pois competem com mediadores da síntese de hormônios esteroidais e interferem na expressão e/ou transporte de outros hormônios secundários e na consequente definição dos caracteres sexuais secundários¹¹⁻¹².

Na vida adulta, o excesso de gordura que infiltra os tecidos e órgãos promove lenta substituição lipofílica, com efeitos compressivos, que sabidamente se relacionam à diminuição da qualidade de vida, pois interferem em aspectos psicológicos, aumentando os riscos de transtornos depressivos e multiplicando as chances de desenvolvimento precoce de outros transtornos emocionais bastante comuns entre os obesos¹³.

Já na terceira idade, devido à diminuição do *turnover* fisiológico, a constituição morfológica é lentamente substituída por tecido adiposo, tornando a “adipolização” um fenômeno inerente ao idoso – ou seja, a lenta e progressiva substituição de estruturas diversas por adipócitos faz parte do envelhecimento¹⁴.

Assim, os danos promovidos pelo excesso de

gordura no organismo idoso consistem na somatória de comorbidades manifestadas na terceira idade¹⁴, pois o desgaste natural é apenas intensificado pelas adipocinas – classificadas como potencializadoras de comorbidades^{6,13-14}.

Todas essas modificações observadas na obesidade são atribuídas às adipocinas, peptídeos que atuam de forma direta na gênese do acúmulo de tecido adiposo, alertando que o tecido adiposo, antes considerado um tecido inerte, demonstra ser um tecido dinâmico^{5,15}.

As adipocinas (leptina, resistina, adiponectina, apelina, vaspina, omentina, proteína estimuladora de acilação etc.) são enfatizadas pelos estudos como as verdadeiras “vilãs” da obesidade¹⁵, capazes de desenvolver diversos mecanismos e estimular outras tantas vias metabólicas (Quadro 2).

Quadro 2 – Descrição das principais adipocinas, locais de síntese e principal função.

Adipocina	Local de síntese	Função
Adiponectina	Adipócitos	Efeitos contrários às demais adipocinas, relaciona-se à melhora da sensibilidade à ação da insulina (efeito antagônico em relação ao hormônio resistina), aumento da atividade da proteína cinase (AMPK) e aumento da oxidação de ácidos graxos.
Apelina	Adipócitos	Proliferação das células endoteliais, seja no estado fisiológico ou patológico.
Grelina	Estômago	Regulador, de curto prazo, da saciedade: aumenta a ingestão e reduz o catabolismo de gorduras e o gasto energético.
Leptina	Adipócitos	Regulador, de longo prazo, da saciedade: Diminui a síntese hipotalâmica de orexígenos, aumenta a atividade simpática, o metabolismo, o gasto energético e a produção de hormônio liberador da ACTH. Diminui produção de insulina.
Omentina	Adipócitos	Melhora a sensibilidade insulínica.
Proteína G	Adipócitos	Diminui a concentração de ácidos graxos livres no lúmen do capilar, aumentando a síntese de triacilglicerol pelo tecido adiposo.
Resistina	Adipócitos	Associada à resistência insulínica (Hiperinsulinemia), proporciona maior síntese de marcadores inflamatórios, como TNF- α , IL-1 e IL-6.
Vaspina	Adipócitos	Melhora a sensibilidade à insulina e promove redução da expressão e dos níveis plasmáticos da insulina.
Visfatina	Adipócitos	Atua como fator de estimulação de colônias de células pré- β (PBEF), tem ação insulinomimética e capacidade de minimizar a resistência insulínica.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Como se observa no Quadro 2, as substâncias sintetizadas pelos adipócitos são bastante diversificadas, atuando em alças metabólicas complexas e desenvolvendo ações fisiológicas necessárias ao balanço energético¹⁶. Entretanto, em excesso, essas substâncias promovem desarmonia da homeostase, desencadeando um processo de inflamação contínuo e controlado¹⁵, apontado como principal fator danoso da obesidade, pois o processo inflamatório permanente, característico da obesidade, que tem como fator causal os elevados níveis de adipocinas, interfere em todos os aparelhos do organismo⁴.

Como destacado em todos os estudos analisados, qualquer sistema orgânico pode sofrer influência das adipocinas – estas podem sinergir ou antagonizar as ações fisiológicas nos tecidos¹⁶ ou até competir com outras substâncias, potencializando a ação de outras adipocinas¹⁵⁻¹⁶.

No contexto da obesidade, algumas adipocinas têm seus mecanismos de ação desajustados, como a grelina, sintetizada no estômago e diretamente relacionada à ingestão alimentar, pois atua regulando o apetite no centro de fome, tem seus mecanismos potencializados mostrando-se ainda mais capaz de sensibilizar as vias de apetite e de estimular o consumo alimentar¹⁷.

Antagonista natural da grelina, a leptina, a adipocina de maior atividade conhecida no sistema nervoso¹⁸, é conhecida como controladora da fome, pois atua no hipotálamo, ligando-se a receptores “Ob” (ObR ou LepR) e ativando a via citosólica mediada por JAK2 (*Janus Cinase-2*), o que estimula a saciedade¹⁹. A leptina também ativa STAT3 (transdutor de sinal e ativador de transcrição 3), que regula a expressão da SOCS-3 (supressor de sinalização de citocinas 3) e da PTP1B (proteína tirosina fosfatase-1B), reforçando a saciedade e, desse modo, controlando o consumo energético-calórico^{17,19} que é vigorosamente estimulado pela grelina¹⁷.

No entanto, o obeso cursa com altas concentrações de grelina, e para antagonizar os efeitos das elevadas concentrações de grelina, típicas do obeso, a leptina, ao ativar as várias vias metabólicas descritas acima, gera um misto de radicais livres, produtos intermediários das múltiplas vias energéticas estimuladas, que progressivamente levam à oxidação do tecido nervoso no hipotálamo^{10,17-18}, desencadeando um processo inflamatório hipotalâmico irreversível com perda do controle dos mecanismos de fome e saciedade^{10,18} promovendo ainda mais acúmulo de tecido adiposo.

Complicando-se os efeitos danosos do excesso de leptina ao sistema nervoso, surge a compreensão do sinergismo da leptina com a insulina, sendo conhecido que a insulina promove maior expressão dos receptores de leptina²⁰. Como a obesidade cursa com um estado de hiperinsulinemia²¹, essa alça de retroalimentação positiva promove cada vez mais oxidação do tecido nervoso, que desencadeia maiores alterações inflamatórias irreversíveis^{10,18,20-21}.

Nesse cenário de oxidação do tecido nervoso, outra adipocina assume destaque, a proteína estimuladora de acilação, que, embora não tenha

...a leptina desencadeia calcificação arterial coronariana...

suas ações totalmente definidas, em ambientes hiperlipídicos, mostra-se capaz de ativar a via da ativação do Toll-like receptor 4 (TLR4), ativando mecanismos de apoptose de neurônios hipocampais e causando danos às áreas neurocognitivas^{10,22}, o que cursa com maiores riscos de desenvolver demência precoce^{6,13}.

Além dos efeitos cognitivos, os estados hiperlipídicos da obesidade também promovem alterações hemodinâmicas ao hiperestimular os sistemas simpático e renina-angiotensina-aldosterona, levando a maior retenção de sódio e, consequentemente, de líquido – com expressiva sobrecarga do sistema cardiovascular²³. Manifestando-se com aumento do débito cardíaco associado a aumento da resistência vascular periférica, levando ao desenvolvimento de hipertensão arterial sistêmica (HAS) precoce, que se complica com a forma excêntrica/concêntrica de hipertrofia ventricular esquerda, predispondo a maior risco de arritmia cardíaca e de insuficiência cardíaca congestiva²³⁻²⁴.

Ainda em relação à hemodinâmica, descreveu-se que a leptina desencadeia calcificação arterial coronariana, justificando o estado de pró-aterosclerose comum nos obesos^{18,25}, e que a resistina aumenta a expressão de moléculas de adesão intercelular-1 e antivascular-1, em células endoteliais, intensificando a gênese aterogênica, além de aumentar a atividade do fator NF-κB – sinalizador da indução de adesão dessas moléculas^{24,26}.

Tais alterações na dinâmica circulatória promovem disfunção vascular, que, consequentemente, aumenta os riscos cardiovasculares (AVE e IAM) e tantos outros distúrbios cardiovasculares tão recorrentes na população contemporânea^{3,23,25-26}, além de prejudicar o sistema respiratório, uma vez que mantém estreita relação com a hemodinâmica.

Em termos ventilatórios, pouco se sabe sobre

as vias que os mediadores da obesidade utilizam para prejudicar a dinâmica respiratória, mas alguns estudos afirmam que a infiltração das estruturas ventilatórias por tecido adiposo diminui a complacência torácica, refletindo em pneumopatias restritivas e pneumopatias inflamatórias²⁷.

Reforçando as possíveis alterações na dinâmica ventilatória, há estudos em andamento que apontam uma possível hiperexcitação do epitélio respiratório pela resistina^{6,27}. Tal hiperexcitação desencadearia um epitélio hiper-responsivo típico da doença asmática²⁷, prejudicando as trocas gasosas, levando a falhas na hematose e, consequentemente, fragilizando todos os tecidos que necessitam de oxidação energética, como os componentes do sistema musculoesquelético.

Sobre o musculoesquelético, os estudos descrevem alterações osteomusculares decorrentes da obesidade se devem principalmente às contínuas e altas pressões exercidas nas articulações, desgastando os ossos até torná-los frágeis e quebradiços e levando a um quadro de deformidades e fraturas ósseas²⁸.

No entanto, também já se conhecem algumas adipocinas, como a adiponectina e a própria leptina, que podem exercer funções no remodelamento ósseo^{18,28}. Com estudos recentes destacando que os mesmos genes que comandam a síntese de leptina competem com os genes que sintetizam osteocalcina, uma molécula sintetizada pelos osteoblastos e considerada o hormônio da remodelação óssea²⁹, levando à conclusão de que o aumento da leptina, típica de obesos, envolve diminuição da osteocalcina, com consequente perda do remodelamento ósseo.

Já nos músculos se observa algo semelhante, pois as adipocinas antagonizam as miocinas (substâncias produzidas em resposta à contração muscular que medeiam alguns dos benefícios da atividade física)¹⁹, levando a progressiva diminuição dos receptores GLUT IV, os principais receptores insulínicos dos músculos, o que gera diminuição da atividade muscular e intensifica o típico estado de hiperinsulinemia dos obesos^{18,20}.

Sistemicamente, as repercussões da obesidade também se destacam, pois a principal característica da obesidade (estado de inflamação crônica) se deve a hiperestimulação de mediadores inflamatórios, como IL-6, e expressão de fator de necrose tumoral alfa (TNF- α), com exacerbação dos estímulos pró-inflamatórios, mas sem efetivamente exercer uma inflamação característica^{20,28}.

Os estudos são unânicos em afirmar que o

...são tantas as modificações fisiológicas promovidas pela obesidade...

permanente estado de inflamação da obesidade é ocasionado por adipocinas que hiperestimulam proteínas cinase sensíveis a inflamação, como a cinase c-Jun N-terminal (JNK) e a cinase do inibidor do NF- κ B (IKK), com ativação contínua da proteína IKK, que fosforila a I κ B, proteína que sequestra o NF- κ B (fator nuclear- κ B que transloca ao núcleo e leva à transcrição de genes inflamatórios) no citoplasma, perpetuando uma leve inflamação crônica^{15,30}.

Como a leptina é a adipocina mais estudada, sabe-se que ela induz maior produção de IL-6 e proteína C reativa (PCR), sem desencadear toda a cascata de inflamação, gerando um estado inflamatório crônico considerado de baixo grau, mas que contribui para o aumento do risco de *diabetes mellitus*, doenças cardiovasculares dentre outras; embora a magnitude de tal inflamação seja baixa, a cronicidade desse baixo grau inflamatório pode ser decisiva para a progressão da obesidade e de suas comorbidades¹⁵.

Ainda sobre o permanente estado inflamatório dos obesos, também se conhece que a resistina está relacionada à síntese de marcadores inflamatórios, como TNF- α , IL-1 e IL-6, lipoproteína e fosfolipase A2, que, por sua vez, atuam na regulação da síntese de resistina e constituem poderosos inibidores da secreção e expressão de adiponectina^{15,18,20}.

Portanto, são múltiplas as ações pró-inflamatórias das adipocinas. As evidências apontam que o excesso dessas substâncias é tipicamente pró-inflamatório, sendo as interleucinas IL-1, IL-6 e IL-8, o TNF α e aquelas produzidas por células Th1 (IL-2 e interferon- γ) as mais relacionadas à obesidade^{15,19,21}. E tantas alterações nos mecanismos fisiológicos representam importantes fatores de risco para a homeostasia e a harmonia dos sistemas orgânicos.

Desta forma, são tantas as modificações fisiológicas promovidas pela obesidade, que através de conhecimentos mais profundos sobre a dinâmicas adipocinas, vem-se progressivamente entendendo melhor os efeitos danosos da obesidade e a partir

desses conhecimentos, poder-se-á elaborar medidas eficazes para controle desses efeitos deletérios e potencialmente prejudiciais a vida humana.

CONCLUSÃO

A obesidade constitui um problema de saúde pública global e os estudos mais recentes apontam significativos percentuais da população vivendo com sobrepeso e/ou obesidade. Diferente dos conceitos de outrora, que relacionavam obesidade a saúde ou a melhores condições de vida, hoje, o excesso de tecido adiposo é analisado de modo mais profundo, pois se vêm desvendando lentamente os reais riscos do acúmulo de tecido adiposo.

O crescente interesse no tema *obesidade* tem estimulado a elaboração de um número cada vez maior de estudos no campo da fisiologia humana, esclarecendo os mecanismos bioquímicos nos quais o tecido adiposo interfere.

Desse modo, a obesidade passou a ser muito mais do que o simples acúmulo de gordura corporal, pois a comunidade científica já sabe que a obesidade representa o acúmulo de um tecido vivo (tecido adiposo), dinâmico e capaz de secretar substâncias químicas (adipocinas) que podem atuar em diversos sítios e interferir em toda a fisiologia do organismo.

Interferindo em órgãos e sistemas, os produtos do tecido adiposo ativam processos inflamatórios silenciosos, mas com resultados devastadores para a homeostasia do organismo. Nesse contexto, os recentes estudos sobre a fisiologia da obesidade surgem como promissores, uma vez que, com o conhecimento sobre como o tecido adiposo se comporta, bem acerca de como seus produtos de secreção agem nos sistemas humanos, pode-se manejar melhor esse problema de saúde que vem trazendo tantos agravos à humanidade.

A partir do conhecimento detalhado da fisiologia da obesidade, pode-se adotar melhores métodos preventivos, diminuindo a incidência de obesidade; ademais, novas abordagens terapêuticas podem

ser instituídas, tornando as atuais terapias menos complexas.

Portanto, o conhecimento da fisiologia da obesidade se mostra importante não só para os profissionais da saúde, mas para toda a população. O pleno conhecimento e controle da obesidade demanda novos estudos no campo das ciências da saúde, com vistas a combater esse problema de saúde pública que acomete tantos indivíduos no mundo atual.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Ronaldo César Aguiar Lima e **Luiz Carlos Carnevali Júnior** contribuíram com a realização da pesquisa, o delineamento do estudo e a redação e revisão crítica do manuscrito. **Layana Liss Rodrigues Ferreira** contribuiu com a realização da pesquisa e a redação e revisão crítica do manuscrito. **Layanny Teles Linhares Bezerra**, **Tayanny Teles Linhares Bezerra** e **Bruna da Conceição Lima** contribuíram com a realização da pesquisa e a redação do manuscrito.

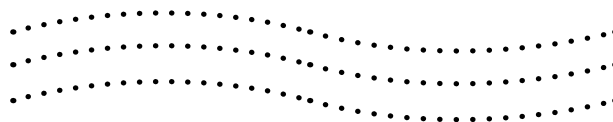
REFERÊNCIAS

1. Lemos LFC, David AC, Teixeira CS, Mota CB. Obesidade infantil e suas relações com o equilíbrio corporal. *Acta Fisiátrica* [serial on the internet]. 2009 [cited 2018 Nov 28];16(3):138-41. Available from: <http://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/103218/101635>
2. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. Obesidade: introdução [document on the internet]. 2010 [cited 2014 Nov 22]. Available from: <https://www.endocrino.org.br/obesidade-introducao>
3. Brasil. Obesidade. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 12).
4. Pereira C, Chehter EZ. Impulsividade na obesidade: questões conceituais e metodológicas. *Arq Bras Psicol* [serial on the internet]. 2011 [cited 2018 Nov 28];63(1):1-110. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v63n1/v63n1a06.pdf>
5. Landeiro FM, Quarantini LC. Obesidade: controle neural e hormonal do comportamento alimentar. *Rev Ciênc Méd Biol* [serial on the internet]. 2011 [cited 2018 Nov 28];10(3):236-45. Available from: <http://professoralexandrerocha.com.br/wp-content/uploads/2017/05/Obesidade-controle-neural-e-hormonal-do-comportamento-alimentar.pdf>
6. Lima RCA, Ferreira LLR, Lima ECA, Lima CB, Bezerra LTL, Vasconcelos AMB, et al. Associação de obesidade com o câncer: uma reflexão teórica. I Congresso Internacional de Saúde Pública do Delta do Parnaíba; 2015; Parnaíba-PI. Anais. (Sanare (Sobral). 2015;15(Spec).

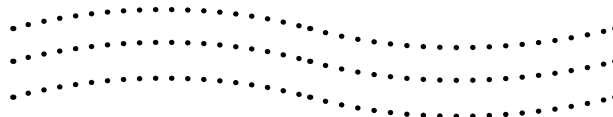
*...a obesidade
constitui um
problema de
saúde pública
global.*

7. Organização Mundial da Saúde. OMS alerta que obesidade está aumentando em vários países. [document on the internet], 2015 [cited 2015 Mar 11]. Available from: <https://news.un.org>
8. Sarno F, Canella DS, Bandoni DH. Mobile health e excesso de peso: uma revisão sistemática. Rev Panam Salud Pública [serial on the internet]. 2014 [cited 2018 Nov 28];35(5/6):424-31. Available from: <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2014.v35n5-6/424-431/pt>
9. Farias LT, Sabóia RCB, Lima CHR. Obesidade e infertilidade: uma revisão sistemática da literatura. Revista Interdisciplinar da UNINOVAFAPI [serial on the internet]. 2017 [cited 2018 Nov 28];10(3):141-9. Available from: <file:///D:/1326-3251-1-PB.pdf>
10. Arees EA, Mayer J. Anatomical connections between medial and lateral regions of the hypothalamus concerned with food intake. Science. 2010;1967(157/796):1574-5.
11. Rodrigues LG, Pombo N, Koifman S. Prevalência de alterações metabólicas em crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade: uma revisão sistemática. Rev Paul Pediatr [serial on the internet]. 2011 [cited 2018 Nov 28];29(2):277-88. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v29n2/a21v29n2.pdf>
12. Gomesa MJM, Nascimento EGC. As multifacetadas do excesso de peso na criança: uma revisão sistemática. Revista de Atenção à Saúde [serial on the internet]. 2015 [cited 2018 Nov 28];13(45):70-9. Available from: http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/2667/1785
13. Mansur RB, Rizzo LB, Santos CM, Asevedo E, Cunha GR, Noto MN, et al. Adipokines, metabolic dysfunction and illness course in bipolar disorder. J Psychiatr Res. 2016;(74):63-9.
14. Souza YP, Bezerra AM, Fabrício NP, Tavares NBF, Félix NDC, Viana MCA, et al. A qualidade de vida de idosos com obesidade ou sobrepeso. Rev Bras Ciênc Saúde [serial on the internet]. 2018 [cited 2018 Nov 28];22(2):155-64. Available from: <file:///D:/35175-92102-1-PB.pdf>
15. França BK, Alves MRM, Souto FMS, Tiziane L, Boaventura RF, Guimarães A, et al. Peroxidação lipídica e obesidade: métodos para aferição do estresse oxidativo em obesos. GE, J Port Gastronterol [serial on the internet]. 2013 [cited 2018 Nov 28];20(5):199-206. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0872817813000507>
16. Souza CL, Oliveira MRM. Fatores associados ao metabolismo energético na obesidade. Nutrire. 2010;35(2):145-64.
17. Hukshorn CJ, Platenga MS. Pegylated human recombinant leptin (PEG OB) causes additional weight loss in severely energy restricted, overweight men. Am J Clin Nutr. 2013;(77):771-6.
18. Youssef DM, Elbehidy RM, Shokry DM, Elbehidy EM. The influence of leptin on Th1/Th2 balance in obese children with asthma. J Bras Pneumol [serial on the internet]. 2013 [cited 2018 Nov 28];39(5):562-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v39n5/1806-3713-jbpneu-39-05-00562.pdf>
19. Chaves L, Navarro AC. Compulsão alimentar, obesidade e emagrecimento. Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento [serial on the internet]. 2011 [cited 2018 Nov 28];5(27):110-120. Available from: <file:///D:/224-895-1-PB.pdf>
20. Freitas MC, Ceschini FL, Ramallo BT. Resistência à insulina associada à obesidade: efeitos anti-inflamatórios do exercício físico. Rev Bras Ciênc Mov [serial on the internet]. 2014 [cited 2018 Nov 28];22(3):139-47. Available from: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/view/4769/3381>
21. Castillo-Hernandez J, Maldonado-Cervantes MI, Reyes JP, Patino-Marin N, Maldonado-Cervantes E, Solorzano-Rodriguez C, et al. A obesidade é um determinante da resistência à insulina mais importante do que os níveis circulantes de citocinas pró-inflamatórias em pacientes com artrite reumatoide. Rev Bras Reumatol [serial on the internet]. 2017 [cited 2018 Nov 28];57(4):320-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rbr/v57n4/pt_0482-5004-rbr-57-04-0320.pdf
22. Velloso LA, Schwartz MW. Altered hypothalamic function in diet-induced obesity. Int J Obes. 2011;35(12):1455-65.
23. Costa MC, Brito LL, Barbosa PJB, Lessa I. Adiponectina e baixo risco cardiometabólico em obesas. Arq Bras Endocrinol Metab [serial on the internet]. 2011 [cited 2018 Nov 28];55(2):146-54. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abem/v55n2/a07v55n2.pdf>
24. Christmann AC, Zanelatto C, Semchechem CC, Novello D, Schiessel DL. Perfil de risco de doenças cardiovasculares e estado nutricional de idosos ativos de Guarapuava – Paraná. UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde [serial on the internet]. 2013 [cited 2018 Nov 28];15(Spec):349-56. Available from: <http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/JHealthSci/article/viewFile/570/538>
25. Silva LR, Stefanello JMF, Pizzi J, Timossi LS, Leite N. Aterosclerose subclínica e marcadores inflamatórios em crianças e adolescentes obesos e não obesos. Rev Bras Epidemiol [serial on the internet]. 2012 [cited 2018 Nov 28];15(4):804-16. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v15n4/12.pdf>

26. Pizzi J, Silva LR, Moser D, Leite N. Relação entre aterosclerose subclínica, pressão arterial e perfil lipídico em crianças e adolescentes obesos: uma revisão sistemática. Arq Bras Endocrinol Metab [serial on the internet]. 2013 [cited 2018 Nov 28];57(1):[about 6 pages]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abem/v57n1/a01v57n1.pdf>



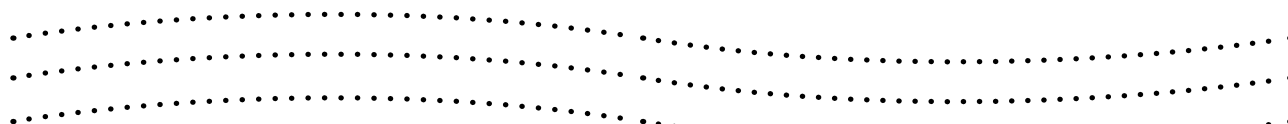
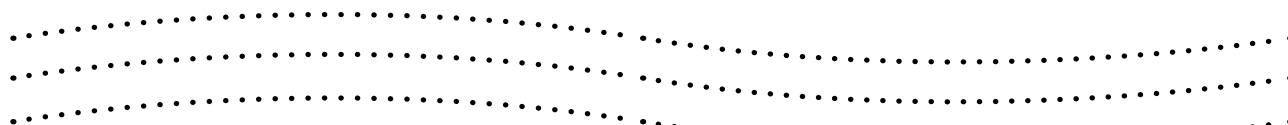
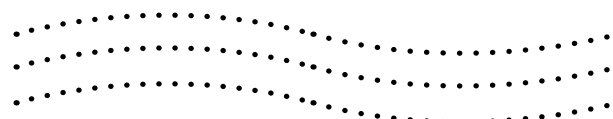
27. Camilo DF, Ribeiro JD, Toro ADC, Baracat ECE, Barros Filho AA. Obesity and asthma: association or coincidence? J Pediatr (Rio J) [serial on the internet]. 2010 [cited 2018 Nov 28];86(1):6-14. Available from: http://www.scielo.br/pdf/jped/v86n1/en_v86n1a03.pdf



28. Brandalize M, Leite N. Alterações ortopédicas em crianças e adolescentes obesos. Fisioter Mov [serial on the internet]. 2010 [cited 2018 Nov 28];23(2):283-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/fm/v23n2/11.pdf>

29. Abd El-Aziz TA, Mohamed RH, Pasha HF. Leptin, leptin gene and leptin receptor gene polymorphism in heart failure with preserved ejection fraction. Heart Vessels. 2012;(27):271-9.

30. Perfeito RR, Ribeiro PHV, Palucci MMH, Bessa MM, Santos MR. Obesidade e estresse entre trabalhadores de diversos setores de produção: uma revisão integrativa. Acta Paul Enferm [serial on the internet]. 2011 [cited 2018 Nov 28];24(4):577-81. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n4/a20v24n4.pdf>



PERFIL DEMOGRÁFICO DE PACIENTES COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NO BRASIL: REVISÃO INTEGRATIVA

DEMOGRAPHIC PROFILE OF PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION IN BRAZIL: INTEGRATIVE REVIEW

PERFIL DEMOGRÁFICO DE PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN BRASIL: REVISIÓN INTEGRADORA

Francisco Ariel Santos da Costa ¹

Fabiene Lima Parente ²

Maria Sinara Farias ³

Fabiara Lima Parente ⁴

Paloma Custódio Francelino ⁵

Layanny Teles Linhares Bezerra ⁶



Palavras-chave:

*Infarto Agudo do Miocárdio;
Doenças Cardiovasculares; Perfil
de Saúde; Demografia.*

Keywords:

*Acute Myocardial Infarction;
Cardiovascular Diseases; Health
Profile; Demography.*

Palabras clave:

*Infarto Agudo de Miocardio;
Enfermedades Cardiovasculares;
Perfil de Salud; Demografía.*

Submetido:

18/09/2018

Aprovado:

22/11/2018

Autor(a) para Correspondência:

*Francisco Ariel Santos da Costa
Av. Geraldo Rangel, 715
Sobral (CE)
CEP: 62042-240
E-mail:
ariel.costa@stacasa.com.br*

RESUMO

O infarto agudo do miocárdio (IAM) é um evento cardiovascular grave que afeta as artérias coronárias e pode levar a morte se não diagnosticado e tratado em tempo hábil. No Brasil, prevê-se que o IAM se torne a principal causa isolada de morte em 2020. Este artigo traça o perfil demográfico de pacientes com IAM por meio de pesquisa bibliográfica e descritiva à luz da literatura brasileira. Constatou-se que as regiões geográficas do Brasil mantêm a tendência internacional em relação ao perfil clínico dos pacientes com IAM, com predominância do sexo masculino e idade entre 56 e 58 anos. No entanto, os desfechos clínicos e as taxas de mortalidade inter-regionais se mostram heterogêneas, com maior divergência entre o Sudeste e o Nordeste – diminuição e aumento, respectivamente, das taxas de insucesso no manejo do paciente com IAM ao longo dos últimos anos, reforçando a necessidade de políticas públicas em saúde que favoreçam e contribuam para o acesso e tratamento de qualidade no Nordeste, primando pelo princípio da equidade no Sistema Único de Saúde (SUS).

1. Enfermeiro no Serviço de Hemodinâmica do Hospital do Coração de Sobral. Sobral (CE), Brasil.

2. Enfermeira. Coordenadora de Enfermagem e Qualidade Hospitalar do Hospital do Coração de Sobral. Sobral (CE), Brasil.

3. Enfermeira na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital do Coração de Messejana. Fortaleza (CE), Brasil.

4. Enfermeira. Gerente de Risco do Hospital do Coração de Sobral. Sobral (CE), Brasil.

5. Enfermeira. Coordenadora do Serviço de Hemodinâmica do Hospital do Coração de Sobral. Sobral (CE), Brasil.

6. Enfermeira. Membro da Organização de Procura de Órgãos da Santa Casa de Misericórdia de Sobral. Sobral (CE), Brasil.

ABSTRACT

Acute myocardial infarction (AMI) is a serious cardiovascular event that affects the coronary arteries and it can lead to death if not diagnosed and treated in a timely manner. In Brazil, AMI is expected to become the leading isolated cause of death in 2020. This article traces the demographic profile of AMI patients through bibliographic research and descriptive in the light of Brazilian literature. It was found that the Brazilian geographic regions maintain the international trend in relation to the clinical profile of AMI patients, with predominance of men and age between 56 and 58 years. However, clinical outcomes and interregional mortality rates are heterogeneous, with greater divergence between the Southeast and Northeast – decrease and increase, respectively, in the failure rates in managing AMI patients over the last years, reinforcing the need for public health policies that favor and contribute to provide access and good-quality treatment in the Northeast, complying with the principle of equity in the Brazilian National Health System (SUS).

RESUMEN

El infarto agudo de miocardio (IAM) es un evento cardiovascular grave que afecta a las arterias coronarias y puede provocar la muerte si no se diagnostica y trata de manera oportuna. En Brasil, se espera que el AMI se convierta en la principal causa aislada de muerte en 2020. Este artículo rastrea el perfil demográfico de los pacientes con IAM a través de investigación bibliográfica y descriptivo a la luz de la literatura brasileña. Se constató que las regiones geográficas brasileñas mantienen la tendencia internacional con relación al perfil clínico de pacientes con IAM, con predominio del sexo masculino y edad entre 56 y 58 años. Sin embargo, los resultados clínicos y las tasas de mortalidad interregional son heterogéneas, con una mayor divergencia entre el Sudeste y el Nordeste – disminución y aumento, respectivamente, de las tasas de fracaso en el manejo de pacientes con IAM en los últimos años, lo que refuerza la necesidad de políticas de salud pública que favorezcan y contribuyan al acceso y tratamiento de calidad en el Nordeste, primando por el principio de la equidad en el Sistema Único de Salud Brasileño (SUS).

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares são alterações que afetam as funções responsáveis por carrear oxigênio e nutrir os tecidos celulares para que estes possam desempenhar de modo eficaz suas funções. Tais doenças são consideradas um grande problema de saúde pública em nível global. Pode-se destacar como mais relevantes: síndrome coronariana aguda (SCA); insuficiência cardíaca (IC); infarto agudo do miocárdio (IAM); doenças valvulares; arritmias; e hipertensão arterial sistêmica (HAS)¹.

O IAM pode ser definido como uma afecção isquêmica abrupta que reflete a morte dos miócitos cardíacos, causada por um desequilíbrio entre oferta e demanda de nutrientes ao tecido, consequente à obstrução do fluxo coronariano, podendo ser transitória ou permanente. Além da morte, pode deixar sequelas no indivíduo, gerando repercussões físicas, psicológicas e sociais. O paciente com IAM necessita de intervenção imediata e assistência à saúde após a alta hospitalar, para diminuir as chances de complicações e agravamento da doença a curto e médio prazo². Quando não diagnosticadas e tratadas de modo eficaz, as coronariopatias podem

contribuir para o surgimento de outros agravos à saúde, como IC, pela diminuição prolongada na perfusão do músculo cardíaco³.

Essa interrupção ou diminuição súbita do fluxo sanguíneo por um tempo curto ou prolongado serão suficientes para causar a morte das células cardíacas. A morte tecidual cardíaca pode ser diagnosticada por meio do eletrocardiograma (ECG) e quando níveis sanguíneos de marcadores biológicos sensíveis e específicos como a troponina cardíaca e a creatinoquinase fração MB (CK MB) se encontram elevados. São múltiplos os fatores desencadeantes do processo de aterosclerose que levam ao surgimento e à progressão do IAM, relacionados a estilo de vida, dieta, uso de substâncias, hábitos diários, biotipo e fatores crônicos, congênitos e até emocionais. Estes podem levar a um evento agudo e evitável, denominado *trigger* (gatilho) quando ocorre abruptamente⁴.

Dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DataSUS) de 2013 revelam que o IAM foi a principal causa de morte por doença cardíaca no Brasil, com aumento de 48% entre 1996 e 2011. Se essa tendência persistir, prevê-se que o IAM passará a ser a principal causa isolada de morte em 2020,

um fator preocupante e que evidencia a necessidade de estratégias de intervenção e melhorias para essa parcela populacional⁵.

Desse modo, traçar o perfil demográfico de pacientes com IAM no Brasil em relação à sua região geográfica se mostra uma iniciativa válida para aprofundar e embasar conhecimentos sobre contextos do adoecimento cardiovascular, tendo em vista o crescente número de casos e internações hospitalares, bem como a importância da continuidade e atualização de estudos específicos.

METODOLOGIA

Trata-se de revisão integrativa orientada pela seguinte questão norteadora:

- Qual é o perfil demográfico de pacientes com diagnóstico de IAM no Brasil?

A busca foi realizada no portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e nas bases de dados Lilacs e BDeInf.

Adotou-se como termo de busca, entre aspas, “infarto agudo do miocárdio”, como consta na plataforma Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Os critérios de inclusão de artigos foram: versar sobre a temática; ser publicados no período de 2013 a 2017, no Brasil e em português; e estar disponíveis em texto integral, com acesso livre e gratuito. E os critérios de exclusão foram: artigos pagos; estudos repetidos; e pesquisas que não contemplavam a temática em questão.

A revisão integrativa teve 6 fases⁶ para a busca e a análise:

1. Identificação do tema;
2. Estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão;
3. Categorização dos estudos;
4. Avaliação dos estudos incluídos;
5. Interpretação dos resultados; e
6. Síntese do conhecimento.

Inicialmente foram identificados 154.872 artigos. Com a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, restaram 54 artigos. Após leitura prévia dos resumos, estes foram caracterizados como: a) analisado; b) repetido; e c) fora da temática. Chegou-se, então, a um total de 18 artigos. Os demais foram excluídos por não contemplar a temática de modo integral (31) ou por ser repetidos (5).

Os estudos foram avaliados em suas respectivas

categorias temáticas, já subdivididas, intercalando ideias e pensamentos afins entre os autores e quanto à temática inicial, de modo que se mostrassem coerentes diante da questão norteadora. Durante o estudo, respeitou-se a autonomia e a colaboração científica de cada autor, bem como seu direito de autoria, incluindo as devidas citações no corpo do texto e listando cada obra entre as referências consultadas, com vistas a respeitar todos os aspectos éticos envolvidos em uma revisão integrativa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por meio do acesso às bases de dados indicadas, do uso do termo de busca (caracterizado como abrangente) e da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, a amostra totalizou 18 artigos, caracterizados na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos artigos por estado de realização da pesquisa.

Estado	N	%
Paraná	1	5,53%
Rio Grande do Sul	2	11,12%
Ceará	1	5,53%
Santa Catarina	1	5,53%
Bahia	3	16,72%
Rio de Janeiro	2	11,12%
Minas Gerais	2	11,12%
São Paulo	6	33,3%
TOTAL	18	100%

Fonte: Elaborada pelos autores.

Observa-se na Tabela 1 que o maior percentual de estudos sobre IAM analisados se refere ao estado de São Paulo (33,3%), incluindo-se nesse grupo pesquisas bibliográficas, estudos de coorte e estudos randomizados.

Em segundo lugar, na região Nordeste, a maior frequência ocorreu na Bahia (16,72%). O Ceará ocupa a 4ª e última posição, com o mesmo percentual do Paraná (onde ocorreu a primeira angioplastia coronariana no Brasil, em 1979) e de Santa Catarina. Vale ressaltar que os únicos estados do Nordeste a figurar no *ranking* foram Bahia e Ceará. Todos os demais estados se encontram no Sul e Sudeste do Brasil.

A Tabela 2 caracteriza o período de publicação dos artigos.

Tabela 2 – Distribuição dos artigos por ano de publicação.

Ano de publicação	N	%
2013	7	38,9%
2014	2	11,1%
2015	2	11,1%
2016	5	27,8%
2017	2	11,1%
TOTAL	18	100%

Fonte: Elaborada pelos autores.

Observa-se na Tabela 2 que 2013 foi o ano com maior quantidade de publicações (38,9%), seguido por 2016 (27,8%). Ressalta-se a importância do incentivo por parte das entidades de pesquisa para obter um levantamento mais preciso da situação nacional de adoecimento cardiovascular. Mostra-se necessário acompanhar os problemas de saúde pública com base na dinâmica do processo saúde-doença em diferentes cortes populacionais.

As discussões dos achados dos artigos se distribuem em três grandes categorias, considerando a principal temática e as evidências de pesquisa: a) Mortalidade e desfechos clínicos do IAM no Brasil (6 artigos); b) Perfis clínicos de pacientes com IAM nas regiões demográficas (5 artigos); e c) Problemas observados nas redes de saúde brasileiras (7 artigos).

Mortalidade e desfechos clínicos por infarto agudo do miocárdio no Brasil

A primeira categoria temática sobre a mortalidade e os demais desfechos clínicos do IAM no Brasil evidencia os índices de morbimortalidade pelo agravamento entre pacientes atendidos em emergências cardiológicas e internados em hospitais de referência em todo o território brasileiro.

Um estudo⁷ que analisou o efeito idade-período e coorte (*age-period and cohort* – APC) nas regiões geográficas do Brasil entre 1980 e 2009 constatou redução do risco de mortalidade por IAM em todo o país entre indivíduos nascidos a partir da década de 1940, exceto no Nordeste – onde esse índice aumentou, ao contrário da tendência nacional.

Uma segunda pesquisa⁸ sobre o tema confirmou a redução da mortalidade por IAM na região Sul. No início do estudo, indicava-se uma estimativa de aumento do número de mortes em relação aos

No Brasil, ainda se notam elevadas taxas de morbimortalidade por IAM nos contextos intra e extra-hospitalar...

últimos 12 anos, mas isso não se confirmou e houve redução de 38% da mortalidade por IAM ao comparar os dados de 2009 aos de 1998.

Tais estudos reforçam a redução da mortalidade, a melhoria da qualidade da assistência e o aumento da sobrevivência dos pacientes com coronariopatia acometidos por IAM em um recorte de 20 a 30 anos (período de implementação do SUS), no entanto, isso não ocorre de modo homogêneo no país, notando-se disparidade entre as regiões Nordeste e Sul⁷⁻⁸.

Ressalta-se, também, que um terceiro estudo⁹, realizado em nível nacional, sobre as terapêuticas comprovadamente úteis disponibilizadas aos pacientes com isquemia aguda, tendo por base as diretrizes nacionais de recomendação e boas práticas, reforça os dados de estudos anteriores da mortalidade por IAM nas regiões brasileiras, que indicam diminuição no Sul e Sudeste, manutenção no Centro-Oeste e aumento no Nordeste.

No Brasil, ainda se notam elevadas taxas de morbimortalidade por IAM nos contextos intra e extra-hospitalar, seja pela dificuldade de acesso aos serviços especializados após os primeiros sinais de progressão do quadro ou pelo retardo na busca de tratamento ambulatorial em nível de atenção primária à saúde (APS), seja pela falta de orientação específica ou mesmo ausência de atendimento eficaz no serviço de saúde pública, o qual atende a maioria da população brasileira em todos os níveis de atenção. Contudo, essas situações não são observadas de modo homogêneo em todo o território nacional, havendo disparidades entre as diversas regiões e seus contextos sociais⁷⁻⁹.

Perfis clínicos de pacientes com infarto agudo do miocárdio nas regiões geográficas

A segunda categoria temática aborda o perfil clínico de pacientes com IAM em relação às regiões demográficas do país, correlacionando cada um

deles às realidades e especificidades regionais no que diz respeito a acesso aos serviços de saúde, condições sanitárias e demais fatores que interferem diretamente no processo saúde-doença.

Uma pesquisa¹⁰ realizada em hospital cardiológico da Bahia, cujo propósito era levantar a avaliação de enfermeiros acerca do risco coronariano dos pacientes internados, caracterizou o perfil clínico da população estudada assim: 59,5% de indivíduos do sexo masculino, 64,3% se consideram brancos, e 50,8 anos foi a média de idade. Quanto à avaliação de exames laboratoriais, sinais vitais e antecedentes, observou-se que: 40,5% apresentaram doses elevadas de colesterol, 52,4% apresentaram níveis pressóricos elevados e 35,7% eram tabagistas.

Um estudo clínico¹¹ realizado em instituto cardiológico do Rio Grande do Sul, com vistas a traçar a etiologia e as demais características de pacientes com diagnóstico de IAM (tipo 2), evidenciou média de idade de 50,6 anos, 58,1% de indivíduos do sexo masculino, 80,6% se considerando brancos, 58,1% portadores de HAS, 29% dislipidêmicos e 32,3% tabagistas.

Entretanto, nota-se em estudos mais recentes (de 2016 e 2015), em regiões geograficamente opostas, Nordeste (Bahia) e Sul (Rio Grande do Sul), que os perfis dos pacientes se mantêm muito próximos, tendo por base sexo, idade, tabagismo e HAS, porém, diferem quanto a cor da pele, com maior percentual de indivíduos brancos no Sul do país, o que se relaciona aos fatores históricos (migratórios e de colonização) e aos aspectos dislipidêmicos, para os quais o Nordeste apresenta percentual 11,5% superior aos do Sul¹⁰⁻¹¹.

Outro estudo⁹, que compara as regiões demográficas em nível nacional, enfoca os parâmetros supracitados e evidencia que, na região Sudeste, a média de idade entre pacientes hospitalizados com IAM foi de 63,1 anos; 66,4% dos indivíduos era do sexo masculino; 74,7% se consideravam brancos; 70,9% apresentavam quadro de HAS e 34,6% de dislipidemia (DLP); e havia tabagistas atuais ou prévios em 55,4% dos casos. Já na região Nordeste, a média de idade foi de 65,6 anos; 52,6% dos indivíduos eram do sexo masculino; 57,2% se consideraram brancos; 69,3% apresentavam quadro de HAS e 39,3% de DLP; e 45,1% dos casos envolviam tabagistas.

Observou-se a partir desses dados que distintas regiões geográficas também apresentaram alterações quanto ao perfil dos pacientes analisados, o que pode estar diretamente relacionado a fatores não

*...os perfis dos
pacientes se mantêm
muito próximos, tendo
por base sexo, idade,
tabagismo e HAS...*

só genéticos, mas culturais. No entanto, o perfil clássico em que se observa a predominância do sexo masculino se manteve equiparado nas duas regiões, com aumento de idade dos pacientes do Nordeste⁹⁻¹⁰.

Sobre os fatores culturais supracitados, um estudo realizado em hospital especializado do interior do Ceará com mulheres com diagnóstico de IAM, após procedimento de angioplastia, evidenciou estranhamento das pacientes em relação ao ambiente físico e às rotinas inerentes ao setor: banho no leito e manutenção de decúbito dorsal com cabeceira a zero grau (em casos de abordagem por via femoral durante a permanência de introdutor arterial), luminosidade do setor, ausência de referência temporal/espacial e higienização oral com uso de antissépticos líquidos (enxaguantes bucais)¹².

Vale a reflexão tanto acerca das especificidades inerentes às regiões como das rotinas e normas, baseadas em evidências para a segurança do paciente, que também podem ser distintas em diferentes áreas geográficas e hospitais brasileiros. Atribui-se, ainda, a necessidade das informações disponibilizadas aos pacientes durante a internação levarem em consideração seu nível de letramento funcional em saúde, o que pode influenciar tanto o tratamento hospitalar e pós-hospitalar como o seguimento ambulatorial.

Após avaliação realizada em hospital de referência cardiológica na região Sul do país, alguns autores¹³ destacam a taxa de 20% de mortalidade intra-hospitalar em pacientes com IAM. Os autores associam o pior prognóstico dos pacientes com IAM sem supradesnível do segmento ST ao acometimento da parede anterior e à evolução de IC a médio prazo nessa população.

Em um comparativo realizado com 1.150 pacientes com SCA em hospitais brasileiros, em todas as 5 regiões geográficas, evidenciou-se que 63,7% eram do sexo masculino, com idade média de 63,1 anos e 69,3% se consideram brancos. HAS e DLP foram observadas em 2/3 dos pacientes na admissão

hospitalar e mais da metade dos indivíduos referiu tabagismo atual ou prévio¹⁴.

Outro autor¹⁵ reforça a predominância do sexo masculino em estudo realizado durante 3 anos em Belo Horizonte sobre a linha de cuidado dos pacientes com IAM, chegando aos seguintes resultados: 63,3% (2009); 63,9% (2010) e 62,0% (2011). A média de idade foi de 60,7 anos.

Nota-se manutenção das taxas nacionais entre os estudos referentes à população com doenças cardiovasculares, no entanto, as nuances inter-regionais podem envolver a indicação de particularidades e divergências nos atendimentos e perfis clínicos dos pacientes com IAM no que diz respeito às regiões demográficas. Contudo, são alterações relativamente baixas em relação às características da população analisada, o que não confere ligação direta a esses dados nem explica por que as diferenças entre os desfechos clínicos são mais elevadas ao comparar regiões distintas, o que leva a crer que tais divergências estão ligadas mais fortemente aos processos de acesso e qualidade dos recursos do que às características isoladas do perfil da população¹³⁻¹⁵.

Problemas observados nas redes de saúde brasileiras

A terceira e última categoria temática versa sobre os processos logísticos e os problemas observados nas redes de saúde pública e privada, pois a garantia de qualidade da assistência pode estar diretamente ligada às condições monetárias e estruturais inerentes à gestão e à realidade prática desses serviços.

As redes de saúde brasileiras dividem-se basicamente em 2 grupos: a) SUS, que cobre toda a população do país com base em seus preceitos básicos, como a gratuidade e integralidade da assistência, formulado e regulamentado a partir da Constituição Federal de 1988; e b) Sistema de Saúde Suplementar (SSS), que engloba as iniciativas de empresas privadas de prestação de serviços, após a contratação de seus planos de saúde, nos diferentes níveis de atenção à saúde¹⁶.

Segundo os mesmos autores¹⁶, apenas os processos de adoecimento cardiovascular totalizam 1 milhão de internações por ano no SUS, resultando em gastos da ordem de R\$ 1,9 bilhão (5% da receita em saúde), considerando os dados anuais desde o início da década de 2000.

*...os processos
de adoecimento
cardiovascular
totalizam 1 milhão de
internações por ano
no SUS...*

Outros pesquisadores¹⁷ evidenciaram, em estudo desenvolvido em hospital público da Bahia, que 96,9% pacientes com quadro de *angina pectoris*, posteriormente diagnosticados ou não com IAM, realizaram o traslado domicílio-hospital com meio de transporte próprio ou de familiares/amigos e 68% deles procuraram o hospital como primeira escolha após o surgimento dos sintomas. No entanto, apenas 33% foram internados com quadro confirmado de IAM ou SCA.

Em 2002, a mortalidade da população com IAM no Estado do Rio de Janeiro foi de 28,6%, pois 1.241,8 dos 4.435 dos pacientes atendidos com esse diagnóstico na rede pública evoluíram a óbito na mesma internação. O gasto diário com a internação hospitalar foi superior a R\$ 905,00 por paciente, com uso de tecnologias de moderada a alta complexidade, bem como de UTI, concluindo-se que os aspectos isolados de maior gravidade (óbito), maior custo e maior utilização de UTI por pacientes com diagnóstico de IAM não vêm sendo empregados de modo efetivo em todos os casos¹⁶⁻¹⁷.

Outros autores indicam⁴ indica um evento esportivo, especificamente a Copa do Mundo de Futebol, no Brasil, como desencadeador comprovado de eventos cardiovasculares, ressaltando a má estruturação dos estádios de futebol nacionais para o manejo correto desses possíveis eventos, aumentando o risco de complicações inerentes aos agravos.

Uma pesquisa¹⁸ realizada em hospital universitário público na cidade de São Paulo compara as taxas de mortalidade intra-hospitalar de pacientes com diagnóstico inicial de IAM em 2009 e 2010, consecutivamente pré e pós-implementação da chamada "rede de infarto", que capacitou unidades de apoio e instaurou estratégias para a melhoria do diagnóstico precoce e do transporte, além do aumento da agilidade das técnicas de reperfusão miocárdica. Observou-se considerável diminuição do percentual de óbitos nessa população, passando de

26,14% em 2009 para 7,31% em 2010.

CONCLUSÃO

Após a análise e quantificação das informações, a soma dos resultados afins e sua divisão pelo número de pesquisas possibilitou a obtenção das médias aritméticas, com vistas a traçar o perfil demográfico de pacientes com IAM proposto. Vale ressaltar que só foi possível mensurar esses dados com base nas regiões Sul, Sudeste e Nordeste, pois as demais não foram contempladas pelos artigos selecionados.

Na região Sudeste, observou-se que a média de idade dos pacientes com IAM foi de 56,8 anos, ou seja, 1,4 ano a menos do que na região Nordeste (58,2 anos); no entanto, vale afirmar que tais dados se relacionam diretamente a procura e acesso aos serviços de saúde especializados disponíveis na região, tendo em vista que se trata de informações coletadas em contexto intra-hospitalar de referência. Contudo, há discreta variação de resultados entre o Sudeste e o Nordeste, regiões geograficamente opostas.

Constatou-se predominância do sexo masculino dentre os pacientes com IAM em ambas as regiões. O Sudeste tem índice maior (62,2%) em comparação ao Nordeste (59,5%). Também se nota discreta diferença entre as regiões e a manutenção das tendências nacional e internacional de predominância do sexo masculino nessa população.

Quanto aos desfechos clínicos, os estudos mostraram divergências no sucesso terapêutico e menores taxas de óbito nas regiões Sul e Sudeste em comparação ao Nordeste, onde se observa aumento dos indicadores de morbimortalidade.

Tendo em vista que o perfil clínico dos pacientes se mantém equiparado nas regiões com divergência significativa entre sucesso do tratamento e melhores desfechos clínicos, pode-se apontar que os problemas envolvidos não decorrem de fatores genéticos, mas daqueles relacionados a entraves de direcionamento e fluxo das políticas públicas e dos demais fatores de acesso inadequado aos serviços de saúde de referência e especializados.

As informações levantadas evidenciam a necessidade de contínua melhoria e aperfeiçoamento do acesso a serviços cardiovasculares, com vistas a adequar a realidade prática à demanda em nível nacional. Deve-se ressaltar, ainda, a importância da prevenção de doenças e da promoção da saúde na APS, para evitar o “estrangulamento” das redes de

saúde brasileiras a longo prazo.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Francisco Ariel Santos da Costa contribuiu com a realização da pesquisa, o delineamento do estudo e a redação do manuscrito. **Fabiene Lima Parente, Maria Sinara Farias, Paloma Custódio Francelino e Layanny Teles Linhares Bezerra** contribuíram com a redação e revisão crítica do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Aehlert B. ACLS, suporte avançado de vida em cardiologia: emergência em cardiologia. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.
2. Silveira DS, Jaeger CP, Hatschbach L, Manenti ERF. Validação do escore TIMI de risco para infarto agudo com supradesnívelamento do Segmento ST. Int J Cardiovasc Sci [serial on the internet]. 2016 [cited 2018 Nov 28];29(3):189-97. Available from: <http://www.onlineijcs.org/sumario/29/pdf/v29n3a06.pdf>
3. Viana PAS, Carneiro Neto JD, Novais CT, Guimarães IF, Lopes YS, Reis BC. Perfil de pacientes internados para tratamento de insuficiência cardíaca descompensada. Sanare (Sobral, Online) [serial on the internet]. 2018 [serial on the internet];17(1):15-23. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1218/649>
4. Borges DGS, Monteiro RA, Schmidt A, Pazin-Filho A. Copa do Mundo de Futebol como desencadeador de eventos cardiovasculares. Arq Bras Cardiol [serial on the internet]. 2013 [cited 2018 Nov 28];100(6):546-52. Available from: http://www.scielo.br/pdf/abc/v100n6/aop_5334.pdf
5. Feres F, Costa RA, Siqueira D, Costa JR Chamié D, Staico R. Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia e da Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista sobre intervenção coronária percutânea. Arq Bras Cardiol [serial on the internet]. 2017 [cited 2018 Nov 28];109(Suppl 1):1-81. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v109n1s1/0066-782X-abc-109-01-s1-0001.pdf>
6. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto & Contexto Enferm [serial on the internet]. 2008 [cited 2018 Nov 28];7(4):758-64. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>
7. Santos J, Meira KC, Camacho AR, Salvador PTCO, Guimarães RM, Pierin AMG, et al. Mortalidade por infarto agudo do miocárdio no Brasil e suas regiões geográficas: análise do efeito da idade-período-coorte. Ciênc Saúde Colet [serial on the internet]. 2018 [cited 2018 Nov 28];23(5):1621-34. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n5/1413-8123-csc-23-05-1621.pdf>

8. Baena CP, Olandoski M, Luhm KR, Constantini CO, Souza LCG, Neto JRF. Tendência de mortalidade por infarto agudo do miocárdio em Curitiba (PR) no período de 1998 a 2009. Arq Bras Cardiol [serial on the internet]. 2014 [cited 2018 Nov 28];98 (3):211-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v98n3/v98n3a03.pdf>

9. Nicolau JC, Franken M, Lotufo PA, Carvalho AC, Marin Neto JA, Lima, FG, et al. Utilização de terapêuticas comprovadamente úteis no tratamento da coronariopatia aguda: comparação entre diferentes regiões brasileiras. Análise do Registro Brasileiro de Síndromes Coronarianas Agudas (BRACE – Brazilian Registry on Acute Coronary Syndromes). Arq Bras Cardiol [serial on the internet]. 2014 [cited 2018 Nov 28];98(4):282-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v98n4/v98n4a01.pdf>

10. Rosa RS, Macêdo DA, Oliveira BG, Bomfim ES, Casotti CA, Prado IF. Evidências para o cuidado de enfermagem na avaliação do risco coronariano em pacientes hospitalizados. Rev Pesqui Cuid Fundam (Online) [serial on the internet]. 2016 [cited 2018 Nov 28];8(2):4460-71. Available from: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4647/pdf_1900

11. Schmidt MM, Quadros AS, Martinelli ES, Gottschall CAM. Prevalência, etiologia e características dos pacientes com infarto agudo do miocárdio tipo 2. Rev Bras Cardiol Invasiva [serial on the internet]. 2015 [cited 2018 Nov 28];23(2):119-23. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0104184315000429>

12. Ponte KMA, Silva LF. Cuidados de enfermagem a mulheres com infarto do miocárdio: promoção do conforto sociocultural pela pesquisa-cuidado. Rev Enferm UERJ [serial on the internet]. 2014 [cited 2018 Nov 28];22(6):808-14. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v22n6/v22n6a14.pdf>

13. Silva PRF, Cardoso CS, Ferreira HYS, Silva JC, Torres MTB, Silva RS, et al. Avaliação do retardo pré-hospitalar no cuidado ao infarto agudo do miocárdio no Centro Oeste de Minas Gerais, Brasil. Rev Méd Minas Gerais [serial on the internet]. 2015 [cited 2018 Nov 28];25(3):353-62. Available from: <file:///D:/v25n3a08.pdf>

14. Franken M. Avaliação das variáveis de desempenho no tratamento das síndromes isquêmicas miocárdicas estáveis no Brasil: análise do registro BRACE (Brazilian Registry in Acute Coronary Syndromes) [thesis on the internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2016 [cited 2018 Nov 28]. Available from: <file:///D:/MarceloFranken.pdf>

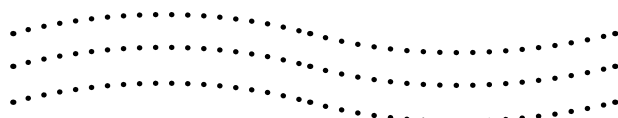
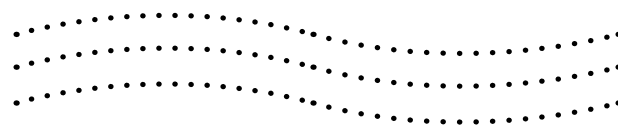
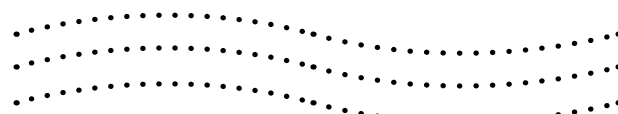
15. Marcolino MS, Brant LCC, Araujo JG, Nascimento BR, Castro LRA, Martins P, et al. Implantação da linha de cuidado do infarto agudo do miocárdio no Município de Belo Horizonte. Arq Bras Cardiol

[serial on the internet]. 2014 [cited 2018 Nov 28];100(4):307-14. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v100n4/aop5145.pdf>

16. Huguenin FM, Pinheiro RS, Varnier RM, Almeida R, Infantosi AFC. Caracterização dos padrões de variação dos cuidados de saúde a partir dos gastos com internações por infarto agudo do miocárdio no Sistema Único de Saúde. Rev Bras Epidemiol [serial on the internet]. 2016 [cited 2018 Nov 28];19(2):229-42. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v19n2/1980-5497-rbepid-19-02-00229.pdf>

17. Mussi FC, Passos LCS, Menezes AA, Caramell B. Entraves no acesso à atenção médica: vivências de pessoas com infarto agudo do miocárdio. Rev Assoc Méd Bras [serial on the internet]. 2007 [cited 2018 Nov 28];53(3):234-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v53n3/a21v53n3.pdf>

18. Caluza ACV, Barbosa AH, Gonçalves I, Oliveira CAL, Matos LN, Zeefried C, et al. Rede de infarto com supradesnívelamento de ST: sistematização em 205 casos diminui eventos clínicos na rede pública. Arq Bras Cardiol [serial on the internet]. 2012 [cited 2018 Nov 28];99(5):1040-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v99n5/aop09512.pdf>



POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO

PUBLIC MENTAL HEALTH POLICIES FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS: THE PSYCHOLOGIST'S WORK

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD MENTAL PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES: LA ACTUACIÓN DEL PSICÓLOGO

Fabiana Cruz Soares ¹

Ramnsés Silva e Araújo ²

Renata Oliveira Sampaio Chaves ³



RESUMO

Este artigo analisa o processo de desenvolvimento das políticas públicas de saúde mental voltadas ao público infantojuvenil e o papel assumido pelo psicólogo nesse contexto. A metodologia consiste em uma revisão crítica da literatura nacional sobre a saúde mental, realizada nas bases SciELO, Lilacs, PePSIC e Bireme. As políticas de saúde mental para crianças e adolescentes são recentes. As ações anteriores voltadas a esse público se pautavam por institucionalização e isolamento social. Com o advento da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, novos caminhos de proteção e cuidado foram traçados, proporcionando um novo olhar sobre os jovens. Estes passaram a ser reconhecidos como sujeitos de direitos em caráter de absoluta prioridade. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a Reforma Psiquiátrica e o Sistema Único de Saúde (SUS) reforçaram as disposições da Constituição Federal de 1988 e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) consolidou uma nova práxis do psicólogo nesse contexto.

Palavras-chave:

Políticas Públicas; Saúde Mental; Criança; Adolescente; Psicólogo.

Keywords:

Public Policy; Mental Health; Child; Adolescent; Psychologist.

Palabras clave:

Política Pública; Salud Mental; Niño; Adolescente; Psicólogo.

Submetido:

26/05/2018

Aprovado:

22/11/2018

Autor(a) para

Correspondência:

*Fabiana Cruz Soares
R. Aimorés, 190, casa 09
Boa Esperança
Parnaíba (PI)
CEP: 64215-370
E-mail:
fabianacruzsoares@
yahoo.com.br*

1. Psicóloga. Mestre em Saúde Coletiva pela Faculdade São Leopoldo Mandic (SLMandic). Professora no Curso de Psicologia do Centro Universitário Maurício de Nassau (UniNassau). Parnaíba (PI), Brasil. E-mail: fabianacruzsoares@yahoo.com.br

2. Aluno de Graduação em Psicologia no UniNassau. Parnaíba (PI), Brasil. E-mail: ramnsesmaster12@gmail.com

3. Psicóloga. Aluna de Pós-Graduação em Tanatologia no Instituto Dexter. Parnaíba (PI), Brasil. E-mail: renata.osc@bol.com.br

ABSTRACT

This article analyzes the process for developing public mental health policies aimed at the child-juvenile clientele and the role played by the psychologist in this context. The methodology consists of a critical review of the national literature on mental health, carried out on the SciELO, LILACS, PePSIC, and BIREME databases. The mental health policies for children and adolescents are recent. Previous actions aimed at this clientele were usually based on institutionalization and social isolation. With the advent of the Health Care Reform and the Psychiatric Reform, new protection and health care paths were traced, providing young people with a new look. The latter managed to be recognized as subjects of rights that have absolute priority. The Brazilian Statute of the Child and Adolescent (ECA), the Psychiatric Reform, and the Brazilian National Health System (SUS) reinforced the provisions of the 1988 Brazilian Federal Constitution and the Brazilian Psychosocial Care Network (RAPS) consolidated a new psychologist's praxis in this context.

RESUMEN

Este artículo analiza el proceso para desarrollar políticas públicas de salud mental dirigidas al público infantojuvenil y el papel jugado por el psicólogo en este contexto. La metodología consiste en una revisión crítica de la literatura nacional acerca de la salud mental, realizada en las bases SciELO, LILACS, PePSIC y BIREME. Las políticas de salud mental para niños y adolescentes son recientes. Las acciones anteriores dirigidas a este público se basaban generalmente en institucionalización y aislamiento social. Con el advenimiento de la Reforma Sanitaria y la Reforma Psiquiátrica, se trazaron nuevos caminos de protección y cuidado, proporcionando una nueva mirada sobre los jóvenes. Estos últimos lograron ser reconocidos como sujetos de derechos que tienen prioridad absoluta. El Estatuto Brasileño del Niño y del Adolescente (ECA), la Reforma Psiquiátrica y el Sistema Nacional de Salud Brasileño (SUS) reforzaron las disposiciones de la Constitución Federal Brasileña de 1988 y la Red de Atención Psicosocial Brasileña (RAPS) consolidó una nueva praxis del psicólogo en este contexto.

.....

INTRODUÇÃO

No Brasil, as políticas de saúde mental que priorizam as crianças e os adolescentes são tardias, pois só foram pensadas e planejadas no início do século XXI¹. Antes desse período, não existiam redes de cuidado voltadas ao público infantojuvenil e esse papel ficava a cargo das áreas da educação e do serviço social. Diante disso, as ações se tornavam mais corretivas e reparadoras do que focadas nas reais necessidades biopsicossociais de cada indivíduo. As crianças e os adolescentes com problemas mentais eram subjugados ao Estado, que pregava uma política de proteção social por meio de institucionalização².

O modelo de assistência asilar perdurou por muitos anos no país, sob o argumento de que a pobreza era geradora de “crianças abandonadas” e de “jovens delinquentes”. Visava a proporcionar maior controle estatal e menor tendimento a necessidades individuais². Nesse contexto, as crianças e os adolescentes com problemas mentais eram qualificados como “incapazes” e o isolamento social era apontado como a “solução mais adequada” para a situação de vulnerabilidade em que se encontravam. À margem dessa situação, também existiam as Santas Casas de Misericórdia, instituições ligadas à Igreja

Católica e destinadas ao recolhimento de crianças abandonadas e de doativos³.

A lógica da institucionalização de crianças e adolescentes começou a mudar a partir da criação do Código de Menores, em 1927, também conhecido como Código de Mello Mattos, em alusão ao primeiro juiz de menores da América Latina⁴. Esse foi o primeiro diploma legal voltado ao público infantojuvenil, mas seu foco recaía sobre os “meninos de rua”, isto é, as crianças e os adolescentes pobres, reforçando ainda mais o estigma de que eram perigosos e ameaçadores para a sociedade².

A legislação brasileira começou a contemplar a proteção da infância e da adolescência, com disposições contrárias aos castigos físicos e conduzindo a assistência a caminhos mais abertos do que fechados, porém, privilegiava o modelo asilar⁴. O Código de Menores foi reformulado em 1979 e já continha o princípio da proteção integral, mas se baseava no paradigma da legislação anterior.

Nesse período, persistiu um claro desinteresse na reinserção social da criança e do adolescente. A legislação se limitava ao controle da ordem pública e da paz social e mostrava-se totalmente desvinculada da visão da criança e do adolescente como sujeitos de direitos⁵. A criança e o adolescente não eram vistos como portadores de sentimentos,

respeito e consciência, mas como seres humanos moldados⁶. Nesse sentido, o modo diferenciado do mundo infantojuvenil não agradava ao adulto, mas dependia de sua origem e do *status* que sua condição social representava. Diante dessa realidade, o Código de Menores de 1979 se tornou ineficaz. Com a restauração da democracia, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)⁷ foi promulgado em 1990 e consiste em um diploma de direitos humanos que contempla o que há de mais avançado nas normas internacionais em relação aos direitos da criança e do adolescente².

Tendo em vista o contexto histórico da saúde mental para crianças e adolescentes no Brasil, constata-se que as atuais políticas de atenção psicossocial constituem conquistas, pois contribuem para enfrentar e superar os desafios envolvidos no cuidado proporcionado a sujeitos de direitos. Assim, este artigo analisa o processo de desenvolvimento das políticas públicas de saúde mental voltadas ao público infantojuvenil e o papel assumido pelo psicólogo nesse contexto.

METODOLOGIA

Trata-se de revisão crítica da literatura nacional sobre saúde mental, realizada nas bases SciELO, Lilacs, PePSIC e Bireme. Como pesquisa exploratória, descritiva e explicativa, teve por objetivo levantar a produção científica pertinente, articulando os conhecimentos proporcionados por pesquisadores que analisaram a saúde mental em nosso meio⁸⁻⁹.

Os critérios de inclusão de estudos foram:

- Publicação no período entre 2012 e 2017;
- Foco temático em políticas públicas voltadas ao público infantojuvenil;
- Abordagem do papel do psicólogo nesse contexto; e
- Pesquisas exclusivamente brasileiras.

Os termos de busca adotados foram “políticas públicas”, “saúde mental”, “crianças” e “adolescentes”. Com o uso desses descritores, localizamos 19 produções científicas; aplicando os critérios de inclusão estabelecidos, a amostra totalizou 17 publicações a analisar. Esse levantamento bibliográfico ocorreu de abril a junho de 2017, com vistas a investigar os diversos aspectos da construção e reconstrução de políticas públicas de saúde mental voltadas ao público infantojuvenil, relacionando-os

à atuação do psicólogo.

Assim, esta revisão de literatura identificou 3 categorias temáticas:

1. Políticas públicas de saúde, Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica: reflexões e transformações na saúde mental;
2. Políticas de saúde mental para crianças e adolescentes no Brasil; e
3. Atuação do psicólogo em políticas públicas de saúde mental para crianças e adolescentes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados se organizam em torno das 3 categorias temáticas indicadas na seção anterior.

Políticas Públicas de Saúde, Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica: reflexões e transformações na saúde mental

As políticas públicas fazem parte do escopo de análise e ação de diversos profissionais da saúde, entre eles os psicólogos, pois configuram uma complexa rede de inter-relacionamentos. Isso implica a diversidade e subjetividade humana, demandando protagonismo social diante de sentimentos, pensamentos, conflitos e emoções de sujeitos de direitos¹⁰.

Essa perspectiva humanizada e integral de atenção à saúde é relativamente recente. O modelo anterior, denominado biomédico ou hospitalar, centrava-se na cura da doença – e esse era o ideal de saúde vigente no imaginário da sociedade brasileira. A visão atual do setor saúde tem como marco histórico a Reforma Sanitária, ocorrida no Brasil no início da década de 1970, que envolveu todos os profissionais da saúde na busca por melhores condições de vida da população¹¹.

O desenvolvimento dessa nova concepção de saúde decorreu tanto da Reforma Sanitária como da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS)

*... o Estatuto
da Criança e do
Adolescente [...] e
consiste em um diploma
de direitos humanos...*

e encorajou os profissionais da saúde mental a construir sua própria reforma, denominada Reforma Psiquiátrica¹². Esta busca garantir os direitos dos cidadãos com algum transtorno mental, empoderando-os e reinserindo-os em todos os espaços da sociedade. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) surgiu em 1978, com propostas de mudanças nas políticas de assistência psiquiátrica vigentes. Vale ressaltar que o MTSM se inspirou em Franco Basaglia, responsável pela Reforma Psiquiátrica italiana, que defendia profundas transformações tanto no modelo de assistência psiquiátrica como na relação da sociedade com a “loucura”, tornando o cuidado aos usuários individualizado e humanizado¹³.

Surgiu nesse cenário o Projeto de Lei n. 3.657/1989, denominado Lei Paulo Delgado em homenagem ao deputado responsável por sua autoria, que buscava regulamentar os direitos dos indivíduos com transtorno mental e a extinção dos internamentos manicomial idealizando, assim, uma possível reforma das políticas de saúde mental¹⁴. Entretanto, a respectiva lei só foi sancionada em 2001, instituindo uma Reforma Psiquiátrica de fato, na qual os modelos institucionais foram substituídos, a doença mental passou a ser vista de modo mais amplo e a saúde foi redefinida como um fenômeno que envolve todas as esferas biológicas, psicológicas e sociais do ser humano¹³.

O processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira adquiriu aparatos de vital importância no final da década de 1990, com a regulamentação dos centros de atenção psicossocial (CAPS) e o surgimento dos serviços denominados residências terapêuticas. Os CAPS constituem espaços privilegiados de intervenção para pessoas com transtornos psicológicos graves e persistentes, oferecendo atenção e cuidados clínicos que visam à reabilitação psicossocial. Já as residências terapêuticas são moradias localizadas em espaços urbanos que proporcionam aos usuários suporte e acompanhamento de profissionais especializados, com vistas a promover a desinstitucionalização¹⁴. Os trabalhos terapêuticos para a inserção ou reinserção social se mostram extremamente válidos, apesar dos diversos questionamentos a respeito do indivíduo à margem da sociedade; entretanto, além de valorizar as potencialidades e os limites de cada pessoa, estabelecem e/ou fortalecem vínculos que estimulam o protagonismo de cada usuário em relação à sua vida.

Nessa perspectiva, após a III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada no final de 2001,

*...vínculos que
estimulam o
protagonismo de
cada usuário em
relação à sua vida.*

o Ministério da Saúde normatizou em 2002 o centro de atenção psicossocial infantojuvenil (CAPSi), voltado a crianças e adolescentes com transtornos mentais graves. Nessa modalidade de CAPS, mostra-se indispensável o envolvimento da rede de cuidados à saúde e da sociedade como um todo, englobando educação, justiça social e lazer, de modo que a plena atenção à saúde mental da criança e do adolescente se torne uma realidade no país¹⁵.

Políticas de saúde mental para crianças e adolescentes no Brasil

A preocupação com a saúde mental da criança e do adolescente assumiu maior destaque com a conversão do Projeto de Lei n. 3.657/1989 na Lei n. 10.216/2001 e a III Conferência Nacional de Saúde Mental foi crucial para levantar novas discussões voltadas a esse público, negligenciado por quase um século. As transformações das políticas públicas que vieram a lume nos anos posteriores colocaram em pauta os direitos das crianças e dos adolescentes com deficiência mental, que devem ter acesso a uma rede de atenção e cuidado à saúde capaz de melhorar sua qualidade de vida¹⁶.

O ECA⁷ reafirma tais direitos por meio do paradigma de proteção integral, reforçando o caráter de prioridade absoluta dos seres humanos em desenvolvimento, sob responsabilidade do Estado em atuação conjunta com a sociedade e as famílias. Nesse sentido, o art. 4º do ECA dispõe que:

É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

Em conjunto, o ECA, o SUS e a Reforma Psiquiátrica formam o arcabouço central das políticas públicas

voltadas à saúde mental de crianças e adolescentes, tendo a intersetorialidade como fundamento principal das ações de cuidado. A intersetorialidade implica trabalho articulado e integrador de sujeitos, saberes, práticas e setores da sociedade, em especial a educação, a assistência social, a cultura, o lazer e a Justiça.

Desse modo, a intersetorialidade proporciona significativo aumento do potencial resolutivo no setor saúde e a permanente associação de diferentes sujeitos, saberes, práticas e setores disponibiliza uma rede de cuidados situados ao público infantojuvenil¹⁷. O trabalho intersetorial também propicia reflexão sobre as práticas sociais em construção, buscando novos modelos organizacionais que atendam às demandas de saúde da população em perspectiva humanizada e integral. Sob essa ótica, as políticas públicas de saúde mental se mostram capazes de contemplar os múltiplos aspectos do processo saúde-doença¹⁸.

O primeiro resultado concreto advindo do reconhecimento da criança e do adolescente como sujeitos psíquicos singulares foi a criação, em 2002, dos CAPSi. Eles desenvolvem um trabalho em rede pautado na noção de clínica ampliada e na lógica da atenção diária a crianças e adolescentes com problemas de saúde mental. As ações são realizadas por equipes multiprofissionais com o propósito de oferecer acompanhamento clínico e promover a reinserção social, fortalecendo os vínculos familiares e comunitários de seus usuários¹⁹.

Segundo as cartilhas mais recentes do Ministério da Saúde, que tratam de orientações para a elaboração de projetos, além da reforma e ampliação dos CAPS e das unidades e atendimento, os CAPSi são indicados para regiões ou municípios com população acima de 70 mil habitantes. Para que suas ações obtenham resultados mais significativos, devem contar com uma equipe multidisciplinar mínima, composta por: 1 médico com formação em saúde mental (psiquiatra, neurologista ou pediatra); 1 enfermeiro; 4 profissionais com Ensino Superior (contemplando as categorias psicólogo, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, assistente social, pedagogo ou outro profissional relevante para a configuração do projeto terapêutico singular); e 5 profissionais com Ensino Médio (contemplando as categorias técnico educacional, técnico administrativo, técnico e/ou auxiliar de enfermagem ou artesão)¹⁴.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída no âmbito do SUS em 2011, com foco

*...oferecer
acompanhamento
clínico e promover
a reinserção
social...*

na criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde mental voltados a todas as pessoas que apresentam sofrimento ou transtorno psíquico e aquelas com necessidades decorrentes do uso de substâncias. De acordo com o Ministério da Saúde², os objetivos específicos da RAPS são: a) promoção de cuidados à saúde voltados a grupos vulneráveis (crianças, adolescentes, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas); b) prevenção do consumo e da dependência de crack, álcool e outras drogas; c) redução de danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas; d) reabilitação e reinserção social de pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, por meio de acesso a trabalho, renda e moradia solidária; e e) melhoria da gestão dos serviços, parcerias intersetoriais etc.²⁰.

No atual cenário das políticas públicas de saúde mental para crianças e adolescentes, um espaço de caráter tanto individual como coletivo, a psicologia se mostra cada vez mais necessária, com toda a sua cientificidade e sensibilidade para a abordagem da subjetividade humana. A atuação do psicólogo nesse contexto demanda uma nova práxis cotidiana que proporcione cuidado individualizado e humanizado aos usuários dos serviços, em linha com os princípios do SUS.

Atuação do psicólogo em políticas públicas de saúde mental para crianças e adolescentes

A presença do psicólogo no cenário das políticas públicas de saúde mental para crianças e adolescentes demanda um redirecionamento das práticas psicológicas, mostrando-se necessária uma reavaliação e adaptação dos modelos de atuação, de modo a proporcionar cuidado individualizado e humanizado aos usuários dos serviços. Estes devem assumir protagonismo em relação ao processo saúde-doença e as chamadas intervenções tradicionais, voltadas apenas à cura da doença, devem ser substituídas. A antiga visão individualista da

psicologia, associada a uma atuação caracterizada como elitista na clínica privada, cede cada vez mais espaço a uma nova visão coletivista, em prol da dinâmica social e da promoção das subjetividades que se entrelaçam nas comunidades²¹.

Sabe-se que a representação social do psicólogo no âmbito das políticas públicas foi particularmente passível de equívocos no Brasil. Ao longo de nossa história, grande parte da população considerou o psicólogo um profissional inútil e classificou a psicologia como uma área irrelevante no setor saúde. Entretanto, nas últimas décadas, o senso comum vem mudando bastante ao observar a atuação do psicólogo nas comunidades. A aceitação desse profissional é cada vez maior no conjunto das práticas de atendimento aos diversos setores da sociedade, principalmente em termos de saúde mental e saúde coletiva, e diversas pesquisas com abordagens quantitativas e qualitativas demonstram a importância do psicólogo no tratamento de doenças de natureza psicológica ou no acompanhamento psicológico especializado. Hoje, os psicólogos que atuam na atenção à saúde mental para crianças e adolescentes têm direcionado seus esforços para ações articuladas com outros setores, trabalhando o bem-estar biopsicossocial, isto é, eles trabalham em rede nas novas matrizes do SUS e contam com apoio da comunidade e de seus inúmeros atores²².

No campo da saúde mental infantojuvenil, os psicólogos podem atuar em praticamente todos os componentes nos quais a RAPS²² se encontra organizada, uma vez que ela reforça o cuidado a grupos vulneráveis e promove a integralidade da assistência preconizada pelo SUS. Tais componentes e seus pontos de atenção são ilustrados na Tabela 1.

Tabela 1. Componentes da Rede de Atenção Psicossocial no Brasil.

Componente	Pontos de atenção
Atenção básica à saúde	Unidade básica de saúde
	Núcleo de apoio à saúde da família
	Consultório na Rua
	Apoio aos serviços do componente atenção residencial de caráter transitório
	Centros de convivência e cultura
Atenção psicossocial estratégica	Centro de Atenção Psicossocial, em suas diferentes modalidades
Atenção de urgência e emergência	Samu 192
	Sala de estabilização
	UPA 24 horas
	Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto-socorro
	Unidades básicas de saúde
Atenção residencial de caráter transitório	Unidade de acolhimento
	Serviço de atenção em regime residencial
	Enfermaria especializada em regime residencial
Atenção hospitalar	Serviço hospitalar de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
	Serviços residenciais terapêuticos
Estratégias de desinstitucionalização	Programa de Volta para Casa
	Iniciativas de geração de trabalho e renda
Estratégias de reabilitação psicossocial	Empreendimentos solidários e cooperativas sociais

Fonte: Elaborada pelos autores.

Ao atuar nesses dispositivos, o psicólogo contribui de modo significativo tanto para o cidadão (em caráter individual), como para a sociedade (em caráter coletivo). As ações pautadas pela promoção da saúde e prevenção de doenças proporcionam suporte à atuação de outros profissionais comprometidos com o bem-estar da população, em especial das crianças e dos adolescentes, considerados seres humanos em desenvolvimento. Ao

promover a saúde emocional e psíquica, o psicólogo potencializa as demais práticas de cuidado à saúde oferecidas à população.

Com tudo isso em vista, pode-se afirmar que a atuação do psicólogo no contexto das políticas públicas de saúde mental para crianças e adolescentes se mostra essencial para o desenvolvimento biopsicossocial de nossa sociedade como um todo, uma vez que esses sujeitos de direitos constroem e reconstróem suas realidades por meio de um processo dinâmico e contínuo.

CONCLUSÃO

No Brasil, as políticas públicas de saúde mental para crianças e adolescentes, mesmo sendo relativamente recentes, compreendem um vasto campo de aprendizagem e conhecimento. Apesar do progresso observado nos últimos anos, há inúmeros desafios a superar tanto em termos de atenção à saúde individual como coletiva, pois o público infantojuvenil demanda constante atualização e a criação de estratégias específicas de atuação que valorizem a troca de informações entre os profissionais da saúde que atendem seres humanos em desenvolvimento.

Uma limitação constatada neste artigo é a pequena quantidade de estudos sobre a atuação do psicólogo no âmbito das políticas de saúde mental para crianças e adolescentes. Há necessidade de novas pesquisas que investiguem a estruturação e a organização dessas políticas, bem como a relação entre o embasamento teórico e a prática profissional na área da psicologia, a fim de mensurar sua efetividade e eficácia diante das demandas envolvidas nas políticas públicas atuais.

Por fim, pode-se afirmar que este artigo aponta caminhos de pesquisa acerca da atuação do psicólogo, aprimorando o entendimento sobre a evolução do cuidado à saúde mental do público infantojuvenil. Tal iniciativa contribui para oferecer uma atenção psicológica cada vez mais individualizada e humanizada nos serviços de saúde, em linha com os princípios do SUS, com potenciais repercussões positivas na qualidade de vida da população brasileira.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Fabiana Cruz Soares contribuiu com o delineamento do estudo e a redação e revisão crítica

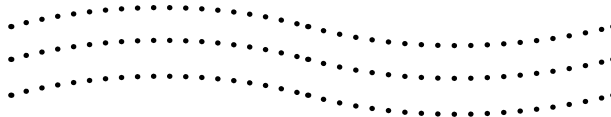
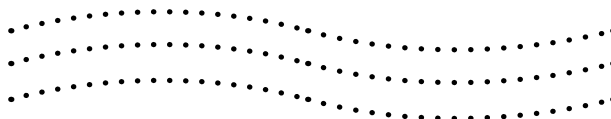
*....o público
infantojuvenil demanda
constante atualização e
a criação de estratégias
específicas de
atuação...*

do manuscrito. **Ramnsés Silva e Araújo e Renata Oliveira Sampaio Chaves** contribuíram com a realização da pesquisa e a redação e revisão crítica do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Couto M, Delgado P. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Psicol Clin [serial on the internet]*. 2015 [cited 2017 Apr 28];27(1):17-40. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/pc/v27n1/0103-5665-pc-27-01-00017.pdf>
2. Brasil. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.
3. Ribeiro EL, Paula CS. Políticas de saúde mental para crianças e adolescentes. In: Mateus MD, organizador. Políticas de saúde mental: baseado no curso de Políticas Públicas de Saúde Mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira. São Paulo: Instituto de Saúde; 2013. p. 322-344.
4. Paes JPL. O Código de Menores e o Estatuto da Criança e do Adolescente: avanços e retrocessos [document on the internet]. 2013 [cited 2017 Apr 29]. Available from: <http://www.egov.ufsc.br/portal/conteudo/o-c%C3%B3digo-de-menores-e-o-estatuto-da-crian%C3%A7a-e-do-adolescente-avan%C3%A7os-e-retrocessos>
5. Fonseca JB. Código de Menores e o Estatuto da Criança e do Adolescente [document on the internet]. 2014 [cited 2017 Apr 29]. Available from: <https://juliabr.jusbrasil.com.br/artigos/155146196/codigo-de-menores-e-o-estatuto-da-crianca-e-do-adolescente>
6. Peroza MAR. Infância, educação e dignidade humana: considerações sobre os processos educativos da criança. *Práxis Educativa [serial on the internet]*. 2017 [cited 2017 May 22];13(1):1-19. Available from: <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/praxiseducativa/article/view/10552/6-145>

7. Rossato LA, Lépore PE, Cunha RS. Estatuto da Criança e do Adolescente: comentado artigo por artigo: Lei 8.069/1990. São Paulo: Saraiva; 2012.
8. Gomes IS, Carminha IO. Guia para estudos de revisão sistemática: uma opção metodológica para as Ciências do Movimento Humano. Movimento (Porto Alegre) [serial on the internet]. 2014 [cited 2017 May 23];20(1):395-411. Available from: <https://seer.ufrgs.br/Movimento/article/view/41542/28358>
9. Neves LMB, Jankoski AD, Schnaider MJ. Tutorial de pesquisa bibliográfica [document on the internet]. 2013 [cited 2017 May 24]. Available from: https://portal.ufpr.br/pesquisa_bibliogr_bvs_sd.pdf
10. Schraiber LB. Necessidades de saúde, políticas públicas e gênero: a perspectiva das práticas profissionais. Ciênc Saúde Colet [serial on the internet]. 2013 [cited 2017 May 25];17(10):2635-44. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/13.pdf>
11. Paiva CHA, Teixeira LA. Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. Hist Ciênc Saúde – Manguinhos [serial on the internet]. 2014 [cited 2017 May 28];21(1):15-36. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>
12. Trabuco KEO, Santos DS. Da Reforma Sanitária à Reforma Psiquiátrica: os movimentos sociais e a conquista de direitos. VII Jornada Internacional de Políticas Públicas; 2015; São Luís. Anais. São Luís: Universidade Federal do Maranhão; 2015.
13. Costa JP, Jorge MSB, Coutinho MPL, Costa EC, Holanda ÍTA. A Reforma Psiquiátrica e seus desdobramentos: representações sociais dos profissionais e usuários da atenção psicossocial. Psicol Saber Soc [serial on the internet]. 2016 [cited 2017 Jun 2];5(1):35-45. Available from: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/psi-sabersocial/article/view/15855/17903>
14. Brasil. Centros de atenção psicossocial e unidades de acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015.
15. Melo AMC. Apontamentos sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental [serial on the internet]. 2012 [cited 2017 Jun 2];8(9):84-95. Available from: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/2127/2920>
16. Silva ME. Histórico da saúde mental no Brasil até o governo atual. In: Castro CLF, Gontijo CRB, Almeida BV, organizers. Políticas públicas em saúde mental: abordagens e desafios. Belo Horizonte: Ed. UEMG; 2013. p. 18-63.
17. Nunes CK, Kantorski LP, Coimbra VCC. Interfaces entre serviços e ações da Rede de Atenção Psicossocial às crianças e adolescentes. Rev Gaúcha Enferm [serial on the internet]. 2016 [cited 2017 Jun 8];37(3):1-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n3/0102-6933-rgenf-1983-144720160354858.pdf>
18. Warschauer M, Carvalho YM. O conceito “intersectorialidade”: contribuições ao debate a partir do Programa Lazer e Saúde da Prefeitura de Santo André/SP. Saúde Soc [serial on the internet]. 2014 [cited 2017 Jun 10];23(1):191-203. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n1/0104-1290-sausoc-23-01-00191.pdf>
19. Oliveira ACB, Miranda L. Práticas clínicas e o cuidado possível no CAPSi: perspectivas de uma equipe interdisciplinar. Contextos Clín [serial on the internet]. 2015 [cited 2017 Jun 2];8(1):99-112. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cclin/v8n1/v8n1a11.pdf>
20. Araújo GR, Silva LMN, Nascimento SA, Lima RRR. O real e o ideal em um serviço substitutivo de saúde mental: um relato de experiência. Sanare (Sobral, Online) [serial on the internet]. 2015 [cited 2017 Nov 7];14(1):69-75. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/611/328>
21. Cimino APN, Leite DFCCS. Psicologia e saúde pública: cartografia das modalidades de prática psicológica nas policlínicas. Revista Psicologia e Saúde [serial on the internet]. 2016 [cited 2017 Nov 7];8(1):14-23. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v8n1/v8n1a03.pdf>
22. Brasil. RAPS – Rede de Atenção Psicossocial [document on the internet]. 2014 [cited 2017 Jun 11]. Available from: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/803-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/l2-saude-mental/12588-raps-rede-de-atencao-psicossocial>



REFLEXÕES SOBRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: DA GÊNESE À CRISE CONTEMPORÂNEA

REFLECTIONS ON THE BRAZILIAN NATIONAL HEALTH SYSTEM: FROM ITS GENESIS TO THE CONTEMPORARY CRISIS

REFLEXIONES SOBRE EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD BRASILEÑO: DE SU GÉNESIS A LA CRISIS CONTEMPORÁNEA

Fernanda Thayná de Souza Pinheiro ¹

Natália Bastos Ferreira Tavares ²

Aretha Feitosa de Araújo ³

João Paulo Xavier Silva ⁴



RESUMO

Este artigo reflete sobre a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e os atuais ataques a esse direito à saúde. Trata-se de estudo descritivo, do tipo análise crítico-reflexiva, que utiliza dados históricos acerca do processo político e sanitário, desde o período colonial até a formação e a criação do SUS, elencando processos políticos, direitos populares e caminhos para sua manutenção. Os resultados indicam que a história política e de saúde brasileira tem importantes marcos, como a célebre Reforma Sanitária e a criação do SUS, intimamente ligada à conquista de direitos por parte da sociedade. É notória a dependência da população em relação a esse sistema, que se baseia em princípios como universalidade, integralidade e equidade da assistência à saúde. Entretanto, os atuais acontecimentos que visam ao desmonte do SUS evidenciam ataques a direitos sociais adquiridos. Conclui-se que há urgente necessidade de revitalizar o movimento sanitário brasileiro, com compromisso social que impeça o processo de privatização do direito à saúde, combata o baixo financiamento e qualifique a gestão do SUS.

Palavras-chave:

Direito à Saúde; Saúde Pública; Política de Saúde; Sistema Único de Saúde.

Keywords:

Right to Health; Public Health; Health Policy; Brazilian National Health System.

Palabras clave:

Derecho a la Salud; Salud Pública; Política de Salud; Sistema Nacional de Salud Brasileño.

Submetido:

16/11/2018

Aprovado:

04/12/2018

Autor(a) para Correspondência:

*Fernanda Thayná de S. Pinheiro
Av. Dário Rabêlo, 977
Sete de Setembro
Iguatu-CE
CEP: 63500-000
E-mail:
fernandatsp@outlook.com.br*

1. Aluna de Graduação em Enfermagem na Universidade Regional do Cariri (Urca). Iguatu (CE), Brasil. E-mail: fernandatsp@outlook.com

2. Enfermeira. Professora no Curso de Enfermagem da Urca. Iguatu (CE), Brasil. E-mail: nataliabastosf@hotmail.com

3. Enfermeira. Professora no Curso de Enfermagem da Urca. Iguatu (CE), Brasil. E-mail: aretha.feitosa@gmail.com

4. Enfermeiro. Professor no Curso de Enfermagem da Urca. Iguatu (CE), Brasil. E-mail: jpxavier.enf@gmail.com

ABSTRACT

This article thinks through the creation of the Brazilian National Health System (SUS) and the current attacks on this right to health. This is a descriptive study, with a critical and reflective analysis design, which uses historical data about the political and health-based process, from the colonial period to the formation and creation of the SUS, by listing political processes, popular rights, and ways to maintain this system. The results indicate that Brazilian political and health history has significant milestones, such as the famous Health Reform and the SUS creation, closely linked to the achievement of rights by society. There is a well-known population's dependence on this system, which is based on principles such as universality, comprehensiveness, and equity in health care. However, current events aimed at dismantling the SUS show attacks on acquired social rights. It is concluded that there is an urgent need to revitalize the Brazilian health movement, with social commitment that prevents the process of privatizing the right to health, fights against low funding, and qualifies the SUS management.

RESUMEN

Este artículo reflexiona sobre la creación del Sistema Nacional de Salud Brasileño (SUS) y los ataques actuales a este derecho a la salud. Este es un estudio descriptivo, con diseño de análisis crítico y reflexivo, que utiliza datos históricos sobre el proceso político y sanitario, desde el período colonial hasta la formación y creación del SUS, enumerando procesos políticos, derechos populares y caminos para su mantenimiento. Los resultados indican que la historia política y de salud brasileña tiene hitos importantes, como la famosa Reforma Sanitaria y la creación del SUS, estrechamente relacionada con el logro de derechos de la sociedad. Existe una notoria dependencia de la población con relación a este sistema, que se basa en principios como la universalidad, la integralidad y la equidad en la atención de salud. Sin embargo, los actuales acontecimientos que apuntan al desmonte del SUS evidencian ataques a derechos sociales adquiridos. Se concluye que hay urgente necesidad de revitalizar el movimiento sanitario brasileño, con compromiso social que impida el proceso de privatización del derecho a la salud, combata la baja financiación y califique la gestión del SUS.

.....

INTRODUÇÃO

A atemporalidade da temática saúde remete ao levantamento de discussões e debates que permeiam os direitos e deveres do Estado e da população em qualquer período, observando-se ao longo da história brasileira que a busca por saúde sempre foi permeada por lutas, armadas ou não, de cunho empírico ou baseado em evidências. O fato é que, na atualidade, como resultado de inúmeros fatores, tem-se um sistema de saúde público garantido por lei que deve cumprir uma série de funções pautadas em princípios éticos, morais e de cidadania¹.

A partir de mobilização nacional surgiu a Reforma Sanitária, que, desde o final da década de 1970, protagonizou mudanças com impactos históricos, alimentando a promulgação da Constituição Federal de 1988 (a chamada Constituição Cidadã), que, auxiliada pelas Leis n. 8.080/90, 8.142/90 e 9.656/98, originou o Sistema Único de Saúde (SUS). Este se tornou o maior sistema público de saúde do mundo – universal, integral e equânime – e pode-se afirmar que consiste na maior política de inclusão social já vista. Suas conquistas são inegáveis, como a cobertura de 75% da população por meio da atenção básica (AB), o Programa Nacional de Imunização

(PNI), o fornecimento de medicamentos, as ações de saúde bucal, os serviços de urgência e emergência, dentre outras².

Estima-se que cerca de 80% da população é dependente do SUS, um cenário que tende a persistir, sobretudo diante da atual crise econômica do país. Vale salientar que considerável parcela é composta por pessoas que apresentam maior carência no âmbito da assistência à saúde e mesmo quem possui planos privados de saúde recorrem a esse sistema para serviços como transplantes, hemodiálise e fornecimento de medicamentos de alto custo³.

Em 30 anos, a partir de princípios como a universalidade da assistência à saúde, o SUS alcançou notáveis resultados, como o controle da epidemia de vírus da imunodeficiência humana (HIV), mediante fornecimento de antirretrovirais ou ações de vigilância, como no combate ao vírus da zika. Destacam-se, ainda, ações de alta complexidade e especificidade como transplantes e serviços de hemoterapia, dentre outros, nas diversas fases do ciclo da vida³.

Diante do atual modelo capitalista e da disseminação de ideais neoliberais, a crise econômica e política brasileira promove retrocessos no setor saúde e o consequente desmonte do SUS, anunciado

por mudanças legislativas dos últimos anos. Por exemplo, a Emenda Constitucional (EC) n. 95, a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) n. 241 e a nova Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), de 2017. Contudo, além da indignação, ainda não se observa mobilização social como ocorreu entre os anos 1970 e 1990, tendo em vista que o principal caminho para lidar com problemas dessa magnitude é a reafirmação da Reforma Sanitária⁴.

Mesmo com esse cenário caótico no setor saúde, protagonizado nos dias de hoje por um governo considerado ilegítimo e por aspectos históricos que apontam a privatização do direito à saúde, tais ataques ao sistema não serão suficientes para destruí-lo. Em 2017, vários movimentos em defesa do SUS surgiram por iniciativa de profissionais da saúde e de instituições do setor⁵.

Assim, este estudo reflete sobre a criação do SUS e os atuais ataques a esse direito à saúde, além de pensar caminhos para seu fortalecimento e sua manutenção.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo, do tipo análise crítico-reflexiva, que utiliza dados históricos acerca do processo político e sanitário, desde o Brasil Colônia até a formação e criação do SUS. Em contrapartida, os acontecimentos da atualidade indicam um possível desmonte desse sistema, assim, elencam-se processos políticos, de direitos populares e possíveis caminhos para sua manutenção. A análise crítico-reflexiva possibilitou a identificação de três categorias temáticas para pautar o estudo: a) Resgate histórico do cenário político e sanitário brasileiro; b) Conquista de um sistema de saúde popular; e c) Ataques ao Sistema Único de Saúde e meios para fortalecê-lo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para analisar os aspectos que enfraquecem o SUS, mesmo com sua natureza de direito constitucional, mostra-se necessário discutir o tipo de compreensão da saúde pública envolvido e quais são suas transformações ao longo da história do país. Após essa análise inicial, os processos políticos, os direitos populares e os caminhos para a manutenção desse sistema são identificados e elencados. A discussão do setor saúde em termos políticos e sociais demanda compreensão dos diferentes contextos abrangidos

pelo tema ao longo dos anos no Brasil.

Resgate histórico do cenário político e sanitário brasileiro

Do Brasil Colônia ao Brasil Império, o entendimento de saúde e as práticas de assistência voltadas à saúde pública partiam da religiosidade predominante, que tinha jesuítas e pajés como protagonistas, e apresentavam reflexos da autoridade dos nobres – que consideravam a educação uma possível ameaça ao seu domínio social e procuravam interferir no processo saúde-doença da população.

A título de exemplo, a chegada da família real ao Brasil, em 1808, induziu mudanças no setor saúde, pois foram tomadas providências em relação à presença da corte portuguesa na Bahia, após a fuga de seu país motivada pela invasão das tropas de Napoleão Bonaparte. Surgiu a primeira escola médica e cirúrgica de Salvador e posteriormente veio a medicina social e a participação política, com ações de saneamento em locais de risco, como portos, hospitais e cemitérios⁶.

Nota-se permanente desinteresse na educação sanitária por parte do povo. Em 1904, o advento da Lei da Vacina Obrigatória, criada pelo médico sanitarista Oswaldo Cruz, gerou um dos maiores motins da história do Rio de Janeiro, conhecido como “A Revolta da Vacina” – o povo enfrentou o governo motivado por razões arbitrárias e sem buscar os devidos esclarecimentos⁷. Surgiram após esse período importantes nomes no setor saúde, como Carlos Chagas, incorporando a propaganda e a educação sanitária, e o deputado paulista Eloy Chaves, que criou as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) para os ferroviários, em 1923, protegendo-os em questões de doença e morte⁸.

A saúde pública seguiu como tema secundário na primeira república, marcada diretamente pela exportação de café no Sudeste, onde, desde o final

*...o principal
caminho [...] é
a reafirmação
da Reforma
Sanitária.*

do século XIX, a venda desse produto correspondia a 72,5% da receita. Isso obrigava o governo a tomar medidas sanitárias para impedir que os índices de mortalidade interferissem na atração e no contingente ativo de trabalhadores, sobretudo dos estrangeiros, que substituíram o trabalho escravo desde a abolição, em 1888⁹.

A vigilância de endemias e o saneamento de portos e do meio urbano assumem destaque como primeiras políticas públicas de saúde, por meio das quais o governo controlava enfermidades como febre amarela, varíola e peste bubônica, com medidas de higiene, vacinação, notificação de casos, isolamento de enfermos e eliminação de vetores. As deficiências da população em termos de noções de higiene eram notórias, o que levava as ações de saúde a assumir a forma de medidas impostas pelo governo em vez de medidas esclarecidas⁹.

O primeiro período getulista, de 1930 a 1945, foi marcado pela proposta de centralização política e administrativa e de verticalização das ações do Estado, com práticas de saúde pública voltadas principalmente a doenças como malária, lepra, febre amarela e tuberculose e estratégias como a divisão do país por regiões de saúde, com vistas à implementação e supervisão das medidas pertinentes por delegacias federais de saúde e a realização de conferências nacionais de saúde¹⁰.

Após o fim da Era Vargas, em 1945, veio um período de redemocratização que seguiu até 1964, em consequência do final da Segunda Guerra Mundial, resultando na Constituição de 1946, com eleições diretas, liberdade de imprensa e possibilidade de criação de agrupamento político e sindicato. Destaca-se no setor saúde a atuação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), criado em 1942, que proporcionava assistência médica aos trabalhadores que atuavam na produção de borracha na Amazônia. Criou-se o Ministério da Saúde (MS), que contava com sanitaristas para lidar com o cenário nacional de saúde, e o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), e havia reflexos da previdência social, como se observou no advento da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS)¹¹.

A ditadura militar, instaurada em 1964 em decorrência da estagnação política e social da época, logrou o chamado “milagre econômico” em sua primeira década, quando a saúde era mantida pelos recursos da previdência, levando à centralização dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

*...a saúde
deveria ser
tratada como
direito social.*

Em 1977 surgiu o Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (Sinpas) e, ainda, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps)¹².

Nesse cenário ditatorial, a saúde pública passou a ser movida por campanhas de baixa eficácia, em decorrência de ações conservadoras, marcadas pelo autoritarismo e pela privatização. Destaca-se o surgimento da medicina preventiva, inspirada no modelo dos Estados Unidos da América (EUA) de incluir cuidados preventivos nas ações médicas, porém, não se obteve resultados positivos no Brasil, devido a deficiências dessa abordagem diante da realidade sanitária do país¹².

Conquista de um sistema de saúde popular

O fim da ditadura e a abertura política, com o advento da Lei da Anistia e, sobretudo, a reorganização da imprensa, da sociedade e da oposição, deu origem à campanha conhecida como “Diretas Já”, propiciando o surgimento de uma nova democracia, com eleição indireta em 1985, que elegeu Tancredo Neves – que não chegou a assumir o poder devido à sua morte¹³.

Como marco da saúde, a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, aberta a toda a sociedade, discutiu 3 aspectos de extrema relevância: a) a saúde como direito; b) a reformulação do Sistema Nacional de Saúde (SNS); e c) o financiamento do setor. Isso resultou, no ano seguinte, na criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds)¹⁴.

Tais movimentos foram reflexos da chamada “Reforma Sanitária”, por conta de seus ideais e da concepção de que a saúde deveria ser tratada como direito social. Essa reforma teve ampla participação cidadã e de estudantes e profissionais da saúde, levando à formação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), em 1976, e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), em 1979, com relevante atuação em pontos sensíveis do setor, como a saúde coletiva¹⁵.

O ano de 1988 representou a concretização da saúde como direito universal, nos termos da Constituição Cidadã – originada do povo e para o povo, essa Carta Magna dispõe que as necessidades individuais ou coletivas de saúde devem ser consideradas prioridade pública e seu atendimento é uma das obrigações do Estado. A assistência universal e integral tem o propósito de disponibilizar serviços de saúde hierarquizados e descentralizados a toda a população brasileira¹⁶.

Como vistas a instituir o novo modelo de saúde e cumprir as normas da Constituição Federal de 1988, a Lei n. 8.080, de 20 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), foi promulgada para constituir o SUS, trazendo o conceito ampliado de saúde discutido na VIII Conferência Nacional de Saúde, pautado por princípios como universalidade, integralidade e equidade da assistência à saúde. O papel desse sistema envolve atuar: na assistência terapêutica integral; na assistência farmacêutica; no controle e na fiscalização de alimentos, água e bebidas para o consumo humano; e na formação de recursos humanos para o setor saúde. Há, ainda, outros aspectos representativos das necessidades de saúde do país¹⁷.

A Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, alinha-se aos ideais de participação da comunidade na gestão do SUS e dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. Estabelece os conselhos de saúde e confere legitimidade aos organismos de representação dos governos estaduais – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) – e municipais – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems)¹⁸.

Também se mostra necessário discutir as normas operacionais básicas (NOB). A primeira a ser instituída, NOB 93, teve por objetivo restaurar o compromisso de implantação do SUS, operacionalizar a municipalização (tornando os municípios gestores da saúde), implementar a deliberação acerca dos recursos fundo a fundo pela gestão semiplena em caráter regular e automático, instituir a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), em nível estadual, e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em nível federal, além de reduzir a atuação dos estados. Tais medidas beneficiam a população, pois ampliam o escopo decisório e descentralizam a gestão da saúde¹⁹.

Em 1996, a edição da NOB 96 representou avanços em termos de descentralização, redefinindo o papel

A participação popular emerge como pilar da formação do SUS.

dos estados e municípios no processo de gestão e caracterizando a responsabilidade sanitária direta ou de referência, com reorganização do próprio modelo de assistência. Isso conferiu aos municípios a responsabilidade da AB e instituiu o piso assistencial básico (PAB)²⁰.

Para garantir da participação da comunidade nas ações de saúde, a Lei n. 8.142/1990 fundou e estabeleceu os conselhos e as conferências de saúde, além das funções dos recursos financeiros. A participação popular emerge como pilar da formação do SUS, onde os conselhos de saúde devem ser compostos por 50% de cidadãos/usuários, 25% de trabalhadores, 25% de prestadores de serviços e representantes do governo, destinados a formular políticas e estratégias de saúde no país²¹.

Além dos conselhos, as conferências de saúde também contam com participação popular e devem ser realizadas a cada quatro anos, estimulando discussões pertinentes à saúde e contando com a representação dos mais variados segmentos sociais. Vale afirmar que a participação via controle social caracteriza um direito importante; as ações de vigilância e tomada de decisão, como se observa nos conselhos de saúde, garantem a promoção da saúde em caráter coletivo. Para tanto, o controle social demanda educação prévia dessa população, que às vezes não compreende seu papel social e não recebe subsídios para cumpri-lo²².

Ataques ao Sistema Único de Saúde e meios para fortalecê-lo

Em sentido inverso ao disposto na Constituição Federal de 1988, o Estado não tem cumprido seu papel no campo dos direitos sociais desde os anos 1990. Assim, surgiu a partir dos fundamentos do neoliberalismo a organização social da saúde (OSS), conhecida como “terceiro setor”, que visa à integração do sistema público e privado em um processo de terceirização regulamentado pela Lei n. 9.637/1998, qualificando entidades privadas como organizações sociais²³.

Como observou um estudo realizado em São Paulo, cidade pioneira na implantação desse tipo de gestão, sabe-se que, mesmo sem fins lucrativos, as entidades geridas pelas OSS têm: a) maior número de contratação de serviços para empresas com fins lucrativos, sem que haja necessidade de processos de licitação, fortalecendo a atenção privada à saúde; b) menor número de funcionários de serviço social, tornando a administração direta mais próxima da integralidade prevista no SUS; e c) maior gasto, em comparação à administração direta, já que entram como gasto tributário para o Estado, sendo este o contratante. Destarte, isso não caracteriza solução para a falta de acesso à saúde pública²⁴.

Além das OSS, há outras formas de saída da verba pública para ações privadas, como a organização da sociedade civil de interesse público (Oscip), as fundações estatais ou a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), caracterizando o processo de contrarreforma, que pode ser considerado uma forma de barrar os avanços sociais já conquistados, ou, partindo dos princípios neoliberais, um modo de preparar o país para um contexto global capitalista e competitivo²⁵.

O modelo capitalista brasileiro, associado ao desconhecimento da população sobre seus direitos, tem-se mostrado um campo facilitador do crescimento privado. Mediante tomadas de decisão como a EC n. 95, que reduz o teto de gastos para saúde diante de um cenário de financiamento precário, incentivou-se a propagação dos planos de saúde populares por investidores estrangeiros²⁶.

A privatização demonstra que o Estado se exime de ser o executor direto da prestação de serviços de saúde, estimulando a iniciativa privada e transferindo essa responsabilidade por meio da venda de estatais. Em consequência disso, a saúde é posta como mercadoria e alvo de lucro, com base no discurso da eficácia e efetividade viabilizadas por parcerias, porém, na realidade, os direitos sociais são lesados, como o acesso universal à assistência e o dever do Estado promover a saúde²⁵.

Desde o governo de Fernando Collor, neoliberalista com ideias contrárias ao SUS, até o atual governo de Michel Temer, considerado ilegítimo, mantém-se o *subfinanciamento*, desse sistema, haja vista que os sistemas universais de saúde existentes no mundo demandam 70% do produto interno bruto (PIB) de seus países; no Brasil, isso se encontra por volta de 48,2%. Quando se compara ao sistema privado, este investe mais da metade do valor *per capita* investido

Além das OSS, há outras formas de saída da verba pública para ações privadas...

pelo SUS e ainda conta com a redução do imposto de renda, produzindo seu crescimento, que, associado ao aumento da dívida pública, afeta diretamente direitos sociais como a saúde²⁷.

A incompreensão de que o financiamento no setor saúde é inadequado nos leva a acreditar fielmente no processo de desmonte do SUS, associado a aspectos que interferem na arrecadação do Estado, com consequentes efeitos na legislação, como: a) a Lei n. 13.097/2015, que permite a entrada de capital estrangeiro na saúde; b) a aprovação da PEC n. 241/55, que congela gastos em saúde e na educação pelos próximos 20 anos, sob um regime fiscal que compromete a continuidade desse sistema; e c) a EC n. 93/2016, que fragiliza a seguridade social e altera as condições de trabalho².

Diversas medidas foram tomadas desde a criação do SUS em relação ao seu investimento, como ocorreu em 2000, com a EC n. 29, que define percentuais para a aplicação mínima de recursos nas ações e nos serviços de saúde. Em 2015, a EC n. 86 vinculou o cálculo a um percentual da receita corrente líquida (RCL). E, tratando mais especificadamente da aprovação da PEC n. 241/55 para a EC n. 95/2016, sancionada em 2017, há dependência da continuidade de estabilidade das finanças públicas, podendo ser alterada uma vez a cada mandato presidencial, o que afeta o bem-estar social e a eficiência da própria economia²⁸.

Outro aspecto negativo da EC n. 95/2016 em relação ao direito à saúde é o fato de que o crescimento populacional em 20 anos, com aumento da população idosa, não implica maior destinação de recursos para a saúde – independente do crescimento do PIB. Denota-se que as classes sociais mais baixas serão mais afetadas e que, mesmo com a criação de “planos de saúde populares”, o direito à saúde, assim como outros direitos, sofrerá impacto com o desmonte do Estado social, tendo como principal representante o SUS, em direção ao Estado mínimo, representado pelos pensamentos neoliberais contidos nos diplomas legais apresentados²⁹.

Para agravar o processo de desmonte do SUS, a nova revisão da PNAB, com ênfase no modelo biomédico e medicalizador, retirando os agentes comunitários de saúde (ACS) para atuação com auxiliares ou técnicos de enfermagem, demonstra que o cuidado à saúde se volta à execução de procedimentos e não ao contexto social em amplo espectro. Ademais, observa-se fragilização da educação e da promoção em saúde, assim como das formas flexíveis de contratação em um cenário de insegurança para os profissionais da saúde, dentre outros pontos que se mostram cruciais para a desconstrução de avanços como a AB²⁹.

CONCLUSÃO

Pode-se dizer que existem duas versões diferentes de Brasil e que estes diferem imensamente em termos de igualdade social e econômica, bem como de segurança e privilégios trazidos pela política dominada por homens, brancos e empresários, que, de modo descabido insistem em manter uma mentalidade anacrônica. Trata-se de um país do futuro que não se atualiza. Mesmo com o intuito de universalidade, o que se observa é dicotomia entre o proposto e o efetivado. Desse modo, a esperança recai sobre a sociedade civil para a defesa do SUS, da democracia e dos direitos adquiridos.

A importância dos movimentos sociais suprapartidários, desde a Reforma Sanitária até os dias atuais, e o avanço da privatização tornam ainda mais urgente a necessidade de defesa dos direitos sociais e a participação popular nas políticas públicas, com vistas ao aperfeiçoamento do modo de financiar e à compatibilidade com as demandas sociais, além dos processos de gestão.

A revitalização do movimento sanitário se mostra o caminho de escolha, assim como sua ligação a outros movimentos que lutam por direitos adquiridos. Apontam-se, aqui, ações e medidas de sustentação do sistema que visam a impedir o governo de custear planos privados de saúde para servidores públicos e trabalhadores estatais, além do corte de isenção de imposto de renda para os que

pagam planos privados. Ademais, um financiamento adequado que reordene os gastos da desoneração fiscal ou da bolsa-empresário para fins de políticas sociais e de infraestrutura e a revogação da EC n. 95, bem como as reformas de gestão e de política de pessoal no setor saúde, dentre outros aspectos, assumem papel de destaque.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Fernanda Thayná de Souza Pinheiro contribuiu com a realização da pesquisa, o delineamento do estudo e a redação do manuscrito. **Natália Bastos Ferreira Tavares, Aretha Feitosa de Araújo e João Paulo Xavier Silva** contribuíram com a redação e revisão crítica do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Silva RS. O entendimento do direito à saúde: uma abordagem dos usuários do SUS no Distrito Federal. Cadernos Ibero-americanos de Direito Sanitário [serial on the internet]. 2015 [cited 2018 Dec 11];4(3):56-74. Available from: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/156/364>
2. Mendes A. Junqueira V. O capitalismo contemporâneo e sua crise e os embates para o financiamento e o trabalho em saúde no Brasil. Trabalho & Saúde. 2017;16(42):5-9.
3. Duarte E, Eble LJ, Garcia, LP. 30 anos do Sistema Único de Saúde. Epidemiol Serv Saúde [serial on the internet]. 2018 [cited 2018 Dec 11];27(1). Available from: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742018000100001
4. Campos GWSA. A defesa do SUS depende do avanço da reforma sanitária. Interface Comun Saúde Educ [serial on the internet]. 2018 [cited 2018 Dec 11];22(64):5-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v22n64/1807-5762-icse-22-64-0005.pdf>
5. Santos NR. Desmonte do SUS vai provocar desastre social no país [document on the internet]. 2016 [cited 2018 Dec 11]. Available from: http://www.adunicamp.org.br/wp-content/uploads/2016/10/sus_final_site.pdf
6. Da Silva MC. Brasil: o sentido da colonização e a transição do trabalho escravo para o trabalho assalariado no âmbito da acumulação primitiva. Revista Urutágua [serial on the internet]. 2013 [cited 2018 Dec 11];(29):84-98. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/Urutagua/article/view/18888/12002>

*...a esperança
recai sobre
a sociedade
civil...*

7. Sevcenko N. A revolta da vacina: mentes insanas em corpos rebeldes. São Paulo: Cosac Naify; 2014.
8. De Castro CAP, Lazzari, JB. Manual de direito previdenciário. Rio de Janeiro: Forense; 2000.
9. Finkelman J. Caminhos da saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2002.
10. Hochman G. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). Educ Rev [serial on the internet]. 2005 [cited 2018 Dec 11];(25):127-41. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/er/n25/n25a09.pdf>
11. Pinto T. República Populista (Quarta República) [document on the internet]. [date unknown] Available from: <https://brasilescola.uol.com.br/historiab/republica-populista-1945-1964.htm>
12. Escorel S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizers. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2008. p. 385-434.
13. Fico C. Ditadura militar brasileira: aproximações teóricas e historiográficas. Tempo e Argumento [serial on the internet]. 2017 [cited 2018 Dec 11];9(20):5-74. Available from: <file:///D:/9332-31760-1-PB.pdf>
14. Brasil. Relatório final: 8ª Conferência Nacional da Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1986.
15. Telles MWP, Teixeira CF. Movimento sindical e reforma sanitária brasileira: propostas da CUT para a saúde no período 1981-1991. Saúde Debate [serial on the internet]. 2017 [cited 2018 Dec 11];41(Spec):34-44. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe3/0103-1104-sdeb-41-spe3-0034.pdf>
16. Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado; 1988.
17. Araujo GBF, Miranda LO, Nolêto IRDSG, Aguiar WJL, Melo Moreira A, Freitas DRJ. Comparação entre o sistema de saúde brasileiro e o sistema de saúde português: análise geral. Sanare (Sobral, Online) [serial on the internet]. 2017 [cited 2018 Dec 11];16(2):14-21. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1173/634>
18. Gil CRR, Luiz IC, Gil MCR. Gestão pública em saúde: contexto de implantação e aspectos organizacionais da gestão do SUS. São Luís: Ed. UFMA; 2016.
19. Carvalho ALBD, Jesus WLAD, Senra IMVB. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. Ciênc Saúde Colet [serial on the internet]. 2017 [cited 2018 Dec 11];(22):1155-64. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1155.pdf>
20. Braga MH, Matos RGD, Braga CS, Moreira LM. Políticas de saúde no Brasil: uma visão baseada nas normas reguladoras editadas no período de 1990 a 2010. HU Rev [serial on the internet]. 2013 [cited 2018 Dec 11];39(3-4):45-54. Available from: <file:///D:/2111-12862-1-PB.pdf>
21. Lima DF, Lima LA. O controle social no Sistema Único de Saúde: um olhar crítico à Resolução n. 453/2012. Saúde Debate [serial on the internet]. 2017 [cited 2018 Dec 11];41(115):1168-76. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n115/0103-1104-sdeb-41-115-1168.pdf>
22. Gadelha P. Conferência Nacional de Saúde: desafios para o país. Cad Saúde Pública [serial on the internet]. 2015 [cited 2018 Dec 11];(31):2047-58. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n10/0102-311X-csp-31-10-2047.pdf>
23. Morais HMM, Albuquerque MSV, Oliveira RS, Cazuzu AKI, Silva NAS. Organizações sociais da saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. Cad Saúde Pública [serial on the internet]. 2018 [cited 2018 Dec 11];34(1):e00194916. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n1/1678-4464-csp-34-01-e00194916.pdf>
24. Pilotto BS, Junqueira V. Organizações sociais do setor de saúde no Estado de São Paulo: avanços e limites do controle externo. Serv Soc Soc [serial on the internet]. 2017 [cited 2018 Dec 11];(130):547-63. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n130/0101-6628-sssoc-130-0547.pdf>
25. Machado TTL, Santana TLT. A privatização da saúde e a contrarreforma do estado: o processo de desmonte dos direitos sociais. II Congresso Internacional de Política Social e Serviço Social: Desafios Contemporâneos; 4-7 Jul 2017; Londrina, BR. Anais.
26. Celuppi IC, Ferreira J, Marques BL, Oliveira MC, Geremia DS, Almeida ME. Incentivos e tendências à privatização do SUS: como vamos defender o sistema público e universal? I Congresso Internacional de Políticas Públicas de Saúde; 6-8 Dec 2017; Chapecó, BR. Anais.
27. Reis AAC, Sôter APM, Furtado LAC, Pereira SS. Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. Saúde Debate [serial on the internet]. 2016 [cited 2018 Dec 11];40(Spec):122-35. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40nspe/0103-1104-sdeb-40-spe-0122.pdf>

28. Saraiva AM, Pereira RAC, Gomes JWF, Bezerra AR, Lúcio FGC. Reformas fiscais no Brasil: uma análise da EC 95/2016 (Teto dos Gastos) [document on the internet]. 2016 [cited 2018 Dec 11]. Available from: https://www.anpec.org.br/sul/2017/submissao/files_I/i6-a98a1ed326e0fa20410c37b201d6d785.pdf

29. Morosini MVGC, Fonseca, AF. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas? Cad Saúde Pública [serial on the internet]. 2017 [cited 2018 Dec 11];33(1):e00206316. Available from: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2017.v33n1/e00206316>

FISIOTERAPIA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

PHYSICAL THERAPY IN THE FAMILY HEALTH MULTIPROFESSIONAL RESIDENCY PROGRAM: EXPERIENCE REPORT

FISIOTERAPIA EN EL PROGRAMA DE RESIDENCIA MULTIPROFESIONAL EN SALUD DE LA FAMILIA: INFORME DE EXPERIENCIA

Ana Mayara Barros Oliveira ¹

Natasha Teixeira Medeiros ²



RESUMO

Os programas de residência multiprofissional em saúde estimulam competências e habilidades para ações de atenção, assistência e gestão em saúde. Este artigo descreve a experiência de uma fisioterapeuta residente em uma equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família (ESF). Trata-se de relato de experiência, com caráter retrospectivo e descritivo, realizado no biênio 2016-2017. Descrevem-se planejamentos e ações multidisciplinares junto às equipes de residentes e de profissionais do serviço de saúde nos três territórios contemplados, além de ações específicas de protocolos fisioterapêuticos na atenção básica, nos diversos ciclos da vida, voltadas à tríade ensino/serviço/comunidade. Conclui-se que a fisioterapia se inclui na atenção básica à saúde com atuação específica e em equipe, assumindo papel preventivo – de reabilitação e promoção da saúde. Estudos interprofissionais, em diferentes realidades socioeconômicas e níveis de saúde, tendem a contribuir com a formulação de protocolos para ampliar as ações fisioterapêuticas em saúde.

Palavras-chave:

Residência; Atenção Básica; Fisioterapia.

Keywords:

Residency; Primary Health Care; Physical Therapy.

Palabras clave:

Residencia; Atención Primaria de Salud; Fisioterapia.

Submetido:

27/03/2018

Aprovado:

30/09/2018

Autor(a) para Correspondência:

*Ana Mayara Barros Oliveira
R. Teresina, 58
Nova Parnaíba
Parnaíba (PI)
CEP: 64218-680
E-mail:
anamayara7@hotmail.com*

1. Fisioterapeuta. Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade Federal do Piauí (UFPI). Parnaíba (PI), Brasil.

2. Fisioterapeuta. Professora da UFPI. Parnaíba (PI), Brasil

ABSTRACT

Health care multiprofessional residency programs stimulate skills and abilities for health care, assistance, and management actions. This article describes the experience of a physical therapist as a resident in a multiprofessional team of the Family Health Strategy (FHS). This is an experience report, with a retrospective and descriptive nature, conducted in the biennium 2016-2017. Multidisciplinary plans and actions along with the teams of residents and practitioners at the health service in the three territories concerned are described, as well as specific actions of physical therapy protocols in primary health care, in the various life cycles, aimed at the triad teaching/service/community. It is concluded that physical therapy is included in primary health care by means of specific and team-based work, playing a preventive role – aimed at health rehabilitation and promotion. Interprofessional studies, at various socioeconomic contexts and health care levels, tend to contribute to devising protocols in order to expand physical therapy actions in health care.

RESUMEN

Los programas de residencia multiprofesional en salud estimulan competencias y habilidades para acciones de cuidado, asistencia y gestión. Este artículo describe la experiencia de una fisioterapeuta residente en un equipo multiprofesional de la Estrategia Salud de la Familia (ESF). Este es un informe de experiencia, con carácter retrospectivo y descriptivo, realizado en el bienio 2016-2017. Se describen planes y acciones multidisciplinarios junto con los equipos de residentes y de profesionales del servicio de salud en los tres territorios en cuestión, así como las acciones específicas de protocolos fisioterapéuticos en la atención primaria de salud, en los diversos ciclos de la vida, dirigidas a la tríada enseñanza/servicio/comunidad. Se concluye que la fisioterapia se incluye en la atención primaria de salud mediante trabajo específico y en equipo, jugando un papel preventivo – dirigido a la rehabilitación y promoción de la salud. Estudios interprofesionales, en diferentes realidades socioeconómicas y niveles de atención de salud, tienden a contribuir a la formulación de protocolos para expandir las acciones fisioterapéuticas en salud.

INTRODUÇÃO

Os programas de residência multiprofissional em saúde, desde sua criação pelo Ministério da Saúde, em 2002, favorecem a formação qualificada de jovens profissionais da saúde, não médicos, para atuação no Sistema Único de Saúde (SUS)¹. Trata-se de uma modalidade de pós-graduação *lato sensu* que tem por finalidade a formação coletiva em serviço, mediante acompanhamento e supervisão, com vistas a qualificar profissionais comprometidos com os princípios e as diretrizes de integralidade do cuidado no âmbito do SUS²⁻³.

Os programas de residência multiprofissional em saúde proporcionam aos residentes habilidades e especialidades específicas, estimulando competências para ações de atenção, assistência e gestão em saúde⁴. Seu caráter multidisciplinar possibilita uma relação recíproca entre as diversas intervenções técnicas e a interação entre profissionais de diferentes áreas, facilitando a resolução de problemas à medida que agrupa vários saberes com um mesmo objetivo. Isso proporciona um olhar minucioso e promove a aplicação dos

conhecimentos específicos necessários para a resolução dos problemas de saúde da população⁵.

A abrangência e ampliação do escopo das ações desenvolvidas na atenção básica à saúde decorrem das atividades desenvolvidas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), apoiadas por equipes multiprofissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB)⁶ no qual o fisioterapeuta está inserido⁷.

Especificamente em relação a esse aspecto, a inclusão do fisioterapeuta em programas de atenção básica na rede pública de saúde se mostra relevante, em virtude das contribuições que esse profissional pode trazer à população. Com formação clínica generalista e capacidade de atuar em todos os níveis de atenção à saúde, ele não se restringe a ações curativas ou reabilitadoras, podendo atuar em programas de prevenção de doenças ou promoção da saúde⁸.

Assim, este artigo descreve a experiência de uma fisioterapeuta residente em uma equipe multiprofissional da ESF, com atividades realizadas no biênio 2016-2017.

METODOLOGIA

Este estudo constitui um relato de experiência, de caráter retrospectivo e descritivo, com atividades realizadas no biênio 2016-2017.

O Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família (PRMAB/SF) da Universidade Federal do Piauí (UFPI) teve início em março de 2016, no *Campus* Ministro Reis Velloso, em Parnaíba-PI, contemplando as seguintes categorias profissionais: Enfermagem; Farmácia; Fisioterapia; e Psicologia. Sua primeira turma foi composta por 12 residentes, distribuídos em 3 equipes com 1 representante de cada área.

O PRMAB/SF decorreu da integração ensino/serviço/comunidade, viabilizada pela parceria entre a UFPI e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Parnaíba. As equipes de residentes têm 40 horas em serviço e 20 horas de atividades teóricas, cumprindo uma carga horária de 60 horas semanais – a carga horária total do programa é de 5.760 horas (24 meses).

A cidade de Parnaíba se localiza no litoral do Piauí e tem uma população estimada em 145.705 habitantes⁹. O território se divide em 4 distritos de saúde, compostos por 41 equipes da ESF, distribuídas em 35 unidades básicas de saúde (UBS), e 4 equipes do Nasf-AB¹⁰ – todas com fisioterapeuta (7 no total). Segundo dados obtidos junto ao Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional do Piauí (Crefito 14), até 2017, o Piauí tinha 2.878 fisioterapeutas (232 em Parnaíba)¹¹.

Operacionalmente, cada equipe de residentes foi lotada em 3 UBS distintas, indicadas pela SMS, de modo que os residentes passaram a fazer parte das equipes de saúde, interagindo com os demais profissionais das equipes da ESF e do Nasf-AB.

Inicialmente, houve acolhimento dos residentes por parte dos professores, tutores e preceptores;

familiarização com a proposta da residência e os profissionais da rede de atenção básica do município; e visita às UBS de referência de alguns dos territórios, para que as equipes de residentes conhecessem as áreas de atuação. Em seguida, teve início o processo de territorialização nas áreas abrangidas pela UBS Tabuleiro (Módulo 25 – Bairro Tabuleiro), UBS João XXIII (Módulo 18 – Bairro João XXIII) e UBS Motorista Francisco Diassis (Módulo 33 – Bairro Planalto), para elaborar o plano de intervenção a partir da identificação das necessidades da população atendida.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A territorialização possibilita que se conheça a história da comunidade, compreendendo suas crenças, costumes e valores e fortalecendo, assim, a cultura popular local a partir dos atores sociais que protagonizam essa ação. Isso também abre a possibilidade de monitoramento das ações da equipe de saúde e a busca de parcerias intersetoriais e com outros segmentos da sociedade, o que favorece o controle das ações no território. A ESF deve conhecer os condicionantes de saúde da área, bem como identificar os riscos e as vulnerabilidades de grupos, famílias e pessoas¹².

Para a territorialização, acompanhamos de perto o trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS), um importante elo entre a comunidade e o serviço de saúde. Com o auxílio dos ACS, conhecemos os principais dispositivos sociais dos bairros e realizamos visitas domiciliares e rodas de quarteirão em locais aleatórios da área, com o intuito de colher informações sobre a comunidade, levantando suas dificuldades e potencialidades para planejar as ações no do território.

A comunidade pôde tirar dúvidas e expressar sua opinião, possibilitando que os membros da equipe de residentes compreendessem a realidade social e o processo saúde-doença a partir do olhar e dos sentimentos dos moradores. O modo como as pessoas convivem no território além de seu acesso ao serviço de saúde, seus problemas mais prevalentes e o que esperam de melhorias em termos de saúde e para o bairro como um todo desperta um olhar com empatia diante das informações para que as ações planejadas possam suprir as necessidades identificadas.

A territorialização possibilitou caracterizar a população e seus problemas de saúde, construir o diagnóstico situacional dos territórios e pôr em

*A territorialização
possibilita que se
conheça a história da
comunidade...*

prática os planos de intervenção de acordo com as necessidades encontradas, assim como fortalecer o vínculo entre a equipe de saúde e a população adscrita. Os encontros proporcionaram estreitamento das relações e maior interação entre os sujeitos. O fortalecimento do vínculo entre profissionais e usuários trouxe maior confiança, favorecendo a produção do cuidado e a melhora da qualidade da atenção.

Para a efetividade das ações em saúde e o direcionamento das atividades, mostra-se importante identificar os determinantes sociais que influenciam os fatores de adoecimento da população. Os determinantes sociais em saúde correspondem a situações de vida e trabalho dos indivíduos e grupos relacionados com sua condição de saúde, considerando os aspectos sociais, econômicos, culturais étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciaram a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população¹³. Essa identificação foi possível por meio do processo de territorialização e do conhecimento das demandas que chegam à UBS.

Na realidade vivenciada, as equipes da ESF eram formadas por médico, enfermeiro, auxiliar e técnico de enfermagem, odontólogo, auxiliar de consultório dentário, técnico em higiene bucal, atendente social e ACS, sendo que as outras categorias profissionais contempladas pelo PRMAB/SF, como fisioterapeuta e psicólogo, estavam inseridas apenas na equipe do Nasf-AB e o farmacêutico não estava incluído nessas equipes.

Observou-se em todas as UBS que as equipes de saúde priorizavam as ações curativas e atendimento das demandas do dia, não valorizando as atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, alegando falta de tempo e excesso de trabalho. Mesmo sabendo da importância da realização dessas ações, os profissionais mostravam dificuldades para propor soluções que as viabilizassem.

Dentre os profissionais, apenas os ACS participavam das atividades desenvolvidas pelas residentes. Assim, tornou-se um desafio compartilhar nossos conhecimentos e experiências, trazer novas perspectivas de trabalho, diferentes daquelas do cotidiano das equipes, e convencer os profissionais da saúde a abraçar nossas propostas. A inclusão dos residentes nas equipes da ESF ampliou o escopo dos serviços ofertados, fortalecendo as ações com ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças, e sua maior disponibilidade nas UBS

*...tornou-se um desafio
compartilhar nossos
conhecimentos e
experiências...*

favorece o acompanhamento e a solução dos casos atendidos.

Para efetivar o cuidado integral em saúde e a interdisciplinaridade das ações, garantindo a interação entre vários conhecimentos técnicos e específicos, contar com uma equipe multiprofissional é fundamental. A cooperação entre diversos indivíduos detentores de diferentes saberes abre espaço para soluções ou propostas de intervenção, as quais não poderiam ser produzidas por qualquer profissional de modo isolado. A multiprofissionalidade surge como uma estratégia de reorganização dos serviços de saúde, focada na prática integrada entre diversos profissionais, visando a um atendimento integral capaz de sintonizar toda a complexidade envolvida no processo de cuidado à saúde¹⁴.

O fisioterapeuta encontra, ainda, certa dificuldade de inserção nas equipes da ESF devido a seu histórico de profissional reabilitador, cuja formação tem pouca ênfase em saúde da família. Sua participação na equipe é relevante para o esclarecimento da profissão não apenas em termos de sua função reparadora, com foco na assistência individual, mas também quanto à sua função resolutive na saúde funcional, por meio de ações preventivas¹⁵.

A inclusão do fisioterapeuta nas equipes da ESF via residência possibilita a desmistificação de seu estigma de tratador/reabilitador diante dos demais profissionais da saúde e dos usuários dos serviços. A experiência de trabalho em equipe multiprofissional, com intercâmbio de experiências interprofissionais e entre profissionais da saúde e sujeitos da comunidade proporciona um olhar diferente no cuidado à saúde, deixando de focar o atendimento individual e enxergando as potencialidades do atendimento coletivo.

As ações específicas da fisioterapia foram desenvolvidas por meio das atividades em grupo, visitas domiciliares, atendimento compartilhado e atendimento fisioterápico individualizado – quando necessário.

A proposição e formação de grupos de saúde era discutida com a equipe de acordo com as necessidades trazidas e as demandas locais. Os ACS ficavam responsáveis por divulgar e convidar a comunidade, porém, no início havia dificuldades em relação à participação e aderência do público-alvo, seja por falta de interesse, disponibilidade, horário, distância ou outros motivos. Várias foram as propostas de grupos de saúde. Alguns tiveram êxito e tornaram-se fixos, outros não tiveram continuidade por falta de adesão, mas mesmo assim insistíamos nas atividades, sempre adaptando e inovando as práticas de saúde para despertar o interesse da comunidade em participar dos encontros.

Em um dos bairros assistidos, uma das principais queixas da população era a distância da UBS de seu domicílio, o que dificultava o acesso e limitava a procura dos serviços a casos extremos. Nossa proposta foi levar os residentes até as comunidades, com a ajuda dos ACS, em dispositivos sociais bem localizados, como igrejas, ginásios, escolas ou as casas de moradores para atividades como medição de pressão arterial sistêmica e glicemia capilar, além de rodas de conversa para orientações de cuidado à saúde.

Primeiramente, destacam-se os grupos de gestantes, com encontros no dia da consulta de pré-natal. O foco das orientações fisioterápicas recaía sobre postura corporal, principais alterações corporais durante a gestação, preparo para o parto, cuidados nos períodos pré e pós-parto, exercícios para o assoalho pélvico, importância da prática de exercício físico a partir do segundo trimestre de gestação, quando não há contraindicações, alongamentos e exercícios de fortalecimento para evitar dores articulares, câibras e edemas. Ao final das orientações eram realizados exercícios respiratórios, alongamentos e exercícios de relaxamento e fortalecimento¹⁶.

Em segundo lugar, os grupos de idosos tinham o propósito de despertar o interesse dos usuários

no autocuidado, por meio de medidas educativas e atividades dinâmicas de interação. Mesmo sendo a proposta inicial a formação de grupos terapêuticos voltados aos idosos, também houve participação de adultos jovens, com predomínio do sexo feminino.

Antes das atividades ocorria a medição da pressão arterial sistêmica e uma roda de conversa, conduzida cada dia por uma das profissionais da saúde, com algum tema pertinente sobre cuidado à saúde. As atividades práticas ficavam sob a responsabilidade da fisioterapeuta residente.

Essas atividades consistiam em jogos, danças, circuitos funcionais, exercícios para memória e concentração, alongamentos e práticas corporais com auxílio de recursos simples e de fácil aquisição, como bolas, bastões, balões, bambolês e garrafas PET, entre outros.

As práticas propostas buscavam trabalhar os aspectos físicos, motores, mentais, sociais e afetivos, valorizando o desenvolvimento integral de habilidades e capacidades e estimulando a adoção de hábitos de vida saudável e um estilo de vida fisicamente ativo. Os grupos tinham o objetivo de promover a construção do autocuidado, gerar autonomia e estabelecer vínculos com a comunidade, pautados em troca de saberes, monitoramento e acompanhamento das condições clínicas, com consequente melhora da qualidade de vida¹⁷.

Além das atividades coletivas, também houve escuta e acolhimento individual desses usuários, identificando as demandas e realizando os devidos encaminhamentos, além do convite para que a população frequentasse a UBS e conhecesse os serviços disponíveis.

Os temas das atividades eram definidos de acordo com a necessidade da população local, abordando os diferentes ciclos da vida.

Em termos de saúde da criança, o foco recaiu sobre cuidado com a higiene íntima, prevenção e tratamento de verminoses e parasitoses e orientações para evitar e tratar doenças respiratórias.

As ações voltadas à saúde da mulher enfocaram a importância da realização de exames preventivos, cuidado com a saúde íntima, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST), planejamento familiar, orientações sobre disfunções sexuais e alterações de funções, como incontinência urinária.

Na saúde do homem, a atenção se voltou a prevenção de IST, prevenção do câncer de próstata, promoção da saúde e importância da realização de consultas periódicas, visto que esse público costuma

*Os temas das
atividades eram
definidos de acordo
com a necessidade da
população local...*

cuidar menos de sua saúde e visitar as UBS com menos frequência.

Foram realizadas ações do HiperDia, que instrumentaliza a prática de atendimento aos usuários hipertensos e/ou diabéticos e gera informações de acordo com faixa etária, sexo, medicamentos utilizados e acompanhamento da pressão arterial sistêmica¹⁸⁻¹⁹, com orientações sobre cuidados com alimentação, importância da prática de exercício físico, cuidado com o pé diabético, uso racional de medicação e importância do monitoramento da pressão arterial sistêmica e glicemia.

Na saúde do idoso, as ações foram voltadas a orientações sobre prevenção de quedas e incapacidades, cuidados com articulações, alterações do envelhecimento, atividades lúdicas de concentração e memória.

No início, as atividades tinham o formato de palestra educativa, porém, constatou-se a necessidade de utilizar recursos como música, confecção de cartazes, exposição de objetos, jogos e práticas corporais para adotar atividades mais dinâmicas que despertassem o interesse e a interação dos usuários. As rodas de conversa dentro dos territórios constituíam uma oportunidade para o fortalecimento de vínculo entre a equipe e a comunidade, pois havia maior aproximação, com contato mais próximo e a quebra do padrão de atendimento individual dentro do consultório.

No ambiente das UBS ocorriam abordagens nas salas de espera com os usuários que estavam aguardando consulta médica ou de enfermagem. As dinâmicas e os temas eram definidos de acordo com a demanda de atendimentos do dia e articulados previamente com a equipe da ESF durante as reuniões de planejamento mensal.

O acolhimento nas salas de espera tem o objetivo de garantir um cuidado humanizado, proporcionando aproximação cada vez maior entre a comunidade e os serviços de saúde. Os profissionais têm a oportunidade de adotar ações que extrapolam o cuidado, proporcionando melhora da qualidade de atendimento, garantindo melhor acolhimento aos usuários, estabelecendo vínculos e amenizando o desgaste físico e emocional associado ao tempo de espera por qualquer atendimento²⁰. Deve-se ter um espaço adequado para compartilhamento e troca de experiências entre profissionais da saúde e usuários. Os profissionais da saúde assumem a função de facilitadores do processo em vez da postura de detentores do saber.

As visitas domiciliares sempre ocorriam com mais de um residente, além das atividades coletivas e individuais anteriormente descritas, para que houvesse uma visão ampliada acerca da condição de saúde do usuário e da família, não se limitando ao motivo que levou o ACS a solicitar a visita. A maioria das visitas identificou demandas em mais de um membro da família, o que possibilitou uma atenção integral para cada sujeito da comunidade e o fortalecimento de vínculo com toda a família, além de favorecer a compreensão de aspectos importantes da dinâmica das relações familiares.

A visita domiciliar proporciona ao profissional a oportunidade de conhecer o espaço da família e identificar suas necessidades e potencialidades. Busca ampliar a visão das condições reais de vida da família, a interação entre os familiares, os costumes e as crenças, o que torna a experiência enriquecedora para todos os envolvidos²¹.

Nas visitas domiciliares, as ações da fisioterapeuta residente envolviam pessoas com restrição de mobilidade ou acamadas e orientações para seus cuidadores domiciliares, solicitação de cadeiras de rodas, cadeiras de banho e/ou órteses para auxílio de marcha. Quando necessário, o atendimento domiciliar tinha acompanhamento semanal ou diário (fisioterapia respiratória e/ou motora). Quando se constatou a necessidade de acompanhamento por serviço especializado, o encaminhamento era solicitado ao médico após discussão do caso clínico junto à equipe da UBS.

Nos atendimentos fisioterapêuticos realizados na UBS houve predomínio de crianças hipersecretivas, encaminhadas por profissionais da própria equipe após visitas domiciliares.

As manobras e intervenções cinesioterápicas, realizadas no ambiente da UBS, envolveram a aplicação de técnicas convencionais (drenagem postural, vibração manual ou mecânica, percussão e padrões ventilatórios), a fim de remover secreção brônquica, otimizar a ventilação pulmonar e melhorar o padrão respiratório da criança, também podendo

*Deve-se ter
um espaço
adequado para
compartilhamento
e troca de
experiências...*

utilizar recursos lúdicos, como bola de sabão, apito, língua de sogra, para facilitar a aceitação do tratamento²². Os casos mais complexos eram encaminhados a serviço especializado de média ou alta complexidade.

Junto à enfermagem foram realizadas consultas compartilhadas de puericultura, auxiliando a avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor das crianças. No HiperDia, buscou-se contribuir com avaliação e orientações, como prática de exercício físico, alimentação, monitoramento da glicemia e da pressão arterial sistêmica e cuidado com o pé diabético. Em muitos atendimentos foram identificados casos de pacientes com uso irracional de medicação, sendo solicitado acompanhamento da residente farmacêutica para as orientações medicamentosas adequadas.

Outras vivências, em que as consultas compartilhadas proporcionaram um olhar ampliado ao estado de saúde do usuário e maior efetividade nos casos acompanhados, ocorreram nas consultas de prevenção do câncer de colo uterino, para esclarecer as mulheres acerca dos músculos do assoalho pélvico e detectar casos de disfunção dessa musculatura. Durante as avaliações foram identificados muitos casos de incontinência urinária e prolapso uterino, sendo adotadas as devidas orientações, além da prescrição de exercícios para fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico e da solicitação de retorno para acompanhamento da efetividade do tratamento²³.

A incontinência urinária constitui um problema de saúde pública com grande incidência entre as mulheres, sendo pouco relatado pelas usuárias devido ao constrangimento durante a consulta e a falta de questionamento por parte dos profissionais da saúde²⁴, sendo observado durante os atendimentos. A assistência fisioterapêutica por meio de uma abordagem educacional, que inclui informações sobre o funcionamento e fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico e a prescrição de exercícios específicos, mostra-se eficaz como tratamento para pacientes com disfunção uroginecológica, visto que durante muito tempo as ações cirúrgicas e medicamentosas foram a base do tratamento da incontinência urinária²³.

O trabalho, junto às equipes multiprofissionais de atenção básica à saúde, proporcionou a vivência de um espaço de troca de saberes, compartilhamento de conhecimentos e experiências únicas. Esse tipo de vivência não faz parte da formação em nível de

...as consultas compartilhadas proporcionaram um olhar ampliado...

graduação e facilita a compreensão de que o cuidado à saúde transcende a consulta no consultório, exigindo dos profissionais da saúde, além do conhecimento técnico inerente à sua área de atuação, a capacidade de lidar com as diferenças e o comprometimento com a adoção de novas práticas e processos no setor saúde.

A integração ensino/serviço/comunidade na formação de recursos humanos em saúde prevê a capacitação de profissionais aptos para o trabalho em equipe, com ênfase na integralidade do cuidado. A obtenção de experiência dentro dos serviços se mostra tão importante quanto a formação acadêmica dos profissionais da saúde²⁵.

A oferta de novos serviços, proporcionada pela inserção dos residentes nas UBS: a) permitiu que a comunidade desfrutasse de atendimentos especializados com maior facilidade; b) promoveu um contato mais próximo com os profissionais das equipes; e c) levou a maior participação dos usuários nas ações de prevenção de doenças e promoção da saúde.

Vale registrar que a adesão às ações de promoção da saúde por parte da comunidade e dos próprios profissionais da saúde foi crescente, na medida em que se observaram mudanças favoráveis e efetivas tanto em sua saúde física quanto mental, por meio de aprendizagem e adoção de novos hábitos e condutas no cuidado à saúde, favorecendo a conscientização pessoal acerca do processo de produção da saúde e da qualidade de vida.

O trabalho junto às equipes da ESF trouxe, além da experiência de trabalho em equipe, a oportunidade de conhecer melhor as inúmeras possibilidades de atuação do fisioterapeuta e de apresentá-las aos usuários dos serviços e aos demais profissionais da saúde. Destaca-se a importância do interesse dos usuários nas atividades propostas, da evolução dos casos individuais e da melhora dos aspectos clínicos dos grupos acompanhados, além do aumento da procura pelos serviços de fisioterapia dentro das

UBS, do encaminhamento de outros profissionais e do reconhecimento de todos acerca da importância da inclusão do fisioterapeuta nas equipes da ESF.

CONCLUSÃO

A vivência descrita neste artigo indica que a atuação do fisioterapeuta na atenção básica com ênfase em saúde da família e comunidade contempla a tríade ensino/serviço/comunidade em todos os ciclos da vida, com ações interprofissionais em distintos territórios com as mais diversas demandas de atenção e cuidado à saúde, tanto por meio de trabalho em equipe quanto de procedimentos específicos de protocolos fisioterapêuticos.

A continuidade de atividades exitosas e a operacionalização de serviços pautados nos princípios de referência e contrarreferência demandam fortalecimento por parte tanto dos profissionais da saúde como da própria comunidade.

O registro de experiências como essa corrobora os princípios e as diretrizes de integralidade do cuidado no âmbito do SUS, sob a perspectiva da promoção da saúde, da prevenção de doenças e agravos e da cura e reabilitação em nível primário, ajudando os profissionais da saúde envolvidos a ampliar seu olhar acerca das diversas formas de atuação.

As possibilidades identificadas nos programas de residência multiprofissional em saúde subsidiam o desenvolvimento de estudos multiprofissionais, realizados em diversas realidades socioeconômicas e nos vários níveis de atenção à saúde, contribuindo com a formulação de protocolos para ampliar as ações especializadas em saúde.

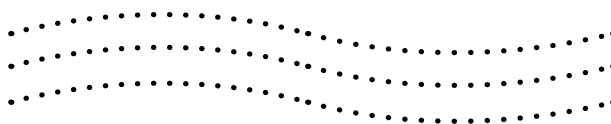
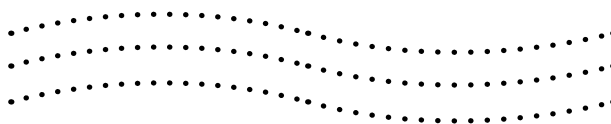
CONTRIBUIÇÃO DAS AUTORAS

Ana Mayara Barros Oliveira contribuiu com a realização da pesquisa, o delineamento do estudo e a redação do manuscrito. **Natasha Teixeira Medeiros** contribuiu com o delineamento do estudo e a redação e revisão crítica do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Costa ML, Silva RF, Lima VV, Ogata MN. Residência multiprofissional em saúde e o mundo do trabalho do fisioterapeuta. *Tempus* (Brasília) [serial on the internet]. 2016 [cited 2018 Nov 5];10(4):101-10. Available from: <file:///D:/2025-6858-1-PB.pdf>
2. Martins GDM, Caregnato RCA, Barroso VLM, Ribas DCP. Implementação de residência multiprofissional em saúde de uma universidade federal: trajetória histórica. *Rev Gaúch Enferm* [serial on the internet]. 2016 [cited 2018 Nov 5];37(3):1-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n3/0102-6933-rgenf-1983-144720160357046.pdf>
3. Casanova IA, Batista NA, Ruiz-Moreno L. Formação para o trabalho em equipe na residência multiprofissional em saúde. *ABCS Health Sci* [serial on the internet]. 2015 [cited 2018 Nov 5];40(3):229-33. Available from: <https://www.portalnepas.org.br/abcs/article/viewFile/800/695>
4. Soares RSA, Penna MA, Pinno C, Durgante VL, Saul AMR, Farão EMD, et al. Vivências de residentes enfermeiros no programa de residência multiprofissional em saúde. *Saúde* (Santa Maria) [serial on the internet]. 2017 [cited 2018 Nov 5];43(1):13-21. Available from: <https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/view/14826/pdf>
5. Castro SS, Cipriano Junior G, Martinho, A. Fisioterapia no Programa de Saúde da Família: uma revisão e discussões sobre a inclusão. *Fisioter Mov* [serial on the internet]. 2006 [cited 2018 Nov 5];19(4):55-62. Available from: <file:///D:/18794-38351-1-PB.pdf>
6. Brasil. Portaria GM n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União, Brasília* (2017 Sep 21); Sec 1.
7. Barbosa EG, Ferreira DLS, Furbino SAR, Ribeiro EEN. Experiência da fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. *Fisioter Mov* [serial on the internet]. 2010 [cited 2018 Nov 5];23(2):323-30. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/fm/v23n2/15.pdf>
8. Maia FES, Moura ELR, Madeiros EC, Carvalho RRP, Silva SAL, Santos GR. A importância da inclusão do profissional fisioterapeuta na atenção básica de saúde. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba* [serial on the internet]. 2015 [cited 2018 Nov 5];17(3):110-5. Available from: <http://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/16292/pdf>
9. Brasil. Censo 2010. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010.
10. Brasil. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018.
11. Brasil. Crefito 14. Teresina: Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional do Piauí; 2017.

12. Ramos MJM, Bezerra MIC, Paiva GM. Saúde, ambiente e qualidade de vida: reflexões da experiência da residência multiprofissional em saúde da família e comunidade de Fortaleza-CE. Cadernos ESP [serial on the internet]. 2013 [cited 2018 Nov 5];7(2):53-65. Available from: <http://www.esp.ce.gov.br/cadernosesp/index.php/cadernosesp/article/view/115/84>
13. Bosi MLM, Melo AKS, Carvalho LB, Ximenes VM, Godoy MGC. Determinantes sociais em saúde (mental): analisando uma experiência não governamental sob a ótica de atores implicados. Rev Bras Epidemiol [serial on the internet]. 2014 [cited 2018 Nov 5];(Suppl DSS):126-35. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17s2/pt_1415-790X-rbepid-17-s2-00126.pdf
14. Salvador AS, Medeiros CS, Cavalcanti PB, Carvalho RN. Construindo a multiprofissionalidade: um olhar sobre a residência multiprofissional em saúde da família e comunidade. Rev Bras Ciênc Saúde [serial on the internet]. 2011 [cited 2018 Nov 5];15(3):329-38. Available from: <file:///D:/10834-17191-1-PB.pdf>
15. Borges AMP, Salício VAMM, Gonçalves MANB, Lovato M. A contribuição do fisioterapeuta para o Programa de Saúde da Família – uma revisão da literatura. Uniciências. 2010;14(1):70-82.
16. Silva MAC, Chaves MA, Silva RSU. Grupo de gestante Pingo de Gente: uma experiência exitosa. South American Journal of Basic Education, Technical and Technological [serial on the internet]. 2018 [cited 2018 Nov 5];5(1):270-6. Available from: <http://revistas.ufac.br/revista/index.php/SAJEBTT/article/view/1658/1057>
17. Tolrá RC, Cordone RG, Arruda, BA, Souto ACF. Promoção da saúde e da qualidade de vida com idosos por meio de práticas corporais. Mundo Saúde [serial on the internet]. 2014 [cited 2018 Nov 5];38(2):159-68. Available from: http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/promocao_saude_qualidade_vida_idosos.pdf
18. Carvalho Filha FSS, Nogueira LT, Viana LMM. HiperDia: adesão e percepção de usuários acompanhados pela Estratégia Saúde da Família. Rev RENE [serial on the internet]. 2011 [cited 2018 Nov 5];12(Spec):930-6. Available from: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4380/3348>
19. Souza CS, Stein AT, Bastos, GAN, Pellanda LC. Controle da pressão arterial em hipertensos do programa HiperDia: estudo de base territorial. Arq Bras Cardiol [serial on the internet]. 2014 [cited 2018 Nov 5];102(6):571-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/abc/v102n6/pt_0066-782X-abc-102-06-0571.pdf
20. Rodrigues AD, Dallanora CR, Rosa J, Germani ARM. Sala de espera: um ambiente para efetivar a educação em saúde. Vivências: Revista Eletrônica de Extensão da URI [serial on the internet]. 2009 [cited 2018 Nov 5];5(7):101-6. Available from: http://www.reitoria.uri.br/~vivencias/Numero_007/artigos/artigos_vivencias_07/Artigo_13.pdf
21. Bezerra MIC, Lima MJMR, Lima YCP. A visita domiciliar como ferramenta de cuidado da fisioterapia na Estratégia Saúde da Família. Sanare (Sobral, Online) [serial on the internet]. 2015 [cited 2018 Nov 5];14(1):76-80. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/612/329>
22. David MLO, Ribeiro MAGO, Zanolli ML, Mendes RT, Assumpção MS, Schivinsk CIS. Proposta de atuação da fisioterapia na saúde da criança e do adolescente: uma necessidade na atenção básica. Saúde Debate [serial on the internet]. 2013 [cited 2018 Nov 5];37(96):120-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n96/14.pdf>
23. Marques KSF, Freitas PAC. A cinesioterapia como tratamento da incontinência urinária na unidade básica de saúde. Fisioter Mov [serial on the internet]. 2005 [cited 2018 Nov 5];18(4):63-7. Available from: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/fisio/article/view/18646/18064>
24. Gasparetto A, Pivetta HMF, Frigo LF, Braz MM, Padilha JF, Santos N, et al. Efeitos da fisioterapia com abordagem em grupo sobre a incontinência urinária feminina na atenção primária. Disciplinarum Scientia – Série: Ciências da Saúde [serial on the internet]. 2011 [cited 2018 Nov 5];12(1):59-70. Available from: <https://www.periodicos.unifra.br/index.php/disciplinarumS/article/viewFile/977/920>
25. Teixeira RC, Corrêa, RO, Silva, EM. Percepções dos discentes de terapia ocupacional sobre a experiência de integração ensino-serviço-comunidade. Cad Bras Ter Ocup [serial on the internet]. 2018 [cited 2018 Nov 5];26(3):617-25. Available from: <file:///D:/1952-10657-1-PB.pdf>



PREVENÇÃO DO CONSUMO DE DROGAS ENTRE ESCOLARES: RELATOS MEDIADOS PELA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

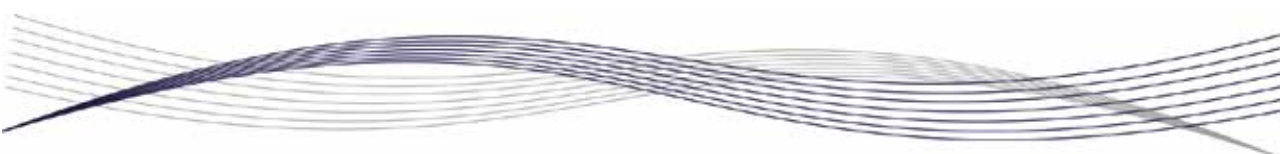
DRUG USE PREVENTION AMONG SCHOOL STUDENTS: REPORTS MEDIATED BY UNIVERSITY OUTREACH

PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS ENTRE ESCOLARES: INFORMES MEDIADOS POR LA EXTENSIÓN UNIVERSITARIA

Luciana Tolstenko Nogueira ¹

Alessandra Maria Cerqueira de Sousa ²

Matheus Veras Viana Portela ³



RESUMO

A extensão universitária é um dos pilares do Ensino Superior brasileiro, em virtude tanto da possibilidade de aproximação entre a universidade e a sociedade como da produção de conhecimento entre os extensionistas e o agrupamento social. Nesse contexto, é inquestionável o relevante papel da escola no desenvolvimento sadio dos alunos, já que contribui com a formação global do jovem e da sociedade. Este estudo abordou o tema drogas, no contexto escolar, sob a perspectiva de um trabalho de prevenção de seu consumo. Diante da necessidade de atenuar esse problema de saúde pública, o projeto de extensão universitária “Drogas: Informar para Prevenir” foi realizado de 2015 a 2017. Seu propósito foi promover ações de conscientização voltadas à prevenção do consumo de drogas, de modo a gerar discussões e reflexões acerca do tema drogas entre estudantes de 8ª e 9ª série em uma escola municipal de Teresina-PI. Adotou-se o formato de oficinas (com uso de diversos recursos) no processo de construção das vivências de prevenção primária ao uso indevido de substâncias psicoativas. Este artigo relata os resultados obtidos junto aos escolares.

Palavras-chave:

Drogas; Extensão Universitária;
Escola Pública; Prevenção.

Keywords:

Drugs; University Outreach;
Public School; Prevention.

Palabras clave:

Drogas; Extensión Universitaria;
Escuela Pública; Prevención.

Submetido:

17/04/2018

Aprovado:

26/10/2018

Autor(a) para Correspondência:

Alessandra Maria C. de Sousa
R. Napoleão Lima, 1281,
apto. 101
Jockey Clube - Teresina- PI
64049-220
E-mail:
alecerqueiramed@gmail.com

1. Dentista. Doutora em Clínicas Odontológicas pela Faculdade São Leopoldo Mandic. Professora da Universidade Estadual do Piauí (UESPI). Teresina (PI), Brasil. E-mail: lutolstenko@hotmail.com

2. Médica graduada pela UESPI. Teresina (PI), Brasil. E-mail: alecerqueiramed@gmail.com

3. Aluno de Graduação em Medicina na UESPI. Teresina (PI), Brasil. E-mail: matheus.vvp@hotmail.com

ABSTRACT

University outreach is one of the Brazilian Higher Education pillars, both due to the possibility of getting university closer to society and producing knowledge between university outreach participants and social grouping. In this context, the relevant role played by school in the students' healthy development is indisputable, because this contributes to the overall education of a young person and a society. This study addressed drugs as a theme, in the school context, from the perspective of a work to prevent its consumption. Faced with the need to mitigate this public health issue, the university outreach project "Drugs: Inform to Prevent" was conducted from 2015 to 2017. Its purpose was promoting awareness-raising actions aimed at preventing drug use, in order to generate discussions and exchange of ideas by having drugs as a theme among 8th and 9th grade students at a municipal school in Teresina, Piauí, Brazil. The workshop format (using a variety of resources) was adopted in the process of constructing experiences for primary prevention of psychoactive substance abuse. This article reports the results obtained along with school students.

RESUMEN

La extensión universitaria es uno de los pilares de la Educación Superior brasileña, tanto por la posibilidad de acercar la universidad a la sociedad como por la producción de conocimiento entre los participantes de la extensión universitaria y el agrupamiento social. En este contexto, el relevante papel que juega la escuela en el desarrollo saludable de los estudiantes es indiscutible, ya que contribuye a la educación global de un joven y una sociedad. Este estudio abordó el tema drogas, en el contexto escolar, desde la perspectiva de un trabajo de prevención de su consumo. Ante la necesidad de atenuar este problema de salud pública, el proyecto de extensión universitaria "Drogas: Informar para Prevenir" se llevó a cabo de 2015 a 2017. Su propósito fue promover acciones de concienciación dirigidas a la prevención del consumo de drogas, para generar discusiones y reflexiones acerca del tema drogas entre estudiantes de 8^a y 9^a serie en una escuela municipal en Teresina, Piauí, Brasil. El formato del taller (utilizando una variedad de recursos) fue adoptado en el proceso de construcción de experiencias para la prevención primaria del abuso de sustancias psicoactivas. Este artículo informa sobre los resultados obtenidos junto con los escolares.

.....

INTRODUÇÃO

A extensão universitária, um dos pilares do Ensino Superior brasileiro (junto com o ensino e a pesquisa), preenche lacunas ao tornar os conhecimentos científicos produzidos na academia acessíveis à sociedade. Nesse sentido, representa uma forma de democratização do conhecimento e possibilita o estabelecimento de diálogo com as comunidades, facultando aos extensionistas a aquisição de saber em relação a situações antes desconhecidas¹.

O consumo de drogas é considerado um problema de saúde pública, não somente em função de sua alta frequência, mas principalmente devido aos malefícios com consequências biopsicossociais observados entre os jovens e na sociedade como um todo². A partir da década de 1970, quando surgiu a estratégia de redução do uso indevido de drogas, a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco) passou a ressaltar a abordagem preventiva ao abuso de drogas, tendo a escola como meio principal para tal processo³.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)

constituiu um avanço legal fundamental para as crianças e os adolescentes como pessoas em desenvolvimento. O ECA trouxe ao Brasil uma nova visão acerca desses sujeitos, incluindo-os em um período específico dos ciclos de desenvolvimento, o que garante prioridade absoluta na elaboração e aplicação de políticas que assegurem a efetivação de seus direitos referentes a vida, saúde, alimentação, educação, busca de identidade, crenças, valores e lugar no espaço social⁴.

A escola assume papel de destaque no desenvolvimento sadio do adolescente e do adulto, pois contribui para a formação global do jovem e da sociedade⁵. Desse modo, sua função na prevenção do consumo de drogas é educar as crianças e os jovens a buscar e desenvolver sua identidade e subjetividade, promover e integrar sua educação intelectual e emocional e incentivar a cidadania e a responsabilidade social, bem como garantir que eles incorporem hábitos saudáveis em seu cotidiano. Surge, assim, a noção de escola como unidade promotora de saúde⁶.

Vale ressaltar que a escola constitui local privilegiado para trabalhar a prevenção às drogas

tanto por proporcionar acesso aos jovens como por sua natureza educacional. No entanto, o despreparo do corpo docente para lidar com ações de educação em saúde junto aos alunos no que tange ao consumo de substâncias psicoativas é uma realidade inerente ao contexto escolar. Apesar do aumento do uso de tais substâncias ao longo dos anos, infelizmente, não se observou uma mudança correspondente nas políticas públicas capaz de minimizar seu impacto. Diante disso, a escola demanda cada vez mais ações e propostas voltadas à educação em saúde, com vistas a atender ao princípio da integralidade do direito à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

O projeto de extensão universitária “Drogas: Informar para Prevenir” se situa nesse âmbito, uma vez que o tema drogas envolve discussões alinhadas com a Constituição Federal de 1988 diante de decisões relativas ao corpo e à saúde⁷.

Esse projeto se justifica ao considerar os dados epidemiológicos que retratam a problemática do uso de drogas no país. De acordo com o 2º Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (Lenad), da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), o Brasil é 2º maior consumidor mundial de cocaína e derivados: mais de 6 milhões de pessoas já experimentaram essas substâncias ao longo da vida e quase metade dos usuários (45%) provaram a(s) droga(s) em questão antes dos 18 anos. O Lenad indicou o Nordeste como a região com maior consumo de cocaína e derivados (40% do total)⁸.

Segundo dados do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebid), Teresina-PI é a terceira capital do país em termos de consumo excessivo de álcool. E, de acordo com o 6º Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas, 63,4% dos estudantes da rede pública e privada de ensino das 27 capitais brasileiras relataram contato com o álcool⁹.

Pensando em um plano de ação conjunta voltado ao tema drogas, o projeto de extensão universitária foi realizado de 2015 a 2017 por acadêmicos de Medicina da Universidade Estadual do Piauí (UESPI).

Este artigo relata os resultados obtidos a partir das vivências de prevenção primária ao uso indevido de substâncias psicoativas entre escolares.

METODOLOGIA

Com o propósito de adotar uma abordagem diferenciada à prevenção ao consumo de drogas, optou-se por uma metodologia participativa e

... 63,4% dos estudantes da rede pública e privada de ensino [...] relataram contato com o álcool.

problematizadora. Isso suscitou reflexão sobre os danos causados pelas substâncias psicoativas e despertou o interesse em analisar esse quadro de escolhas equivocadas que afeta os jovens brasileiros cada vez mais precocemente.

O projeto de extensão universitária “Drogas: Informar para Prevenir” vinculado ao Curso de Medicina da UESPI (*Campus* Torquato Neto) e realizado de 2015 a 2017 com alunos de 8ª e 9ª série em Teresina não enfocou apenas os males causados pelas drogas. Buscou-se demonstrar que a vida tem muito mais a oferecer para evitar o primeiro contato do jovem com esse mundo por meio do método de problematização e da organização de oficinas acerca do tema drogas.

A prevenção às drogas norteou todo o desenvolvimento do projeto, que recorreu a estratégias diversificadas, como seminários, palestras, jornais, desenhos e práticas de expressão corporal. Com base em princípios de arte-educação, buscou-se promover a sensibilização e participação no âmbito da escola pública, para conscientizá-la sobre a importância do não uso de drogas.

A primeira fase, “Implantação do projeto: espaço e equipe”, consistiu na escolha do espaço para as atividades, após contato e consentimento dos responsáveis pelo local do estudo, além da seleção de estudantes de 8ª e 9ª série para participar na execução do projeto.

A partir da definição do espaço e da formação da equipe do projeto, a segunda fase, “Investigação bibliográfica”, buscou ampliar a capacitação teórico-científica dos participantes diante de questões relacionadas à prevenção do consumo de drogas. Adotou-se como procedimento a busca, nos principais bancos de dados virtuais, de artigos científicos e de livros que abordam o tema drogas, além de orientações de profissionais que atuam na área que abrange esse tema.

A terceira fase, preparação/planejamento das atividades, contou com palestras sobre o uso abusivo de drogas. O conteúdo abarcou figuras e vídeos,

buscando dimensionar junto aos escolares os efeitos maléficos das substâncias psicoativas, de modo a gerar discussões e reflexões com embasamento científico. Todos os materiais apresentados continham endereço de e-mail para contato, caso alunos, professores e o público geral necessitassem de maiores esclarecimentos.

A quarta fase foi a execução do projeto. A equipe se deslocou para o local do estudo nas datas agendadas em comum acordo com a instituição pública de Ensino Fundamental, na zona urbana de Teresina. Os encontros semanais envolveram palestras, grupos de discussão, debates e dinâmicas.

Adotou-se o seguinte conteúdo programático:

- “Conceitos e abordagens sobre drogas e prevenção”;
- “Construção de hábitos saudáveis e valores sociais”;
- “Diferentes relações com as drogas: abordagens na adolescência”;
- “Drogas: fatores de risco e fatores de proteção”;
- “Prevenção ao uso de álcool e seu impacto na adolescência”;
- “Maconha, crack, cocaína e derivados: nem pensar!”; e
- “Prevenção ao uso do tabaco: respire essa ideia!”.

Foram utilizados tanto recursos eletrônicos (DVD, projetor, *notebook* e televisor) como materiais impressos para a elaboração de exercícios e as atividades de leitura. Após as palestras, abriu-se um período para a discussão de dúvidas dos escolares. As dinâmicas foram desenvolvidas para promover a interação entre os participantes, de modo que conversassem com naturalidade, sem cobranças, sobre temas que causam certo constrangimento. Os grupos de discussão foram formados após a exibição de filme ou documentário ou após a análise de entrevistas e reportagens.

Discutiram-se os diferentes tipos de drogas e os diversos efeitos fisiológicos decorrentes do consumo dessas substâncias, enfatizando os grupos de drogas e as modificações que causam no funcionamento do cérebro. Todas as oficinas foram realizadas na própria instituição de ensino à qual os escolares estão vinculados, ou seja, na escola que frequentam.

Ao término de cada atividade nas oficinas de discussão, os participantes relataram sua

*O abuso é o
consumo excessivo
que repercutirá
patologicamente
no indivíduo.*

aprendizagem em debates e esclareceram dúvidas com os extensionistas, compartilhando experiências, tanto pessoais como do âmbito familiar, acerca do tema drogas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A primeira unidade temática das oficinas foi “Conceitos e abordagens sobre drogas e prevenção”, com conceitos como abuso, dependência e abstinência de drogas. A discussão se pautou pela apresentação de vídeos sobre os tipos de drogas e seus principais efeitos maléficos na vida escolar, familiar e comunitária. As formas de consumo de drogas são classificadas em uso, abuso e dependência termos geralmente utilizados como sinônimos, apesar de sua especificidade.

Por uso se entende o consumo esporádico de determinada droga. O abuso é o consumo excessivo que repercutirá patologicamente no indivíduo. Já a dependência química é o resultado do aumento da tolerância à substância (o corpo do indivíduo se adapta à ação da droga), fazendo com que só se alcance a sensação da dose inicial quando há consumo de altas doses dessa droga. Ao término das atividades houve debate entre alunos, extensionistas e professores, adequando as oficinas aos pressupostos da prática extensionista por meio de via de mão dupla trânsito de saberes entre a universidade e a sociedade.

Já no primeiro encontro se percebeu a realidade do uso de drogas lícitas e ilícitas pelos alunos. No segundo encontro, as atividades se concentraram em relatar as consequências e os males decorrentes do uso prolongado de drogas, enfatizando que “o melhor é prevenir”. Demonstrou-se aos alunos o que ocorre em nosso sistema nervoso com o uso de drogas psicotrópicas, sempre interagindo com os participantes. Após o contato inicial, a apresentação de vídeos sobre a realidade de quem usa drogas estimulou a discussão, levando os alunos a perguntar e dividir suas experiências.

A segunda unidade temática das oficinas foi “Construção de hábitos saudáveis e valores”, onde os escolares expuseram suas opiniões sobre quais hábitos saudáveis consideram estar presentes em seu cotidiano e os extensionistas esclareceram o relevante papel da escola na construção do alicerce para pôr esses hábitos e valores em prática.

A terceira unidade temática das oficinas, “Diferentes relações com as drogas: abordagens na adolescência”, elencou diversas situações de risco às quais os escolares estão expostos na sociedade atual e onde e de que maneira eles podem pedir ajuda para enfrentar tais situações. E na quarta unidade temática, “Drogas: fatores de risco e fatores de proteção”, os escolares se dividiram em grupos e confeccionaram cartazes listando os fatores de risco do uso de drogas e os fatores de proteção contra as drogas, de acordo com o que aprenderam nas unidades temáticas anteriores.

As três últimas unidades temáticas, “Prevenção ao uso de álcool e seu impacto na adolescência”, “Maconha, crack, cocaína e derivados: nem pensar!” e “Prevenção ao uso do tabaco: respire essa ideia!”, enfocaram os grupos de drogas, expondo seus principais efeitos maléficos no organismo e apresentando medidas de prevenção, com vistas a alcançar o resultado proposto – evitar o uso de drogas por escolares. Nessas oficinas, as drogas foram classificadas de acordo com os efeitos que causam no sistema nervoso central (depressoras, estimulantes ou perturbadoras). As substâncias depressoras diminuem a atividade cerebral, deixando o indivíduo “desligado”. As substâncias estimulantes aumentam a atividade cerebral, deixando o indivíduo “ligado”, “elétrico”. E o terceiro grupo envolve substâncias que produzem uma mudança qualitativa na atividade cerebral¹⁰.

Os escolares se mostraram receptivos ao tema drogas na grande maioria das vezes, apesar de não compreenderem a dimensão da problemática do uso de drogas. Percebeu-se, no decorrer dos diálogos, que eles buscaram rever suas concepções sobre as drogas e repassá-las para suas comunidades. O consumo de drogas é uma realidade inerente ao contexto escolar e a maior dificuldade observada foi atingir os escolares usuários de substâncias psicoativas.

Uma vez concluídas as atividades do projeto de extensão universitária “Drogas: Informar para Prevenir”, os alunos se mostraram capazes de repassar os conhecimentos adquiridos na instituição de ensino para seus ambientes familiares e suas

O consumo de drogas é uma realidade inerente ao contexto escolar...

comunidades. Os professores e administradores elogiaram o projeto e destacaram a importância de atividades com propósitos preventivos no âmbito da escola pública.

Constatou-se que tanto os alunos como os professores mostraram interesse em dar continuidade às discussões sobre as drogas. Dentre os itens sugeridos, destacou-se o trabalho relativo à autoestima, tendo em vista que a autoestima é crucial para que os as crianças e os adolescentes venham a ser pessoas aptas a lidar com desafios e responsabilidades com segurança.

Percebeu-se que o diálogo ainda é o melhor aspecto da prevenção tanto por parte dos pais como dos professores, considerando a importância do papel do educador na proteção dos escolares contra as drogas. Abordar o tema naturalmente na escola torna mais fácil que os educadores comentem suas suspeitas ou certezas com os pais, já que a escola pode e deve ser uma instituição de ampla inserção social das crianças e dos adolescentes.

Os participantes do projeto de extensão universitária da UESPI combinaram recursos educativos e científicos em suas ações com propósitos preventivos no âmbito da escola pública, articulando o ensino e a pesquisa nas práticas do Ensino Superior. Desse modo, a universidade transcende seus muros e vai até a sociedade, possibilitando que se estabeleça uma inter-relação transformadora.

O intercâmbio entre os diferentes níveis de ensino tende a promover uma produção do saber decorrente do confronto com a realidade social, o que estimula a democratização do conhecimento e a efetiva participação das comunidades no avanço da ciência.

A maior dificuldade na execução do projeto consistiu em abordar a prevenção às drogas de modo lúdico, tornando conhecimentos científicos acessíveis a participantes que se encontram em uma faixa etária marcada por dilemas éticos, morais e sociais. A maioria dos escolares usuários de drogas

tende a ver o contato com substâncias psicoativas como um meio de autoafirmação.

Nesta iniciativa, os extensionistas da UESPI tiveram a oportunidade de estabelecer vínculos com os escolares em um espaço aberto ao diálogo e à troca de saberes sobre o consumo de drogas, buscando desenvolver:

- A formação em saúde pautada pela capacitação teórico-científica;
- O espírito crítico;
- A ética e cidadania; e
- O princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão no Ensino Superior.

CONCLUSÃO

O tripé ensino, pesquisa e extensão assume cada vez mais importância no Ensino Superior brasileiro, com abordagem de temas de interesse da sociedade como um todo. No setor saúde, a extensão universitária guarda estreita relação com o princípio da integralidade do direito à saúde do SUS. Assim, o projeto de extensão universitária “Drogas: Informar para Prevenir”, realizado de 2015 a 2017, constituiu uma iniciativa do Curso de Medicina da UESPI com significativos resultados no âmbito da escola pública, ao abordar um tema tão complexo como as drogas e as repercussões do consumo de substâncias psicoativas junto aos escolares.

As ações de educação em saúde, por meio de dinâmicas que estimularam o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social dos participantes, mostraram-se benéficas ao abrir espaço para discussões e reflexões acerca do tema drogas entre estudantes de 8ª e 9ª série, com vistas à adoção de hábitos saudáveis e diminuição dos índices de uso de drogas entre os escolares.

Nesse contexto, considera-se que o educador assume papel central, visto que tem contato contínuo com os escolares em sua própria instituição de ensino. Cabe ao professor orientar, prevenir e encaminhar os escolares que apresentam uma mudança de comportamento sugestiva de consumo de drogas.

Outras alternativas podem ser adotadas no âmbito da escola pública, a partir da inclusão de orientações sobre o uso de drogas no projeto pedagógico, tendo em vista as necessidades de cada comunidade escolar. Reuniões com periodicidade regular podem motivar os pais e responsáveis a ficar mais atentos a mudanças comportamentais que indiquem o consumo

*...considera-se
que o educador
assume papel
central...*

de substâncias psicoativas por parte dos escolares. Tal iniciativa se mostra extremamente importante, pois reuniões dessa natureza proporcionam evidências de que a família está de acordo ou não com a proposta de combate às drogas, além de facilitar a identificação e o tratamento de usuários de drogas na comunidade escolar.

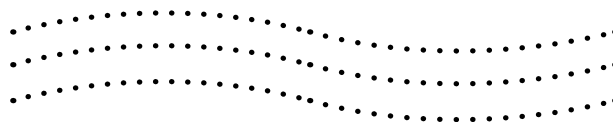
CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Luciana Tolstenko Nogueira contribuiu com o delineamento do estudo e a redação e revisão crítica do manuscrito. **Alessandra Maria Cerqueira de Sousa** contribuiu com a realização da pesquisa, o delineamento do estudo e a redação do manuscrito. **Matheus Veras Viana Portela** contribuiu com a realização da pesquisa e a redação do manuscrito.

REFERÊNCIAS

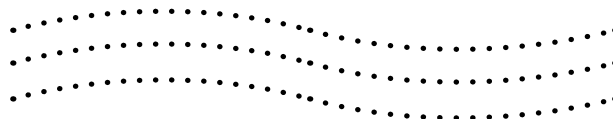
1. Armani D. Como elaborar projetos? Guia prático para elaboração e gestão de projetos sociais. Porto Alegre: Tomo; 2006.
2. Zeitoun RCG, Ferreira VS, Silveira HS, Domingos AM, Maia AC. O conhecimento de adolescentes sobre drogas lícitas e ilícitas: uma contribuição para a enfermagem comunitária. Esc Anna Nery Rev Enferm [serial on the internet]. 2012 [cited 2018 Nov 14];16:57-63. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n1/v16n1a08.pdf>
3. Moreira FG, Silveira DX, Andreolli SB. Situações relacionadas ao uso indevido de drogas nas escolas públicas da cidade de São Paulo. Rev Saúde Pública [serial on the internet]. 2006 [cited 2018 Nov 14];40(5):810-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n5/10.pdf>
4. Brasil. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (1990 Jul 16); Sec 1.

5. Santos FD, Queiroz AKC, Teófilo ACS, Mesquita HLMA, Viana RS. Combate ao uso de drogas por adolescentes: estímulo a atitudes saudáveis no círculo de cultura. Sanare (Sobral, Online) [serial on the internet]. 2016 [cited 2018 Nov 14];15(2):54-9. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1038/584>



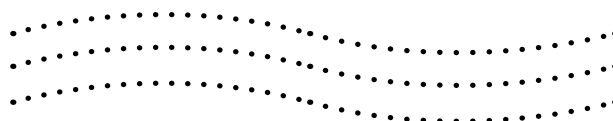
6. Ferreira MA, Alvim NAT, Teixeira MLO, Veloso RC. Saberes de adolescentes: estilo de vida e cuidado à saúde. Texto Contexto Enferm [serial on the internet]. 2007 [cited 2018 Nov 14];16(2):217-24. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a02v16n2>

7. Pedroso RS, Oliveira MS, Araújo RB, Castro MG, Melo WV. Expectativas de resultados frente ao uso de álcool, maconha e tabaco. Rev Psiquiatr Rio Gd Sul [serial on the internet]. 2006 [document on the internet];28(2):198-206. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v28n2/v28n2a12.pdf>

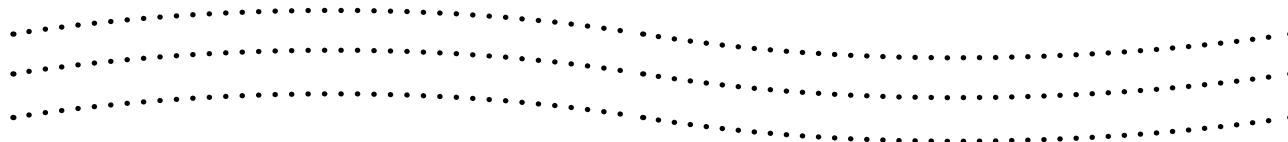
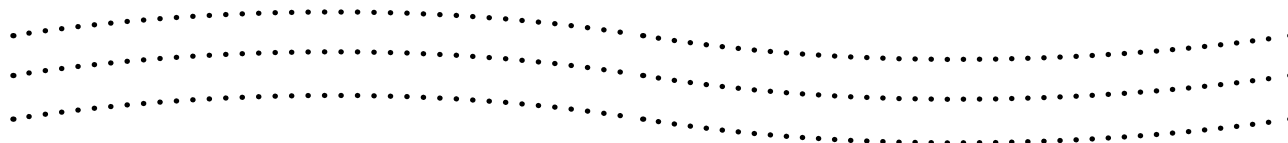


8. Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas. São Paulo: Unifesp; 2012.

9. Carlini ELA, Noto AR, Sanchez ZVDM, Carlini CMA, Locatelli DP, Abeid LR, et al. VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras. Brasília, DF: Senad; 2010.



10. Almeida Filho AJ, Ferreira MA, Gomes MLB, Silva RC, Santos TCF. O adolescente e as drogas: consequências para a saúde. Esc Anna Nery Rev Enferm [serial on the internet]. 2007 [cited 2018 Nov 14];11(4):605-10. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n4/v11n4a08>



PROJETO DE SAÚDE NO TERRITÓRIO COMO ESTRATÉGIA PARA PROMOÇÃO DA CULTURA DE PAZ

HEALTH PROJECT IN THE TERRITORY AS A STRATEGY FOR PROMOTING THE CULTURE OF PEACE

PROYECTO DE SALUD EN EL TERRITORIO COMO UNA ESTRATEGIA PARA PROMOCIÓN DE LA CULTURA DE LA PAZ

Alane de Sousa Nascimento ¹

Ana Gabriella Saraiva Rocha ²

Lorena Timbó Veiga dos Santos ³

Maria do Socorro Teixeira de Sousa ⁴

Nathalya Tavares Camelo Felipe ⁵

Sabrina Maria Carreiro Almeida ⁶



Palavras-chave:

Participação Social; Estratégia Saúde da Família; Ação Intersectorial.

Keywords:

Social Participation; Family Health Strategy; Intersectorial Action.

Palabras clave:

Participación Social; Estrategia Salud de la Familia; Acción Intersectorial.

Submetido:

23/06/2018

Aprovado:

11/12/2018

Autor(a) para Correspondência:

Lorena Timbó Veiga dos Santos
R. Ressurreição, 720
Domingos Olímpio
Sobral-CE
CEP:62022345
E-mail:
lorenatveiga@gmail.com

RESUMO

Este artigo relata uma experiência vivenciada na construção de um Projeto de Saúde no Território (PST) no Complexo Sinhá Sabóia, em Sobral-CE. Trata-se de relato de experiência que descreve a utilização do PST como ferramenta tecnológica de apoio à atenção à saúde, com foco na organização de um Fórum Social da Juventude (FSJ) para discutir ações relacionadas à cultura de paz, com a participação de lideranças comunitárias, equipes dos Centros de Saúde da Família (CSF) "Sinhá Sabóia" e "Cohab II", escolas das redes municipal e estadual e os conselhos municipal e local de saúde. As ações contemplaram as 3 etapas do PST: a) preparação; b) planejamento/ implementação; e c) avaliação. A violência se mostrou um determinante social de saúde no território, o que fomentou estratégias de gestão e estabeleceu redes de cogestão e corresponsabilidade, produzindo espaços de reflexão sobre a situação dos adolescentes do bairro e potencializando ações como direito de cidadania, além de incentivar o protagonismo juvenil para uma cultura de paz. O PST estimulou a prática do planejamento e da avaliação em saúde, possibilitando a congregação dos diversos setores e do poder público e instigando o diálogo sobre questões inerentes aos modos e às condições de vida da população.

1. Nutricionista. Especialista em Saúde da Família pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS). Sobral (CE), Brasil. E-mail: alanny-18@hotmail.com

2. Assistente Social. Especialista em Saúde da Família pela EFSFVS. Aluna de Mestrado em Gestão Pública pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). Teresina (PI), Brasil. E-mail: ana.gabriella2@hotmail.com

3. Enfermeira. Especialista em Saúde da Família pela EFSFVS. Residente em Urgência e Emergência na Santa Casa de Misericórdia de Sobral pelo Centro Universitário Inta (Uninta). Sobral (CE), Brasil. E-mail: lorenatveiga@gmail.com

4. Enfermeira. Mestre em Saúde da Família pela Univ. Estadual Vale do Acaraú (UVA). Tutora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) da EFSFVS. Sobral (CE), Brasil. E-mail: socorrinhoteixeira@yahoo.com.br

5. Fonoaudióloga. Especialista em Saúde da Família pela EFSFVS. Residente em Neurologia e Neurocirurgia pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE). Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: nathalyatcf@gmail.com

6. Farmacêutica. Especialista em Saúde da Família pela EFSFVS. Sobral (CE), Brasil. E-mail: sabrinalmeida82@hotmail.com

ABSTRACT

This article reports a lived experience in the construction of a health project in the territory (HPT) in the Sinh  Sabóia Complex, in Sobral, Ceará, Brazil. This is an experience report that describes the use of a HPT as a technological tool to support health care, focusing on the organization of a social youth forum (SYF) to discuss actions related to the culture of peace, relying on the participation of community leaders, teams from the family health care centers (FHCCs) 'Sinh  Sabóia' and 'Cohab II,' municipal and state schools, and municipal and local health councils. Actions included the 3 HPT stages: a) preparation; b) planning/implementation; and c) evaluation. Violence proved to be a social determinant of health in the territory, and this fostered management strategies and established co-management and co-responsibility networks, producing spaces for reflection on the situation of teenagers in the neighborhood and strengthening actions as a right of citizenship, as well as encouraging juvenile protagonism for a culture of peace. The HPT stimulated the practice of health planning and evaluation, enabling the congregation of the various sectors and public power and instigating dialogue on issues inherent to the population's living standards and conditions of life.

RESUMEN

Este artículo reporta una experiencia vivida en la construcción de un proyecto de salud en el territorio (PST) en el Complejo Sinh  Sabóia, en Sobral, Ceará, Brasil. Este es un informe de experiencia que describe el uso de un PST como una herramienta tecnológica de apoyo a la atención a la salud, con foco en la organización de un foro social de la juventud (FSJ) para discutir acciones relacionadas con la cultura de la paz, apoyándose en la participación de líderes comunitarios, equipos de los centros de salud de la familia (CSF) "Sinh  Sabóia" y "Cohab II", escuelas municipales y del estado y los consejos de salud municipales y locales. Las acciones incluyeron las 3 etapas del PST: a) preparación; b) planificación/implementación; y c) evaluación. La violencia demostró ser un determinante social de la salud en el territorio, lo que fomentó las estrategias de gestión y estableció redes de co-gestión y co-responsabilidad, generando espacios para la reflexión acerca de la situación de los adolescentes del barrio y fortaleciendo las acciones como un derecho de ciudadanía, así como fomentando el protagonismo juvenil para una cultura de la paz. El PST estimuló la práctica de planificación y evaluación de la salud, lo que permitió la congregación de los diversos sectores y del poder público e instig  el diálogo acerca de cuestiones inherentes a los modos y las condiciones de vida de la población.

.....

INTRODUÇÃO

As ferramentas tecnológicas em saúde foram idealizadas como recursos de organização e ampliação do trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Dentre tais ferramentas se destaca o Projeto de Saúde no Território (PST), que busca investir na criação de espaços democráticos de participação social e na emancipação de sujeitos e comunidades¹.

O PST incentiva as ações voltadas à prevenção de doenças e   promoção da saúde, bem como   redução de fatores de vulnerabilidade de uma área de abrangência, fomentando a qualidade de vida da comunidade e o protagonismo dos indivíduos, por meio da cogestão entre a ESF, o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), os outros serviços de saúde e as políticas sociais¹.

Sob essa perspectiva, o PST se fundamenta em 3 pilares: a) promoção da saúde; b) participação social; e c) intersetorialidade. Mostra-se necessário um

planejamento contínuo e coletivo para a construção do PST, com pactuação entre os atores envolvidos no processo para definir as responsabilidades de cada um. E os encontros devem ser periódicos, proporcionando espaço para o diálogo, pois a avaliação da implementação, da execução e dos resultados   imprescind vel².

Os atores envolvidos na ação devem tomar parte no planejamento, uma vez que têm contato diário com o trabalho e sabem exatamente o que   exequível ou não, por isso a figura do "planejador" não deve ser idealizada como a de um ator principal, mas sim como a de um facilitador do processo junto aos atores³. Também se considera que o planejamento constitui instrumento governamental com vistas a aprimorar a produção de políticas, a gestão de órgãos públicos e a práxis social⁴.

Ao assumir a dimensão como ação social, coletiva e institucional, o planejamento se torna crucial para a melhoria dos processos de trabalho e oportuno para explicitar objetivos e compromissos compartilhados

em um arcabouço de justificativas políticas e institucionais⁵.

Em saúde, sabe-se que a avaliação é tão importante quanto o planejamento. Entende-se a avaliação como um processo contínuo e sistemático que proporciona espaço crítico e reflexivo acerca das práticas nos serviços de saúde⁶. Desse modo, o processo avaliativo envolve pluralismo metodológico para responder às necessidades em saúde dos diversos atores e é constituído por múltiplos elementos⁷.

Para a construção bem-sucedida do PST como ferramenta tecnológica em saúde, de grande relevância na atenção básica, faz-se necessário combinar as práticas de planejamento e avaliação.

Nesse contexto, compreende-se que o PST é um instrumento-chave para disparar processos de mudanças nas práticas em saúde, contribuindo para diversificar os serviços disponíveis, bem como criar espaços coletivos para discussão e análise de aspectos como a priorização das necessidades de saúde específicas, seus determinantes sociais, as estratégias e os objetivos para sua abordagem.

Este artigo relata uma experiência vivenciada na construção de um PST, por meio da realização de um Fórum Social da Juventude (FSJ) para discutir ações relacionadas à cultura de paz em Sobral-CE.

METODOLOGIA

Trata-se de relato de experiência que descreve a utilização do PST, ferramenta tecnológica de apoio à atenção à saúde, com foco na organização de um FSJ para discutir ações relacionadas à cultura de paz dentro da comunidade em Sobral.

Para a construção desse PST, recorreu-se à congregação de esforços e à articulação intersetorial, com a participação de lideranças comunitárias, equipes de saúde dos Centros de Saúde da Família (CSF) "Sinhá Sabóia" e "Cohab II", escolas das redes municipal e estadual e os conselhos municipal e local de saúde, todos reunidos como Conselho Local de Saúde, destacando-se o protagonismo da equipe de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) e sua tutoria nesse território.

O desenvolvimento do PST contemplou as 3 etapas indicadas pelo Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde¹: a) preparação; b) planejamento/implementação; e c) avaliação.

A primeira etapa, *preparação*, iniciou-se pela identificação de uma situação de vulnerabilidade social, seguida pela apresentação e consolidação de

...o PST é um instrumento-chave para disparar processos de mudanças nas práticas em saúde...

um entendimento mais aprofundado da situação de saúde, no qual se trabalhou com:

1. A justificativa da priorização da situação de vulnerabilidade social;
2. A compreensão do processo histórico e social singular do território;
3. A definição dos objetivos dos atores envolvidos em relação à problemática em saúde – desejos, limites, possibilidades;
4. O estabelecimento das ações que seriam efetivas para alcançar os objetivos propostos; e
5. A identificação de outros atores sociais e/ou instituições importantes para o projeto.

Em seguida, partiu-se para a segunda etapa, *planejamento/implementação*, na qual se criou um espaço coletivo ampliado de gestão participativa e intersetorialidade para a construção compartilhada do PST, baseada na pactuação e corresponsabilização dos atores envolvidos para implementar o plano de ação, o que se deu por meio da realização do FSJ para uma cultura de paz, em 10 e 11 de dezembro de 2015, respectivamente na Escola Estadual "Monsenhor José Gerardo" e na Escola Municipal "Senador Carlos Jereissati", localizadas no Complexo Sinhá Sabóia.

A terceira etapa do PST, *avaliação*, possibilitou uma reflexão sobre o processo de implementação e os resultados alcançados em relação aos objetivos pactuados no planejamento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados são organizados em 3 tópicos, com descrição das etapas realizadas no PST como vivenciado pelas autoras deste estudo enquanto membros da equipe de RMSF:

- A. Preparando o PST: identificação e entendimento da situação de saúde;
- B. Planejando e implementando o PST: o FSJ; e
- C. Avaliando o PST: reflexão sobre a intervenção.

Preparando o PST: identificação e entendimento da situação de saúde

A execução do PST partiu da identificação de uma situação-problema e de seus agravantes à saúde da população no território do Complexo Sinhá Sabóia, em Sobral, os quais se mostraram determinantes sociais em saúde.

Considera-se que os fatores de ordem social, econômica e comportamental, em geral, são determinantes sociais de saúde que podem influenciar positiva ou negativamente o processo saúde-doença dos indivíduos. Vale ressaltar que alguns deles podem decorrer de processos econômicos e decisões políticas, como no caso dos fatores físico-materiais, já que as disparidades socioeconômicas influenciam a saúde – a exemplo da escassez de recursos combinada a precário investimento em infraestrutura⁸.

Dentre os fatores supracitados se destaca a *violência*, que se manifesta de diferentes formas e gera forte impacto nas relações interpessoais, um fenômeno histórico na sociedade brasileira.

O território do Complexo Sinhá Sabóia apresenta vulnerabilidades que expõem os adolescentes e jovens ao desemprego, ao uso de entorpecentes e à criminalização. A situação de violência preocupa a comunidade: os dados da territorialização relativos ao ano de 2016 indicam que 28% das mortes no bairro foram ocasionadas por causas externas – fato o que tem não só enlutado as famílias, mas deixado uma grande quantidade de indivíduos com sequelas limitantes⁹.

Com esse diagnóstico situacional, a violência se mostrou um desafio para a equipe de saúde, que organizou estratégias de gestão que visaram à integração de diversos setores no território. Como ferramenta de educação permanente e sob a perspectiva da clínica ampliada, os profissionais da ESF, junto com a RMSF, o Nasf-AB e o Conselho Local de Saúde do Complexo Sinhá Sabóia, utilizaram o PST como ferramenta para discutir a violência urbana e a promoção da cultura de paz.

A compreensão do processo histórico e socioeconômico da comunidade foi de suma importância na elaboração do PST, pois consolidou um entendimento aprofundado da situação/necessidade de saúde na qual se almeja intervir, identificando o fenômeno que levou a determinada vulnerabilidade/risco¹. Reflete-se que as situações de violência apresentam particularidades tanto quanto à localização demográfica como em relação

*...as disparidades
socioeconômicas
influenciam a
saúde...*

às potencialidades para a promoção da paz.

A preparação dessa proposta envolveu articulação intersetorial, sobretudo entre as políticas de educação e saúde, que foram além das práticas multissetoriais, onde os vários setores se dedicam à resolução de um problema, mas não se observa a reciprocidade, partindo do entendimento de que a intersetorialidade implica coparticipação efetiva, ou seja, tomar parte na gestão, na produção e no usufruto compartilhado do projeto¹⁰.

As equipes da ESF e as equipes multiprofissionais (Nasf-AB e RMSF), as duas escolas municipais (Escola Paulo Aragão e Escola Senador Carlos Jereissati), a escola estadual (Escola Monsenhor José Gerardo) e a comunidade católica (Maranată), reunidas enquanto Conselho Local de Saúde, foram os atores sociais envolvidos na construção do projeto, que teve como propósito a promoção da cultura de paz, por meio de participação popular e cogestão.

Destaca-se nesse processo a atuação da ESF como ator social, pois provoca, de fato e de direito, um relevante movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde nas comunidades. Ao Nasf-AB, que oferece apoio às equipes de ESF, compete o desenvolvimento de ações interdisciplinares e intersetoriais, educação permanente em saúde (dos profissionais e da população), atividades educativas no território, integralidade na assistência, participação social, educação popular, promoção da saúde e humanização¹¹.

Já a RMSF atua na promoção da saúde junto à ESF e assume o papel de dispositivo de educação permanente e reorientação das lógicas técnico-assistenciais, potencializando as mudanças almejadas pelos profissionais da saúde, a fim de consolidar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)¹².

O setor educação, o movimento estudantil e o setor religião, representados pelas escolas das redes municipal e estadual e pela comunidade católica Maranată, tiveram grande parcela de contribuição no

projeto, pois se engajaram nas discussões, sediando os debates e propondo resoluções para a temática cultura de paz, principalmente sob a perspectiva do protagonismo juvenil.

Como espaço de culminância do encontro dos diversos atores envolvidos no projeto, ressalta-se a contribuição do Conselho Local de Saúde, o espaço de participação mais próximo da comunidade, ou seja, o primeiro lugar em que as necessidades dos usuários dos serviços são identificadas e discutidas. Conselhos locais têm a possibilidade de dar voz às minorias e às pluralidades de seus interesses, inovando institucionalmente por meio de propostas de solução de problemas e mediação de conflitos locais.

Os conselhos locais de saúde vão além do modelo hegemônico de acompanhamento e fiscalização do sistema de saúde, constituindo espaços de interação e negociação entre os diversos atores no território, que deixam suas divergências e diferenças de lado para buscar um objetivo em comum: definir os problemas sociais e formular conjuntamente um plano de superação¹³.

Assim, tais conselhos fazem parte de uma estratégia de descentralização do Conselho Municipal de Saúde, para efetivar sua presença nos bairros ou na área de abrangência dos CSF e possibilitar maior participação dos usuários e profissionais dos serviços de saúde. Trata-se de espaços fundamentais para a democratização dos serviços nas unidades de saúde, promovendo o exercício da cidadania e o controle social em saúde.

Na etapa de preparação do PST se discutiu a situação de saúde no território, além de identificar, mobilizar, articular e congregar esforços para o desenvolvimento desse projeto. Nos primeiros encontros foi possível conhecer a realidade e a necessidade de cada ator envolvido, por meio de oficinas iniciais de sensibilização com os profissionais para torná-los cientes dessa realidade.

Conselhos locais têm a possibilidade de dar voz às minorias e às pluralidades de seus interesses...

Foram realizadas duas oficinas iniciais: a primeira como reunião do Conselho Local de Saúde, onde se adotou como metodologia a árvore dos sonhos; e a segunda como ação de sensibilização das equipes do CSF Sinhá Sabóia, onde se recorreu ao teatro como recurso de problematização/sensibilização. A fase de preparação culminou na ideia de organizar um espaço para discutir essa questão, o que levou ao I Fórum Social da Juventude para uma Cultura de Paz.

Planejando e implementando o PST: o FSJ

Durante o planejamento e a implementação do PST, a participação dos atores sociais supracitados, reunidos enquanto Conselho Local de Saúde, mostrou-se primordial para a execução da proposta. As reuniões do Conselho Local de Saúde constituíram espaços de discussão para elencar as necessidades de saúde e as estratégias e os objetivos para sua abordagem. Nesse sentido, pôde-se estabelecer redes de cogestão e corresponsabilidade, instaurando um processo de cooperação e parceria entre os diversos atores sociais no território, culminando na organização e realização, no Complexo Sinhá Sabóia, do FSJ voltado a uma cultura de paz.

O plano de ação elaborado durante a construção do PST tomou forma nesse fórum. O evento mobilizou diversos atores, que se corresponsabilizaram e assumiram o compromisso de participar ativamente na execução do plano. Em termos estratégicos, criaram-se comissões nas quais os atores puderam alocar-se (infraestrutura e logística, mobilização social, mobilização cultural, patrocínios, dentre outras), a fim de agilizar o processo e aprimorar o direcionamento do FSJ.

Esse evento ocorreu em 10 e 11 de dezembro de 2015 e contou com a participação de lideranças juvenis do bairro, profissionais da saúde, profissionais das escolas do território, grêmios estudantis, autoridades locais e membros da comunidade.

O primeiro dia se dividiu em eixos temáticos com perguntas norteadoras sobre saúde, educação e lazer, dentre outros assuntos de relevância para a qualidade de vida da população. Nesse momento, os participantes se organizaram em grupos por eixos temáticos, para discutir propostas de melhoria para cada segmento. Cada grupo elaborou uma carta de propostas, posteriormente apresentada a todos em plenária geral.

Todas as propostas foram sintetizadas em uma carta geral do FSJ, apresentada no segundo dia

do evento aos segmentos da gestão municipal convidados.

Várias propostas foram preparadas e alguns questionamentos da população foram esclarecidos pelas autoridades presentes. A carta do FSJ chegou ao conhecimento de outras autoridades que não estavam presentes no evento e foi apresentada no seminário de territorialização do município.

Discutiu-se que, na política de saúde, o planejamento assume uma tripla missão:

A. Ajudar os profissionais a refletir sobre suas práticas;

B. Construir cenários de curto, médio e longo alcance para as práticas e os resultados desejáveis no setor saúde; e

C. Organizar o processo de trabalho a fim de garantir a qualidade do que deve ser feito, viabilizando a transformação dessa realidade¹⁴.

O FSJ levou os participantes a seguir engajados em discussões sobre a cultura de paz e estimulou a busca de alternativas para solucionar os diversos problemas que afligem o bairro, sob a perspectiva da promoção da paz e do ativismo juvenil. Dentre as propostas discutidas e aprovadas pelo evento, pode-se destacar a realização de oficinas sobre cultura de paz com crianças e adolescentes nas escolas e a intensificação das reivindicações junto às autoridades municipais no que concerne à criação e ao fortalecimento dos espaços de lazer e de cultura no território.

Avaliando o PST: reflexão sobre a intervenção

O processo de avaliação se deu durante a construção do projeto, por meio de reflexão acerca das decisões tomadas junto com os atores envolvidos em todo o processo de identificação, planejamento e implementação. Além das avaliações realizadas no desenvolvimento do projeto, ao final de todas as ações houve avaliação geral, para apreciar toda a intervenção, permitindo que os diversos atores envolvidos se posicionassem e construíssem um parecer que se transformasse em ação.

Esse tipo de avaliação, contando com a participação de todos os atores envolvidos, mostrou-se uma ferramenta crucial para consolidar a cogestão, pois se contrapõe aos modelos de avaliação tradicional. Como evidencia a literatura pertinente¹⁵, há razoável consenso de que a abordagem tradicional se mostra ineficaz para produzir transformações sociais, assim,

*... a abordagem
tradicional se mostra
ineficaz para produzir
transformações
sociais,...*

espera-se que a abordagem participativa processe um tipo de aprendizado social que crie condições para a mudança.

CONCLUSÃO

A execução de um PST abrange uma série de elementos em diversos níveis de atuação em saúde. Pode-se afirmar tal ferramenta de planejamento em território específico é de grande valia para:

1. Identificar agravos, em diferentes contextos, que impactam a saúde da população;
2. Ampliar as redes intersetoriais de cuidado em saúde disponíveis no território;
3. Corresponsabilizar a população na solução de problemas de saúde considerados simples; e
4. Estimular as práticas de planejamento e avaliação das atividades propostas para melhoria da qualidade de vida da população.

O PST desenvolvido no Complexo Sinhá Sabóia, por meio do FSJ voltado a uma cultura de paz, possibilitou a identificação de fragilidades locais e suas potencialidades, além de fortalecer as lideranças comunitárias, sobretudo as juvenis. Despertou-se interesse em questões políticas necessárias para obter avanços em termos de saúde, educação, cultura e lazer – não apenas para a comunidade local, mas para outras esferas sociais. Isso possibilitou a congregação de diversos segmentos ligados à educação, à cultura, à saúde e ao poder público como um todo, estabelecendo diálogo sobre questões inerentes aos modos e às condições de vida da população.

Diante das inúmeras contribuições que o FSJ pode proporcionar para uma cultura de paz, percebe-se que o evento materializa o que pode ser produzido a partir de planejamento estratégico, envolvendo vários atores envolvidos na atenção à saúde: escolas, lideranças comunitárias, CSF, comunidades religiosas, grupos culturais, dentre

outros. Tal iniciativa colabora para a ampliação de ações voltadas à cultura de paz no território de modo planejado e avalia as práticas adotadas para a melhoria da qualidade de vida da população.

CONTRIBUIÇÃO DAS AUTORAS

Todas as autoras contribuíram com a realização da pesquisa, o delineamento do estudo e a redação e revisão crítica do manuscrito.

AGRADECIMENTOS

As autoras agradecem a **Jeferson Matos Floriano de Oliveira, Oseias Pereira Soares e Paulo Cesar de Moura Luz** pelo apoio no desenvolvimento do estudo.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Diretrizes do NASF: núcleo de apoio à saúde da família. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009. (Cadernos de Atenção Básica n. 27).
2. Verdi MIM, Freitas TG, Souza TT. Projeto de saúde no território. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2012.
3. Trancredi FB, Barrios SRL, Ferreira JHG. Planejamento em saúde. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1998. v. 2.
4. Mehry EE. Razão e planejamento. São Paulo: Hucitec; 1994.
5. Paim JS. Planejamento em saúde para não especialistas. Tratado de saúde coletiva. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
6. Brasil. Avaliação na atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
7. Serapioni M, Lopes CMN, Silva MGC. Avaliação em saúde. Epidemiologia e saúde. [place unknown]: Rouquayrol; 2012.
8. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. Physis (Rio J) [serial on the internet]. 2007 [cited 2018 Dec 11];17(1):77-93. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>
9. Sobral (Município). Territorialização 2016. Sobral (CE): Secretaria da Saúde; 2016.
10. Dias MSA, Parente JRF, [Vasconcelos MIO](#), Dias FAC. Intersectorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver? Ciênc Saúde Colet [serial on the internet]. 2014 [cited 2018 Dec 11];19(11):4371-82. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4371.pdf>
11. Brasil. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
12. Silva CT, Terra MG, Kruse MHL, Camponogara S, Xavier MS. Residência multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde. Texto & Contexto Enferm [serial on the internet]. 2016 [cited 2018 Dec 11];25(1):e2760014. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-01-2760014.pdf>
13. Ponte HMS, Lopes Filho JO, Feijão JRP, Souza FL, Santos EV, Soares CHA. "O caminho se faz ao caminhar": processo de reativação de conselhos locais de saúde em Sobral, a partir do protagonismo cidadão. Saúde Soc [serial on the internet]. 2012 [cited 2018 Dec 11];21(Suppl 1):234-43. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21s1/20.pdf>
14. Parente JRF. Planejamento participativo em saúde. Sanare (Sobral, Online) [serial on the internet]. 2011 [cited 2018 Dec 11];10(1):54-61. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/144/136>
15. Bursztyn I, Ribeiro JM. Avaliação participativa em programas de saúde: um modelo para o Programa de Saúde do Adolescente. Cad Saúde Pública [serial on the internet]. 2005 [cited 2018 Dec 11];21(2):404-16. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n2/07.pdf>



ACOLHIMENTO EM UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: POTENCIALIDADES E DESAFIOS

USER EMBRACEMENT IN A PRIMARY HEALTH CARE CENTER: POTENTIALITIES AND CHALLENGES

ACOGIMIENTO EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: POTENCIALIDADES Y DESAFÍOS

Myrna Maria Arcanjo Frota Barros ¹

Maria de Lourdes Colares Mendes ²

Luciana Maria Arcanjo Frota ³

Janaína Rocha de Sousa Almeida ⁴



RESUMO

Considerando que o acolhimento constitui estratégia adotada para aumentar a resolutividade na assistência, com vistas à promoção e reabilitação da saúde, este estudo teve por objetivo compreender o acolhimento como estratégia de organização das práticas em uma unidade de atenção primária de saúde (UAPS) de Fortaleza. Trata-se de relato de experiência realizada no período de 2014 a 2016 em uma UAPS vinculada à Secretaria Regional 4 da cidade. Foi observada resistência, tanto por parte dos profissionais quanto dos usuários, à implementação do acolhimento. Apesar disso, nota-se, como resultado da inserção dessa prática, uma assistência humanizada, o fortalecimento de vínculos, o estímulo ao autocuidado, a educação em saúde e a corresponsabilização no tratamento. Desse modo, o acolhimento se mostra uma ferramenta de reorganização do serviço de saúde e melhoria da qualidade da assistência que perpassa todos os setores da UAPS, sendo, portanto, uma responsabilidade de todos os trabalhadores em saúde.

Palavras-chave:

Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde; Serviços de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Acolhimento.

Keywords:

Health Care Quality, Access, and Evaluation; Health Services; Primary Health Care; User Embracement.

Palabras clave:

Calidad, Acceso y Evaluación de la Atención de Salud; Servicios de Salud; Atención Primaria de Salud; Acogimiento.

Submetido:

18/07/2018

Aprovado:

10/12/2018

Autor(a) para Correspondência:

Myrna Ma. Arcanjo Frota Barros
Rua Conselheiro José Júlio, S/N
Centro, Sobral, Ceará
CEP: 62.010-820
E-mail:
myrnaarcanjo@ufc.br

1. Professora do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Ceará, campus Sobral, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Ceará.

2. Enfermeira da Prefeitura de Fortaleza, Ceará.

3. Professora do Centro Universitário Católico de Quixadá, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Ceará.

4. Professora Doutora do Centro Universitário Christus, Assessora Técnica da Coordenação Municipal de Saúde Bucal de Fortaleza.

ABSTRACT

Considering that user embracement constitutes a strategy adopted to increase problem-solving success in health care, with a view to health promotion and rehabilitation, this study aimed to grasp user embracement as a strategy to organize practices at a Brazilian health program support center (UAPS) in Fortaleza, Ceará. This is an experience report carried out within the period from 2014 to 2016 at a UAPS linked to the city's Regional Secretariat 4. Resistance was observed, both on the part of professionals and users, with regard to the deployment of user embracement. Nevertheless, as a result of the insertion of this practice, humanized care, bond strengthening, encouragement of self-care, health education, and co-responsibility for treatment are noticed. Thus, user embracement shows to be a tool for reorganizing a health service and improving the quality of care that permeates all sectors of a UAPS, hence, this is a responsibility of all health workers.

RESUMEN

Teniendo en cuenta que el acogimiento constituye una estrategia adoptada para aumentar el éxito de la resolución de problemas en la atención de salud, con miras a la promoción y rehabilitación de la salud, este estudio tuvo como objetivo comprender el acogimiento como una estrategia de organización de las prácticas en un centro de apoyo de programas de salud brasileño (UAPS) en Fortaleza, Ceará. Este es un informe de experiencia realizada durante el período comprendido entre 2014 y 2016 en un UAPS vinculado a la Secretaría Regional 4 de la ciudad. Se observó resistencia, tanto por parte de profesionales como de usuarios, con respecto a la implementación del acogimiento. Sin embargo, como resultado de la inserción de esta práctica, se nota el cuidado humanizado, el fortalecimiento de vínculos, el estímulo al autocuidado, la educación en salud y la co-responsabilización en el tratamiento. Por lo tanto, el acogimiento por parte del usuario demuestra ser una herramienta para reorganizar un servicio de salud y mejorar la calidad de la atención que atraviesa todos los sectores de un UAPS, por consiguiente, esto es responsabilidad de todos los trabajadores de salud.

INTRODUÇÃO

A nova institucionalidade da saúde se fundamenta no artigo 198 da Constituição Federal de 1988, que define o Sistema Único de Saúde (SUS). Suas ações e serviços integram uma rede regionalizada e integralizada, constituindo um sistema unificado, organizado, descentralizado, com direção única em cada esfera de governo. Esse sistema presta atendimento integral, priorizando ações preventivas, sem prejuízo das assistenciais, e contando com ampla participação popular¹.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) foi criado pelo Ministério da Saúde (MS) no início da década de 1990. Sua missão era reduzir a mortalidade infantil e materna mediante oferta, às populações rurais e periféricas, de procedimentos simplificados de saúde segundo a lógica de medicina preventiva. O objetivo era desenvolver a capacidade da população cuidar de sua própria saúde, transmitindo informações sobre práticas preventivas por meio dos agentes comunitários de saúde (ACS)².

O MS criou o Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, como uma proposta estruturante que se mostrou decisiva na organização do SUS e na municipalização da saúde, implementando os princípios fundamentais de universalização, descentralização, integralidade

e participação comunitária. O PSF, hoje denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), prioriza as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família – tanto adultos quanto crianças, sadios ou doentes, em caráter integral e contínuo³.

Entretanto, os inúmeros avanços da saúde pública brasileira operados a partir da implementação do SUS e da progressiva ampliação da cobertura da ESF convivem de modo contraditório com problemas de diversas ordens. Ainda hoje há questionamentos como:

- A população realmente tem acesso a ações e serviços de saúde com adequado grau de resolutividade?
- A mobilização dos recursos vem sendo feita de modo adequado e com o intuito de garantir uma assistência de qualidade?
- O planejamento das ações e serviços toma por base as reais necessidades da população e as condições de saúde local?
- O atendimento à população tem sido equânime e de qualidade?
- A atuação setorial tem melhorado as condições de saúde da população e a qualidade do ambiente⁴?

O MS reconhece que o SUS apresenta diversos problemas e destaca: a) a precarização das relações

entre os profissionais da saúde e entre estes e os usuários; b) o desrespeito aos direitos do usuário; c) o ainda incipiente controle social; d) a centralização da atenção na doença e na relação queixa-conduta; e e) o despreparo das equipes de saúde para lidar com as dimensões sociais e subjetivas inerentes às práticas de atenção à saúde⁵.

Nesse contexto, teve início em 2004 a implementação da Política Nacional de Humanização (PNH), conhecida como HumanizaSUS, destacando a humanização como um conjunto de estratégias capaz de viabilizar a qualificação da atenção e da gestão no SUS⁶.

Para alcançar os objetivos almejados, o HumanizaSUS desenvolve e oferece cursos, oficinas e seminários, certifica e divulga experiências bem-sucedidas de humanização por meio da rede HumanizaSUS. Além disso, produz materiais educativos e de divulgação de diversos dispositivos e estratégias já desenvolvidos para implementar a humanização em vários municípios⁷. Dentre esses dispositivos se destaca o acolhimento, considerado uma diretriz operacional capaz de inverter a lógica de organização e funcionamento dos serviços de saúde.

Assim, este estudo teve por objetivo compreender o acolhimento como estratégia de organização das práticas em uma unidade de atenção primária à saúde (UAPS) de Fortaleza, evidenciando suas potencialidades e desafios em termos de gestão.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo com abordagem qualitativa, um relato de experiência realizada em uma UAPS na cidade de Fortaleza.

A capital do Ceará, conta com um sistema de saúde municipal que proporciona atenção primária à saúde (APS) em UAPS distribuídas em 6 secretarias regionais.

A UAPS “Gutenberg Braum” está inserida na Secretaria Regional 4 de Fortaleza, com uma população geral de 21.653 habitantes; 24 ACS atendem suas microáreas, perfazendo um total de 67% do território coberto e 33% descoberto.

A UAPS Gutenberg Braum é responsável pelo atendimento de 21.971 pessoas adscritas em seu território⁸, para tanto, conta com 3 equipes de saúde, compostas por médicos generalistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, cirurgiões-dentistas, técnicos em saúde bucal, ACS e agentes de endemias,

*...o usuário é
recepcionado pelo
funcionário mais
próximo..*

além de agentes administrativos, auxiliares de limpeza e vigilantes. São realizados mensalmente cerca de 1.115 atendimentos, que englobam consultas de demanda espontânea, oferecidas por médicos e enfermeiros, bem como consultas programadas pelo HiperDia, pré-natais, puericultura, saúde mental, tuberculose, hanseníase, visitas domiciliares e coleta de citopatológico.

RESULTADOS

A unidade de saúde apresenta suas peculiaridades e o acolhimento se inicia com a fala, que dá vida à comunicação. Por exemplo, ao abordar um paciente na entrada já se realiza o acolhimento. Todos os profissionais da saúde, no exercício de sua função, estão aptos a essa abordagem.

O acolhimento segue estes princípios:

1. Atender todas as pessoas que buscam o serviço de saúde, garantindo acessibilidade universal;
2. Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional, que se responsabiliza pela escuta atenta do usuário e a resolução de seu problema; e
3. Qualificar a relação trabalhador-usuário, a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania⁹.

Desde sua implantação na UAPS, em julho de 2014, o modo de acolhimento ao usuário se mostrou claro: ao adentrar a unidade, o usuário é recepcionado pelo funcionário mais próximo. Pode-se citar duas funções que assumiram tal papel em um primeiro momento: o vigilante, que observa a movimentação de entrada e saída de usuários na unidade, e a recepcionista, que controla o acesso dos usuários desde a principal porta de entrada até as demais dependências.

A proposta é assumir o olhar de quem gostaria de ser recepcionado, ouvindo primeiro para depois direcionar as demandas e prover o que for necessário

ao usuário. O tempo é precioso na apresentação dos serviços disponíveis na unidade. É indispensável manter um diálogo íntegro, pleno e de fácil entendimento, com vistas a indicar o que se tem a oferecer e esclarecer como se pode ajudar.

O acolhimento deve ser visto como um relevante dispositivo de acesso que favorece o vínculo entre a equipe de saúde e a população, entre o trabalhador e o usuário, proporcionando cuidado integral e clínica diferenciada. Trata-se de recurso vital para o planejamento e a organização de serviços de saúde, assumindo papel de destaque na melhoria da qualidade da atenção à saúde, sobretudo em seu atual contexto de expansão e reestruturação¹⁰.

Sabe-se, por outro lado, que a implantação do acolhimento requer significativas mudanças no trabalho em saúde, como o aumento do protagonismo dos sujeitos, a reorganização dos serviços a partir de reflexão e problematização dos processos, a participação de toda a equipe multiprofissional na escuta e resolução dos problemas do usuário e a elaboração de um projeto terapêutico individual e coletivo capaz de articular a rede de serviços e as gerências centrais e distritais¹¹.

Assim, percebe-se que a incorporação do acolhimento pode contribuir com a efetiva responsabilização clínica e sanitária por parte do sistema de saúde, levando à construção de vínculos entre usuários e profissionais. Isso implica incorporar tal diretriz na elaboração das políticas de saúde e na implantação e organização dos sistemas municipais de saúde¹².

Acolhimento é um conceito frequentemente utilizado para expressar as relações que se estabelecem entre usuário e profissionais da saúde. No entanto, não se trata de simples prestação de serviço. Mais do que isso, o acolhimento envolve uma relação cidadã e humanizada com escuta qualificada. Enquanto tecnologia de reorganização dos serviços, o acolhimento se caracteriza como elemento-chave para ampliar o acesso à APS e aos demais níveis do SUS¹⁰⁻¹².

Considerando o exposto, o acolhimento foi analisado mediante inserção de uma das autoras na coordenação da UAPS Gutemberg Braum, onde se observou baixa resolutividade das demandas e insatisfação dos usuários. Isso demonstrou o impacto do acolhimento como ferramenta que promove mudança de postura profissional no atendimento aos usuários em linha com os princípios do SUS¹³.

No geral, o corpo funcional dessa UAPS vê as

...acolhimento como ferramenta que promove mudança de postura profissional...

coisas dessa forma. Ao ser encaminhado para a sala de preparo, o núcleo de atendimento ao cliente (NAC), as salas de procedimento (vacina, curativo/ retirada de pontos, laboratório) ou os consultórios (médico, de enfermagem e odontológico), o usuário será recepcionado com hospitalidade, estabelecendo uma boa relação entre profissional da saúde e usuário do serviço, ampliando as práticas de saúde e melhorando a adesão da comunidade. Ao considerar o grau de entendimento dos profissionais acerca do acolhimento e de quem o executa, na demanda espontânea ou programada (médico, enfermeiro e cirurgião-dentista), o serviço de saúde contempla as necessidades de atendimento da comunidade com base na escuta.

Seguindo as diretrizes clínicas da secretaria municipal de saúde para organizar o acolhimento e atendimento aos usuários nas UAPS, adotamos como base o Caderno n. 28, v. 2, do MS¹⁴, que oferece embasamento teórico aos profissionais que atuam na classificação de risco, para proporcionar ações de qualidade aos usuários demonstrando preocupação e corresponsabilidade pactuada entre gestão e profissionais. Isso se harmoniza com os princípios do SUS, como a acessibilidade, integralidade e equidade da assistência¹⁵. Com esse *modus operandi*, divide-se o atendimento em dois tipos: a) condições crônicas; e b) eventos agudos. Para facilitar o fluxo de trabalho, uma agenda organiza previamente o cronograma das equipes de saúde.

Um grupo gestor, composto por um membro de cada categoria (médico, enfermeiro, dentista, ACS, técnico de enfermagem, coordenador e administrador), reúne-se mensalmente na UAPS, mais precisamente na coordenação, para discussão de casos, acompanhamento das atividades e gerenciamento dos serviços, com vistas a posterior avaliação junto às equipes da ESF. As reuniões foram planejadas de modo a não atrapalhar os atendimentos, buscando a adoção de novos fluxos de trabalho capazes de aprimorar o manejo dos processos.

Foram utilizadas ferramentas que facilitaram esse processo dentre elas se destacou o prontuário eletrônico. No início ele não foi bem aceito pelos profissionais, porém, treinamentos oferecidos às equipes sensibilizaram os profissionais da saúde em relação ao potencial desse avanço tecnológico. A organização da agenda contempla os três turnos de serviço, de modo que sejam distribuídos igualmente entre as três equipes considerando os grupos prioritários e os eventos agudos.

Como o território é muito populoso, ainda se observam falhas nesse processo, porém, pode-se afirmar que toda a população do bairro Vila Peri recebe atendimento no que concerne às suas necessidades básicas, prevenindo o agravamento de situações já existentes.

Vale ressaltar que, nos casos em que não se obteve melhora do *status* de saúde do paciente, após sua estabilização, acionou-se a rede de saúde secundária por meio do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (Samu).

O atendimento aos grupos prioritários se inicia com a estratificação do risco, garantindo aos pacientes com maior vulnerabilidade um olhar diferenciado. Assim, as consultas ao usuário diabético (tipo 1 e 2) e/ou hipertenso buscam identificar sua adesão ao tratamento prescrito, a eficácia da medicação e a presença de comorbidades, oferecendo encaminhamento, sempre que necessário. O pré-natal é realizado por meio de consultas intercaladas entre o enfermeiro e o médico da equipe responsável, com retorno inicialmente mensal, passando para frequência quinzenal e semanal com o passar do tempo, sendo a gestante classificada de acordo com o risco e vinculada à maternidade de referência da UAPS.

O acompanhamento da puérpera ocorre por meio de visita domiciliar da equipe até o sétimo dia após o parto, com vistas a orientar sobre os sinais de alerta para infecção, os cuidados iniciais com o recém-nascido, o aleitamento materno e a importância de fortalecer os vínculos entre o profissional da saúde e a família. Destaca-se, ainda, a avaliação do recém-nascido e o agendamento de consultas de puericultura até o segundo ano de vida, quando se monitora o crescimento e desenvolvimento psicomotor da criança, com acompanhamento da situação vacinal e encaminhamento para pediatra da rede, quando necessário.

O acolhimento desencadeia transformações no processo de trabalho, nas relações estabelecidas nos

...o acolhimento se mostra uma ferramenta útil para repensar práticas e alcançar melhores resultados.

espaços de cuidado e no âmbito organizacional dos serviços de saúde. Assim, a interconexão do processo de trabalho, dos espaços de cuidado e do âmbito organizacional dos serviços renova as ações da APS e contribui com a consolidação desse modelo. Enquanto estratégia de organização dos serviços de saúde, o acolhimento apresenta resultados satisfatórios comprovados por diversos estudos¹⁶⁻¹⁷. Tal recurso já é empregado em outros níveis de atenção à saúde e beneficia a interdisciplinaridade e a resolutividade na assistência¹⁷.

CONCLUSÃO

O processo de trabalho na APS, dentre outros aspectos, é operacionalizado por meio de territorialização, com responsabilização e criação de vínculos. Nesse contexto, o acolhimento se mostra uma ferramenta útil para repensar práticas e alcançar melhores resultados.

Constatou-se que o acolhimento tende a fortalecer os vínculos entre usuários e profissionais, aumentando os níveis de resolutividade e aprimorando a organização dos serviços de saúde.

Entretanto, este estudo apresenta como limitação a análise de um único estabelecimento de APS. Há necessidade de pesquisas com um universo mais amplo para evidenciar a possibilidade de generalização dos achados deste relato de experiência.

Apesar das resistências iniciais, observou-se que os trabalhadores da saúde tendem a aderir aos princípios do SUS quando compreendem o potencial aumento de resolutividade na assistência o acolhimento na UAPS constitui um exemplo relevante nesse sentido.

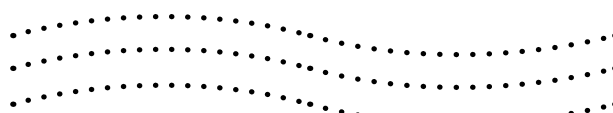
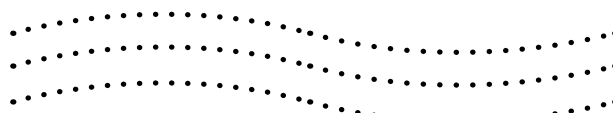
CONTRIBUIÇÃO DAS AUTORAS

Myrna Maria Arcanjo Frota Barros e Maria de Lourdes Colares Mendes contribuíram para a concepção e preparação do manuscrito, **Luciana Maria**

Arcanjo Frota e Janaína Rocha de Sousa Almeida contribuíram para a preparação do manuscrito e colaboraram com a revisão final do artigo.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado; 1988.
2. Viana AL, Dal Poz MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis* [serial on the internet]. 1998 [cited 2018 Dec 11];8(2):11-48. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v8n2/02.pdf>
3. Brasil. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1994.
4. Silva LG, Silva Alves M. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. *Rev APS* [serial on the internet]. 2008 [cited 2018 Dec 11];11(1):74-84. Available from: http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/artigos-cientificos/artigo_-_o_acolhimento_como_ferramenta_de_praticas_inclusivas_de_saude.pdf
5. Brasil. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.
6. Brasil. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
7. Brasil. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.
8. Brasil. Censo Demográfico. Rio de Janeiro: IBGE; 2016.
9. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* [serial on the internet]. 1999 [cited 2018 Dec 11];15(2):345-53. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n2/0319.pdf>
10. Souza ECFD, Vilar RLAD, Rocha NDSPD, Uchoa ADC, Rocha PDM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública* [serial on the internet]. 2008 [cited 2018 Dec 11];24(1):s100-s110. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/15.pdf>
11. Brasil. HumanizaSUS: política nacional de humanização – a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
12. Solla JJSP. Acolhimento no sistema municipal de saúde. *Rev Bras Saúde Mater Infant* [serial on the internet]. 2005 [cited 2018 Dec 11];5(4):493-503. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n4/27768.pdf>
13. Garuzi M, Achitti COM, Sato CA, Rocha SA, Spagnuolo RS. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. *Rev Panam Salud Pública* [serial on the internet]. 2014 [cited 2018 Dec 11];35(2):144-149. Available from: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2014.v35n2/144-149/pt>
14. Brasil. Acolhimento à demanda espontânea. Queixas mais comuns na atenção básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013. (Cadernos de Atenção Básica n. 28, v. 2).
15. Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília (1990 Sep 20); Sec 1.
16. Poersch LG, Rocha CMF. Acolhimento sob a perspectiva dos profissionais da saúde da Estratégia Saúde da Família. *Sanare* (Sobral, Online) [serial on the internet]. 2016 [cited 2018 Dec 11];15(2):60-7. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1039/585>
17. Goyanna NF, Mourão Netto JJ, Freitas CASL, Ponte MAC, Araujo Dias MS. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: dos desafios às potencialidades. *Sanare* (Sobral, Online) [serial on the internet]. 2014 [cited 2018 Dec 11];13(1):119-24. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/442/296>



DIRETRIZES PARA AUTORES

SANARE (*tornar sã, em latim*) é uma revista que tem por finalidade divulgar toda e qualquer experiência, prática e teórica, em políticas públicas na área de Saúde Coletiva, como forma de contribuir com o processo de elaboração e sistematização voltado para a construção de novos paradigmas sobre a gestão governamental. A Revista, de periodicidade semestral, publica artigos que contribuem com saberes e práticas na área da Saúde Coletiva passando pelo debate da construção da interdisciplinaridade nessa seara. A submissão dos artigos far-se-á pela plataforma online: <http://sanare.emnuvens.com.br>

CATEGORIAS DE ARTIGOS

A SANARE – Revista de Políticas Públicas publica artigos temáticos, originais, relatos de experiências, revisões sistemáticas e integrativas.

A apresentação dos manuscritos deve obedecer às regras de formatação definidas nessas Diretrizes para Autores, diferenciando-se apenas pelo número permitido de palavras em cada uma das categorias.

- **Artigo Original:** de caráter original, podendo ser revisão crítica, meta-análise ou resultado de pesquisas de natureza empírica, experimental ou conceitual sobre o assunto, avaliação de programas e análises de custo-efetividade. Cada artigo deve conter objetivos e/ou hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões. Incluem também ensaios teóricos (críticas e formulação de conhecimentos teóricos relevantes) e artigos dedicados à apresentação e discussão de aspectos metodológicos e técnicas utilizadas na pesquisa em saúde coletiva. Neste caso, o texto deve ser organizado em tópicos para guiar os leitores quanto aos elementos essenciais do argumento desenvolvido (entre 4.000 a 5.000 palavras);

- **Relatos de Experiência:** São relatos curtos de achados que apresentam interesse para a saúde coletiva de caráter intervencionista, mas que não comportam uma análise mais abrangente e uma discussão de maior aprofundamento (entre 3.000 a 4.000 palavras).

- **Artigos de Revisão ou Teóricos:** compreende a análise da literatura sobre temas específicos. Deve incluir uma seção que descreva os métodos utilizados para localizar, selecionar, extrair e sintetizar os dados e as conclusões (entre 4.000 a 5.000 palavras).

Do ineditismo do material

O conteúdo dos artigos enviados para publicação não pode ter sido publicado anteriormente ou encaminhado simultaneamente a outro periódico. A identificação de plágio implica em exclusão imediata do sistema de avaliação. Por plágio considera-se copiar um estudo, ou parte dele, de outro autor ou mesmo de publicação própria (autoplágio). Para maiores informações sobre plágio, acesse o link <http://www.dsce.fee.unicamp.br/~antenor/Plagio.pdf>

Da autoria

O número máximo de autores do manuscrito está limitado a seis (06).

As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve basear-se nas deliberações do *International Committee of Medical Journal Editors* (<http://www.icmje.org>) que orienta os seguintes aspectos a serem considerados na contribuição substancial para o reconhecimento da autoria: 1. Concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou a sua revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; e, 3. Aprovação da versão a ser publicada.

No final do texto, devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

Importante!

Após a aprovação do Artigo e recebimento de Carta de Aprovação, os autores devem atender os seguintes passos:

- Confirmar a intenção de publicação dentro de 72 horas e, na sequência, cumprir os requisitos do processo de edição de texto, enviando o manuscrito para o Editor de Texto oficial da Revista.

A Revista não cobra taxas de submissão e publicação. Contudo, o processo de revisão da língua portuguesa e tradução dos títulos e resumos para o inglês e espanhol serão financiados pelos autores

FORMA E PREPARO DOS MANUSCRITOS

Formato

O arquivo contendo o manuscrito deve ser elaborado no Editor de Textos MS Word com a seguinte configuração de página: papel tamanho A4, margens de 2 cm em todos os lados; fonte *Times New Roman*, tamanho 12 com espaçamento entrelinhas de 1,5 pt.

Estrutura

I. A ordem dos elementos que compõem o corpo do manuscrito deve obedecer ao seguinte padrão: título em português, inglês e espanhol; resumo e descritor; abstract e descriptor; resumen e descriptor; texto (introdução, metodologia, resultados, discussão e conclusão); contribuição dos autores e referências.

II. Deverá conter as seguintes informações no cabeçalho, nessa ordem: 1) título do artigo, com no máximo 15 palavras em cada idioma (Português, Inglês e Espanhol). O texto não deve incluir qualquer informação que permita a identificação de autoria; os dados de todos os autores deverão ser informados apenas nos campos específicos do formulário de submissão (Passo 3 – Inclusão de Metadados).

III. Resumo: Português/Inglês/Espanhol. O resumo deverá conter de 150 a 200 palavras em cada um dos idiomas, apresentando: objetivo da pesquisa, metodologia adotada, principais resultados e as conclusões. Deverão ser destacados os novos e mais importantes aspectos do estudo. Os resumos em inglês e espanhol são de responsabilidade dos autores. Porém, podem ser revistos e solicitadas modificações a partir do parecer do Conselho Editorial da SANARE – Revista de Políticas Públicas. Apresentar, sequencialmente, os resumos nesta página de identificação.

IV. Descritores: incluir 3 a 5 descritores segundo o índice dos Descritores em Ciências da Saúde - DeCS (<http://decs.bvs.br>), separados entre si por ponto-e-vírgula.

V. Às tabelas e quadros deve-se atribuir um título breve. Notas explicativas podem ser colocadas abaixo da tabela/quadro. Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem fazer a citação do autor e revista; devem ser elaboradas para reprodução direta pelo Editor de Layout, sem cores, inseridas no texto, com a primeira letra da legenda em maiúscula descrita na parte superior, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem em que foram citadas no texto. Conteúdo em fonte 12pt com a primeira letra em maiúscula, apresentadas em tamanho máximo de 14 x 21 cm (padrão da Revista) e comprimento não deve exceder 55 linhas, incluindo título.

VI. As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos, etc.) devem ser citadas como figuras. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto; as ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução, utilize escala de cinza e outros recursos para impressão em preto e branco. Não se permite que figuras representem os mesmos dados de Tabela. Nas legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido. Se houver figura extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem fazer a citação do autor e revista.

VII. A quantidade de Tabelas e Figuras não deve ser superior a cinco (05).

Abreviaturas e símbolos: Não deve conter abreviações no título e no resumo. Os termos por extenso aos quais as abreviações correspondem devem preceder sua primeira utilização no texto, a menos que sejam unidades de medidas padronizadas.

VIII. Aspectos Éticos: nas pesquisas que envolvem seres humanos, os autores deverão deixar claro que as mesmas atenderam à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O documento de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deve ser encaminhado sob a forma de documento digitalizado via Documentos Suplementares (Passo 4 da submissão do artigo).

IX. Citação de Referência: numerar as referências de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Identificar as referências no texto por números arábicos sobrescritos e antes da pontuação necessária, sem a identificação do autor e ano, e sem uso de parênteses.

Quando se tratar de citação sequencial, separe os números por traço (ex: 1-3); quando intercalados, use vírgula (ex: 1,3,5). Quando a citação for direta, deve acrescer o número da página (ex.: 4:54).

X. NÃO USAR rodapé/notas/espacamento entre parágrafos.

XI. Cada autor deverá assinar uma “Declaração de Responsabilidade” na qual seja especificada a contribuição de cada um, conforme modelo (Anexo 1), e anexada via Documentação Suplementar. Entretanto, no corpo do manuscrito deve conter a CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES; este item deve ser apresentado antes da seção “Referências”.

Exemplo:

Paulo Átila da Silva Viana contribuiu com o delineamento e a realização da pesquisa e a redação do manuscrito. **Joaquim David Carneiro Neto** contribuiu com o delineamento da pesquisa e a revisão crítica do manuscrito. **Camila Teles Novais, Isabelle Furquim Guimarães e Yan Sousa Lopes** contribuíram com o delineamento e a realização da pesquisa e a redação do manuscrito. **Breno Cotrim Reis** contribuiu com a realização da pesquisa e a redação do manuscrito.

Referências

Serão aceitas, no máximo, 30 referências, orientando-se incluir apenas aquelas estritamente pertinentes e relevantes à problemática abordada. Deve-se evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação. Os autores são os responsáveis pela exatidão das referências.

1. As referências seguem o estilo Vancouver, tendo como base as normas adotadas pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (estilo Vancouver), publicadas no ICMJE - Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (<http://www.icmje.org/index.html>).

2. Os títulos de periódicos devem ser referidos abreviados, de acordo com o Index Medicus: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals>.

3. Para abreviatura dos títulos de periódicos nacionais e latino-americanos, consultar o site: <http://portal.revistas.bvs.br> eliminando os pontos da abreviatura, com exceção do último ponto para separar do ano.

4. As referências devem ser numeradas consecutivamente, conforme a ordem que foram mencionadas pela primeira vez no texto.

5. NÃO APRESENTAR referências de monografias, dissertações e teses (exceto quando a pesquisa incluir Banco de dissertações/teses em pesquisas de Revisões).

Exemplos:

- Livros como um todo:

Dias FAC, Dias MAS. Território, cultura e identidade. Rio de Janeiro: Abrasco; 2010.

- Capítulo de livro:

Lachapelle R. L'expertise Québécoise D'action Territoriale en Promotion de La Santé. In: Dias FAC, Dias MSA, organizadores. Território, Cultura e Identidade. Rio de Janeiro (RJ): Abrasco; 2010. p. 48-79.

- Trabalhos apresentados em eventos científicos:

Moreira V. O método fenomenológico mundano na pesquisa em saúde. In: Anais do 4º Congresso de Pesquisa Ibero americano de Pesquisa Qualitativa em Saúde; 2010; Fortaleza: Abrasco; 2010. p.143.

- Artigos de periódicos:

1) Artigo Padrão

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Cien Saude Colet 2010;15(5):2297-305.

2) Com mais de seis autores

Carneiro Neto MC, Carneiro JC, Moreira AP, Soares CHA, Pinto VPT, Melo MSS, et al. Aspectos jurídicos do enfrentamento da dengue no município de Sobral, Ceará. *Sanare* 2010;9(1):27-8.

3) Instituição como autor

Fundação Oswaldo Cruz. O legado de Oswaldo Cruz. *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 2007;10:40-1.

- Material eletrônico

4) Artigo de revista em formato eletrônico

Vilela EM, Mendes IJM. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2003 [cited 2012 Apr 21];11(4):525-31. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n4/v11n4a16.pdf>

Castro SS, Pelicioni AF, Cesar CLG, Carandina L, Barros MBA, Alves MCGP et al. Uso de medicamentos por pessoas com deficiências em áreas do estado de São Paulo. *Rev saúde pública* [Internet]. 2010 [cited 2012 Jun 10];44(4):601-10. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n4/03.pdf>

Rozenfeld M. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. *Cad saúde pública* [Internet]. 2003 [cited 2012 May 10];19(3):717-24. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v19n3/15875.pdf>

Matéria publicada na Internet

Brasil. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança - 2006 [home-page on the Internet]. [cited 2014 Mar 20]. Available from: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/pnds>

ANEXO 1

Declaração de Responsabilidade (MODELO)

Eu, (*nome por extenso*), certifico que participei da autoria do manuscrito intitulado (*título*) nos seguintes termos:

“Certifico que participei suficientemente do trabalho para tornar pública minha responsabilidade pelo seu conteúdo”.

“Certifico que o manuscrito representa um trabalho original e que nem este manuscrito, em parte ou na íntegra, nem outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, foi publicado ou está sendo considerado para publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou no eletrônico, exceto o descrito em anexo.”

“Atesto que, se solicitado, fornecerei ou cooperarei totalmente na obtenção e fornecimento de dados sobre os quais o manuscrito está baseado, para exame dos editores.”

Contribuição: _____

Local, data

Assinatura

OBS: A contribuição de cada um dos autores deve ser explicitada na declaração. Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios.