
QUESTÕES E DESAFIOS EM
SAÚDE COLETIVA
2022

VOLUME 1

Silvana Santos | Claudia Santos Martiniano
André L. Bonifácio de Carvalho | Ana Maria Gondim Valença
Daniela Gomes de Brito Carneiro
(Organizadores)





Universidade Estadual da Paraíba

Prof^a. Célia Regina Diniz | *Reitora*

Prof^a. Ivonildes da Silva Fonseca | *Vice-Reitora*



Editora da Universidade Estadual da Paraíba

Cidoval Morais de Sousa | *Diretor*

Conselho Editorial

Alessandra Ximenes da Silva (UEPB)

Alberto Soares de Melo (UEPB)

Antonio Roberto Faustino da Costa (UEPB)

José Etham de Lucena Barbosa (UEPB)

José Luciano Albino Barbosa (UEPB)

Melânia Nóbrega Pereira de Farias (UEPB)

Patrícia Cristina de Aragão (UEPB)



Editora indexada no SciELO desde 2012



Associação Brasileira
das Editoras Universitárias

Editora filiada a ABEU

EDITORA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

Rua Baraúnas, 351 - Bairro Universitário - Campina Grande-PB - CEP 58429-500
Fone: (83) 3315-3381 - <http://eduepb.uepb.edu.br> - email: eduepb@uepb.edu.br

Silvana Santos
Claudia Santos Martiniano
André L. Bonifácio de Carvalho
Ana Maria Gondim Valença
Daniela Gomes de Brito Carneiro
(Organizadores)

QUESTÕES E DESAFIOS EM
SAÚDE COLETIVA
2022

VOLUME 1



Campina Grande - PB
2022



Editora da Universidade Estadual da Paraíba

Cidoval Morais de Sousa | Diretor

Expediente EDUEPB

Erick Ferreira Cabral | *Design Gráfico e Editoração*
Jefferson Ricardo Lima A. Nunes | *Design Gráfico e Editoração*
Leonardo Ramos Araujo | *Design Gráfico e Editoração*
Elizete Amaral de Medeiros | *Revisão Linguística*
Antonio de Brito Freire | *Revisão Linguística*
Danielle Correia Gomes | *Divulgação*
Efigênio Moura | *Comunicação*
Walter Vasconcelos | *Assessoria Técnica*

Depósito legal na Câmara Brasileira do Livro - CDL

Q5 Questões e desafios em saúde coletiva 2022 / organizadores,
Silvana Santos ... [et al.]. – Campina Grande : EDUEPB,
2022.
278 p. : il. ; 17 x 24 cm ; v. 1 ; 3500 KB.

ISBN: 978-85-7879-736-2 (Impresso)

ISBN: 978-85-7879-735-5 (E-book)

1. Políticas públicas. 2. Saúde coletiva. 3. Atenção primária
em saúde. I. Título.

21. ed. CDD 320.6

Ficha catalográfica elaborada por Fernanda Mirelle de Almeida Silva – CRB-15/483

Copyright © **EDUEPB**

A reprodução não-autorizada desta publicação, por qualquer meio, seja total ou parcial, constitui violação da Lei nº 9.610/98.

Sumário

PREFÁCIO

SE QUESTIONAR E DESAFIAR PELA CIÊNCIA E SAÚDE PÚBLICA NA PARAÍBA.....10

Felipe Proenço de Oliveira

APRESENTAÇÃO13

Daniela Gomes de Brito Carneiro

1 AS COMISSÕES INTERGESTORES REGIONAIS NO NORDESTE: COMO FUNCIONAM E QUAIS SEUS DESAFIOS?.....16

Assis Luiz Mafort Overney

André Luís Bonifácio de Carvalho

Nadia Maria da Silva Machado

Jose Mendes Ribeiro

Marcelo Rasga Moreira

2 MULHERES NA CONDUÇÃO DA GESTÃO MUNICIPAL DO SUS: PERFIL, DESAFIOS E AGENDAS DE INTERVENÇÃO32

André Luís Bonifácio de Carvalho

Assis Luiz Overney Mafort

Nadia Maria da Silva Machado

Thiago Dias Sarti

Manuella Ribeiro Lira Riquieri

Edjavane da Rocha Rodrigues de Andrade Silva

Karlla Danielle da Silva Guedes

Debora Charmene Costa Campos

Matheus Felipe de Macedo Freire

Oliveira Menezes Júnior

Emanuel Nascimento Nunes

Elton de Souza Leite

3 ESTRATÉGIAS DE GESTÃO LOCAL PARA NORMATIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE..... 47

Matheus Vítor Pereira Lima
Ítalo Vinícius Albuquerque Diniz
Jairo Porto Alves
Tácila Thamires de Melo Santos
Wezila Gonçalves do Nascimento
Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo
Francisco de Sales Clementino
Claudia Santos Martiniano

4 DETERMINANTES DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NA PARAÍBA DE 2015 A 2017 61

Daniella de Souza Barbosa
André Luís Bonifácio de Carvalho
Andrey Maia Silva Diniz
Bianca Nóbrega de Medeiros Batista
Edjavane da Rocha Rodrigues de Andrade Silva
Otávio Augusto Nasser Santos
Raquel Veloso do Nascimento

5 AVALIAÇÃO DAS SALAS DE VACINAS DE UM MUNICÍPIO NORDESTINO: ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO 73

Zenailza Andrade de Brito
Tácila Thamires de Melo Santos
Wezila Gonçalves do Nascimento
Luzibênia Leal de Oliveira
Claudia Santos Martiniano
Ricardo Alves de Olinda

6 CONHECIMENTO DO ENFERMEIRO ACERCA DO GERENCIAMENTO ASSISTENCIAL À CRIANÇA COM OBESIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE..... 86

Karolliny Silva Freitas
Gabriella Lisieux Lima Gomes
Thalys Maynard Ferreira Costa
Morgana Monteiro Pimentel
Fernanda Caroline Tavares de Melo
Danielle Franklin de Carvalho
Amanda Soares

7	DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA MENSURAR HABILIDADES DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE PARA COLETA DE DADOS EPIDEMIOLÓGICOS SOBRE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA	99
	Fernando Rocha Lucena Lopes Shirley Lima Karolinne Souza Monteiro Silvana Santos	
8	CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE DE FAMÍLIAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL	117
	Melissa Motta Felício Josevania da Silva Suenny Fonseca de Oliveira Marize Barros de Souza Ardigleusa Alves Coêlho	
9	ANÁLISE DO CONSUMO DE BENZODIAZEPÍNICOS EM UMA CIDADE DO INTERIOR DA PARAÍBA	130
	José Ewayr Mariano de Araújo Lucenildo Laerty da Silva Sales Carla Campos Muniz Medeiros Danielle Franklin de Carvalho Mônica Oliveira da Silva Simões	
10	ELABORAÇÃO DE UM GUIA FARMACOTERAPÊUTICO DE MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS PEDIÁTRICOS	140
	Joycyelly Gomes Abdala Brandão	
11	PERFIL SOCIOECONÔMICO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS E REDE DE SUPORTE AOS SEUS FAMILIARES	156
	Humberto Medeiros Wanderley Filho Manuela Carla de Souza Lima Daltro Edvaldo de Sousa Costa Neto Roberto Alexandre Franken	
12	SINAIS E SINTOMAS DE SOFRIMENTO PSÍQUICO EM UNIVERSITÁRIOS DE ENFERMAGEM	170
	Richelle da Silva Paula Kerolainy Lima Guedes Melissa Mota Felício José Evandro Silva Soares Erijackson de Oliveira Damião Ardigleusa Alves Coêlho	

13 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DE USUÁRIOS DE CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL185

Janete Laurentino dos Santos
Claudia Santos Martiniano
José Evandro Silva Soares
Ardigleusa Alves Coelho

14 SUICÍDIO EM CONTEXTOS DE RECESSÃO ECONÔMICA: UMA REVISÃO DE ESCOPO197

Daniela Cristina Moreira Marculino de Figueiredo
Ronei Marcos de Moraes
Larissa Duarte de Britto Lira
Kerle Dayana Tavares de Lucena
Rodrigo Pinheiro Toledo Vianna

15 SAÚDE, BEM-ESTAR E ENVELHECIMENTO EM POPULAÇÕES CONSANGUÍNEAS NA PARAÍBA: DESCRIÇÃO DOS MÉTODOS E ACHADOS COM IDOSOS LONGEVOS215

Silvana Santos
Júlia Cristina Leite Nóbrega
Raisa Fernandes Mariz
Juliana Barbosa Medeiros
Tácila Thamires de Melo Santos
Saionara Açucena Vieira Alves
Javanna Lacerda Gomes da Silva Freitas
Jaíza Marques Medeiros e Silva
Elayne Costa Cordeiro
Priscilla Yévelin Barros de Melo
Leandro Ucela Alves
Tarciana Nobre de Menezes

16 AVALIAÇÃO DE PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPRIADOS PARA IDOSOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE233

Maria Fátima Gonçalves de Araújo
Ricardo Alves de Olinda
Maria do Socorro Ramos de Queiroz

17 FATORES ASSOCIADOS À QUALIDADE DO SONO EM POPULAÇÕES DE IDOSOS LONGEVOS246

Bárbara Tejo Bezerra Araújo de Souza
Júlia Cristina Leite Nóbrega
Raisa Fernandes Mariz
Juliana Barbosa Medeiros
Priscila Lima Jacob
Ricardo Olinda
Silvana Santos

18 RELATO DE EXPERIÊNCIA: “ENVELHECER NA PARAÍBA” – PROGRAMAS DE RÁDIO E TELEVISÃO COMO ESTRATÉGIA PARA DIVULGAR E DEVOLVER RESULTADOS DE PESQUISA CIENTÍFICA.....269

Maria Clara Dantas Vieira
Stéphanie Lima Fachine de Alencar
Bárbara Tejo Bezerra Araújo de Souza
Hipólito de Sousa Lucena
Júlia Cristina Leite Nóbrega
Raisa Fernandes Mariz
Juliana Barbosa Medeiros
Javanna Lacerda Gomes da Silva Freitas
Jaíza Marques Medeiros e Silva
Silvana Santos

PREFÁCIO

SE QUESTIONAR E DESAFIAR PELA CIÊNCIA E SAÚDE PÚBLICA NA PARAÍBA

Felipe Proenço de Oliveira¹

¹ Diretor Geral da Escola de Saúde Pública da Paraíba.

É recorrente citar nos debates em saúde, especialmente no âmbito de processos formativos, que o Sistema Único de Saúde é responsável pela ordenação da formação de recursos na área da saúde, como está bem expresso na Lei 8.080/1990. O interessante é notar que, na mesma lei, poucos itens após o citado anteriormente, está expressa a responsabilidade do SUS com o incremento do desenvolvimento tecnológico e científico.

Nesse âmbito, eventos, como a segunda edição do “Questões e Desafios em Saúde Coletiva”, expressam de forma viva o que está disposto nos marcos legais, mas, mais que isso, demonstram a efervescência dos Programas de Pós-graduação em Saúde Coletiva no estado da Paraíba. O número de programas na área tem aumentado e trazido contribuições fundamentais para o SUS paraibano.

Do mesmo modo que as universidades têm demonstrado a implicação com o sistema público de saúde, desenvolvendo atividades de pesquisa e extensão em consonância com as necessidades do SUS, deve-se destacar como os serviços de saúde são espaços fundamentais de produção de conhecimento. Seja pela necessidade de responder de forma criativa às demandas cotidianas, ou pela incorporação da educação permanente em saúde, os serviços têm se posicionado de forma decisiva na perspectiva do avanço científico e tecnológico.

É nesse contexto que é criada a Escola de Saúde Pública da Paraíba, instituição que organiza, junto a Universidade Estadual da Paraíba (coordenadora e sede) e a Universidade Federal da Paraíba, essa segunda edição desse evento. A criação da ESP-PB vem exatamente no intuito de inserir de forma definitiva o serviço de saúde no âmbito da pesquisa e abrir espaço para novas iniciativas, fortalecendo as já existentes.

Ter um espaço de formação e pesquisa no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde é fundamental para consolidar e impulsionar as experiências extremamente relevantes da saúde pública paraibana. Mas, somente através do esforço coletivo e articulado das diversas instituições, será possível fortalecer uma área que tem sofrido com cortes recorrentes no âmbito Federal.

O registro dessas relevantes produções está expresso nesse documento, que apresenta variadas iniciativas de pesquisa, apresentando em comum o fortalecimento do sistema de saúde paraibano. Vale a leitura atenta de cada trabalho que registra os diferentes momentos das pesquisas desenvolvidas nos programas de pós-graduação em Saúde Coletiva e Saúde Pública do Estado. Dessa forma, constitui uma verdadeira cartografia do que tem

despertado o interesse na pesquisa local, projetando o Estado para dimensões mais amplas.

Reconhecendo os avanços, reconhecem-se também as necessidades. Ampliar o fomento e a estrutura para esses programas está na pauta do dia. Não há como pensar na sobrevivência de um setor que não tenha apoio e estrutura, a qual vá além das iniciativas das universidades ou órgãos governamentais do âmbito Estadual. Cabe aqui destacar o suporte incondicional que a Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Paraíba tem proporcionado para as atividades citadas.

Essa base possibilita vislumbrar novas possibilidades para a pesquisa no sistema público de saúde paraibano, mas precisa ser construída cotidianamente. Que venham mais eventos como esse e que os leitores possam desfrutar da densidade das pesquisas ora apresentadas. Boa leitura!

APRESENTAÇÃO

Daniela Gomes de Brito Carneiro¹

¹ Diretora Acadêmica da Escola de Saúde Pública do Estado da Paraíba.

Esta coletânea reúne 36 artigos, dispostos em dois volumes, fruto de pesquisas na área da Saúde Coletiva, realizadas por estudantes de graduação e de pós-graduação, profissionais que atuam nos serviços de saúde e docentes de instituições de ensino, principalmente do estado da Paraíba. Esses artigos foram selecionados por especialistas, a partir de uma chamada pública vinculada ao *II Encontro Questões e Desafios em Saúde Coletiva*, evento derivado da iniciativa de integração dos Programas de Pós-Graduação da área da Saúde Coletiva da Paraíba, em colaboração com a Escola de Saúde Pública do Estado da Paraíba, a saber: o Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba (PPGSP/UEPB); o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC/UFPB); e o Programa de Pós-Graduação Modelos e Decisão em Saúde da Universidade Federal da Paraíba (PPGMDS/UFPB).

A obra retrata a diversidade e riqueza de temáticas, bem como as questões e desafios enfrentados pelos profissionais que atuam nos serviços de saúde. No Volume 1, estão reunidos os temas relacionados ao planejamento, gestão e avaliação de serviços de saúde, com destaque para os artigos que descrevem o funcionamento das comissões intergestores regionais no Nordeste, a atuação das mulheres na condução da gestão municipal do SUS, como também os aspectos dos determinantes da judicialização do SUS no estado da Paraíba. Em seguida, são apresentados os artigos que tematizam a Atenção Primária em Saúde e o perfil dos profissionais que atuam nesses serviços. Um dos artigos se debruça sobre a questão da avaliação do funcionamento das salas de vacina de um município paraibano; outro artigo buscou investigar as competências e habilidades dos agentes comunitários de saúde para realizar coleta de dados sobre pessoas com deficiência. A questão dos determinantes sociais da saúde também foi objeto de um dos estudos que investigou as condições de vida e saúde de famílias em situação de vulnerabilidade social.

As questões de saúde mental, que se aprofundaram bastante durante o período de pandemia da COVID-19, também foram retratadas na obra. Um dos artigos apresentou os resultados de um levantamento sobre o consumo de benzodiazepínicos em um município da Paraíba, enquanto outros descreveram o perfil de usuários de serviços, inclusive crianças e adolescentes; ou ainda sinais e sintomas de sofrimento psíquico entre estudantes de enfermagem em processo de formação. A partir de uma revisão de literatura, foi possível compreender mais profundamente como as questões socioeconômicas afetam as pessoas e as levam a cometer suicídio.

Aspectos da transição demográfica e epidemiológica e da crescente presença de pessoas idosas na população paraibana têm relevância na publicação. Em um dos capítulos desta obra, os autores contaram a história de como um dos estudos mais importantes do país, o *Estudo Saúde, Bem Estar e Envelhecimento* (Estudo SABE), que iniciou com uma coorte de idosos em São Paulo, e foi ampliado para abranger populações que mantêm a tradição de casamentos consanguíneos nos estados do Nordeste. Há quinze vezes mais casamentos entre pessoas aparentadas no Nordeste do que no Sudeste, fato que repercute nas condições de saúde dessas populações. Um dos artigos mostra, por exemplo, as diferenças em relação aos fatores associados ao sono entre idosos de São Paulo e da Paraíba. Outro estudo abordou o uso de medicamentos por idosos e, em um relato de experiência, foi possível conhecer uma série de entrevistas feitas sobre o projeto SABE para divulgar os objetivos da pesquisa para os participantes.

No Volume 2, são abordadas as doenças crônicas não transmissíveis e da obesidade, em especial, entre crianças e adolescentes; revisões de literatura, que mostram a produção científica sobre terapia cognitivo-comportamental aplicada à obesidade até resultados de pesquisa epidemiológica, como fatores de risco e associados à obesidade; o uso de videogame ativo na melhoria da qualidade de vida de jovens e adolescentes obesos; a obesidade entre crianças, jovens e adolescentes na Paraíba; os impactos da pandemia da Covid 19 sobre a saúde da população e dos profissionais que estiveram na linha de frente dos serviços, como também questões a ela relacionadas, por exemplo, do uso de ferramentas digitais para atendimento de saúde durante o período de isolamento social. A violência sexual e o entendimento dos casos de sífilis nesse período histórico também foram trabalhados por alguns autores paraibanos; além das intoxicações agudas e acidentes por animais peçonhentos.

A publicação de uma obra como esta se assemelha a um voo panorâmico pela pesquisa na Paraíba. Contribui para a compreensão das questões e desafios no campo da Saúde Coletiva em uma perspectiva mais regionalizada. Entretanto, para que de fato os gestores e os profissionais que estão à frente dos serviços possam se apropriar das evidências produzidas pelas pesquisas científicas para reflexão e proposição de ações de promoção à saúde e a prevenção de agravos, precisamos buscar produzir sínteses com recomendações ou proposições, objetivando o fortalecimento e/a revisão de políticas públicas, de ações, de programas ou rotinas do cotidiano. A reflexão mais aprofundada sobre essa questão, contudo, será abordada em um próximo volume.

1

AS COMISSÕES INTERGESTORES REGIONAIS NO NORDESTE: COMO FUNCIONAM E QUAIS SEUS DESAFIOS?

Assis Luiz Mafort Overney¹

André Luís Bonifácio de Carvalho²

Nadia Maria da Silva Machado¹

Jose Mendes Ribeiro¹

Marcelo Rasga Moreira¹

1 Centro de Estudos Estratégicos da Fundação Oswaldo Cruz.

2 Universidade Estadual da Paraíba.

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas três décadas, a descentralização da política de saúde no Brasil promoveu expressivas alterações nas relações estabelecidas entre a União, os Estados e os Municípios no campo da política de saúde, resultando em mudanças simultâneas na divisão federativa das atribuições, na organização e gestão da rede de serviços, na elaboração, implementação e avaliação de políticas e programas, no financiamento e na tomada de decisões (FLEURY, 2014; ABRÚCIO, 2005).

Em todas essas dimensões, observou-se a transferência de competências da União para os estados e, em especial, para municípios que assumiram, em seus respectivos territórios, a gestão operacional do SUS, enquanto as instâncias centrais se especializaram na formulação, apoio à implementação e avaliação de políticas e programas considerados de expressiva relevância (OUVERNEY; FLEURY, 2017).

Esse novo desenho federativo alterou profundamente a natureza das relações intergovernamentais no setor saúde. Em consequência, o padrão vertical de relações entre as três esferas, típico de modelos mais coercitivos de federalismo, predominante no início da descentralização, foi paulatinamente sendo substituído por uma governança de natureza mais cooperativa, em que as decisões são tomadas de forma conjunta, as responsabilidades são compartilhadas e a ação interdependente tornou-se essencial para a condução do SUS (SANTOS; ANDRADE, 2007; VIANNA; MACHADO, 2009).

A consolidação desse federalismo cooperativo no SUS envolveu a construção de um arcabouço político-institucional, em que as comissões intergestores assumiram um papel central, como fóruns de apresentação de propostas, discussão de alternativas e estabelecimento de pactos confiáveis entre as três esferas de governo. A atuação regular e adequada da CIT e das CIB contribuiu de forma expressiva para gerenciar os dilemas do processo de descentralização e implantação do SUS (RIBEIRO, 1997).

A implantação das CIR, mais recentemente, tem sido apontada como uma das inovações essenciais para se avançar no processo de articulação regional das ações e serviços nas 438 regiões de saúde do país. A regionalização, entretanto, impõe novos desafios ao federalismo setorial, exigindo o desenvolvimento de soluções clínicas, gerenciais, financeiras e, principalmente, políticas, o que provoca uma reflexão do quanto esse sistema mais recente de governança cooperativa nas regiões de saúde está preparado para fornecer respostas adequadas para o futuro do SUS (CARVALHO; JESUS; SENRA, 2017; SANTOS; GIOVANELLA, 2014; MOREIRA; RIBEIRO; OUYERNEY, 2017).

Entretanto, as pesquisas nacionais e macrorregionais existentes sobre as CIR, ou mesmo sobre seus predecessores – os colegiados de gestão regional (CGR) –, são escassas. Em geral, os estudos realizados mostram a realidade de regiões de saúde ou estados específicos, o que restringe a capacidade de compreender as expressivas diferenças regionais brasileiras, ou focam apenas em aspectos básicos do funcionamento das CIR, o que proporciona apenas uma compreensão parcial de seu potencial (VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010; SILVEIRA; SANTOS; CARVALHO; ALMEIDA, 2016; VIANNA; LIMA, 2013; SANTOS; GIOVANELLA, 2014; BISCARDE; VILASBÔAS, 2020; ALBUQUERQUE *et al.*, 2018).

Buscando superar essas limitações da literatura setorial, esse capítulo apresenta um mapeamento das características estruturais e de funcionamento das CIR nas Regiões de Saúde–RS dos 09 estados da Região Nordeste, coletadas como parte de um estudo nacional, a partir da aplicação de um *Survey* on-line, contendo 83 questões semiestruturadas. O questionário foi respondido pelos (as) coordenadores (as) de CIR, no período de julho de 2017 a janeiro de 2018, e os dados selecionados para esse capítulo referem-se a todas as 136 regiões de saúde dos 09 (nove) estados da região nordeste do Brasil, representando uma taxa de retorno de 100%.

2 PESQUISA NACIONAL DAS COMISSÕES INTERGESTORES REGIONAIS: ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

2.1 Concepção do estudo e elaboração do questionário

A análise das características institucionais das CIR foi realizada no âmbito da “Pesquisa Nacional das Comissões Intergestores Regional – CIR”, realizada pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ), em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde (CONASEMS), com o objetivo de avaliar a capacidade de coordenação regional e o papel desempenhado pelas CIR na gestão do SUS nas regiões de saúde dos estados brasileiros.

O estudo foi financiado pelo Ministério da Saúde, no âmbito do Termo de Execução Descentralizada – TED N.º 30/2015, e foi realizado em duas etapas, sendo a primeira direcionada para avaliar a qualidade da governança institucional e a segunda voltada para analisar a capacidade das CIR para

apoiar o planejamento e a gestão de políticas. Os resultados apresentados neste artigo se referem à primeira parte da pesquisa.

A elaboração da primeira fase da pesquisa começou em fevereiro de 2018, com a formação e o alinhamento da equipe de pesquisadores, que haviam sido selecionados por meio de edital público, de ampla concorrência, em dezembro de 2017. Esse processo envolveu a realização de oficinas de debate teórico, conceitual e metodológico, a partir da revisão dos estudos existentes sobre as CIR nos estados brasileiros. Considerando a necessidade de elaborar um estudo nacional e extenso das características institucionais das CIR, garantir a comparabilidade dos resultados e obter dados para todo o país, optou-se, logo nas primeiras reuniões, pela realização de um censo a partir da aplicação de um questionário.

A formulação das questões que compuseram o texto da base do questionário foi realizada ao longo dos meses de março e abril. Logo em seguida, procedeu-se a inserção das questões no software *Survey Monkey*, considerando os ganhos de funcionalidade de gestão, praticidade de coleta, segurança, velocidade da tabulação e obtenção de resultados. Nessa fase, também foram conduzidos diversos testes pela equipe de pesquisa, visando avaliar a qualidade das funcionalidades programadas e mensurar o tempo médio de resposta do questionário.

Finalmente, em maio, foram realizadas oficinas com gestores e técnicos indicados pelas secretarias estaduais de saúde e COSEMS de cada estado, visando realizar o pré-teste do instrumento e construir a estratégia de aplicação do mesmo junto aos coordenadores/diretores/presidentes da CIR nas regiões de saúde. Após os ajustes e correções realizadas a partir do pré-teste, o questionário era composto por 80 questões distribuídas em quatro blocos: (1) informações sobre o Presidente/Diretor/Coordenador da CIR; (2) processo de implementação da CIR (3) Estrutura e Recursos Físicos, Organizacionais e Financeiros da CIR; e (4) organização político-institucional e dinâmica de funcionamento.

2.2 Coleta, sistematização e análise dos dados: dimensões e variáveis da governança institucional das CIR

Uma vez concluída a etapa de elaboração, os representantes de cada estado (SES e COSEMS) forneceram planilhas que continham os nomes, funções e os e-mails dos coordenadores/diretores/presidentes das respectivas regiões de saúde. Em seguida, foram organizados grupos de monitoramento por estado, compostos por, pelo menos, dois pesquisadores do grupo de

coordenação da pesquisa e os representantes de SES e COSEMS. As listas de e-mails foram inseridas na plataforma do *Survey Monkey* e organizadas por estado e região de saúde.

Os links contendo o questionário da pesquisa foram enviados para cada um dos coordenadores/ diretores/ presidentes, seguindo uma sequência previamente definida em conjunto com os representantes de cada estado. Logo após o encaminhamento dos links, os pesquisadores enviaram também um e-mail explicando a natureza da pesquisa e a forma de preenchimento do questionário, além de disponibilizarem seus contatos pessoais para o esclarecimento de dúvidas.

A partir desse momento, os pesquisadores mantiveram contato constante com os respondentes e com os representantes das SES e COSEMS, criando uma sistemática de acompanhamento conjunto diário, que envolveu, inclusive, a formação de grupos de whatsapp de uso contínuo. Para cada estado, foi gerado um painel de monitoramento do retorno dos questionários, contendo informações sobre o estágio de preenchimento por CIR, tempo de preenchimento, percentual de questionário parciais e completos por UF, entre outros.

Mensalmente, eram realizadas reuniões de coordenação da pesquisa para avaliar o andamento da coleta dos dados, com análises por UF sobre o estágio de andamento da pesquisa e as estratégias adotadas para acelerar o preenchimento dos questionários. Ao final de cada reunião, eram definidos planos de ação para serem adotados junto aos parceiros em cada estado, em especial naqueles em que os percentuais de retorno eram menores. Periodicamente era enviado ao CONASS e CONASEMS um boletim de informações sobre o estágio de realização da pesquisa.

O processo completo de coleta de dados da primeira fase da pesquisa foi realizado em oito meses, indo de julho de 2017 a fevereiro de 2018. Foram obtidos questionários completos para as CIR de 434 regiões de saúde, o que representa a realização de um censo nacional dessas instâncias. Não responderam o questionário as duas regiões de Roraima e uma região de Rondônia, em virtude de suas CIR não estarem funcionando nos últimos anos.

Concluída a fase de coleta, as informações armazenadas no *Survey Monkey* foram extraídas para um banco de dados em *Excel* para possibilitar a realização das análises de qualidade das respostas, quando foram eliminadas as possíveis duplicações, conferidas as denominações das regiões, verificada a lista dos nomes dos respondentes, etc.

Em seguida, foram tabuladas as respostas fornecidas para a categoria “outros”, presentes em diversas questões, assim como as respostas para

questões abertas. Finalmente, concluída a preparação do banco de dados, esse foi inserido no *Microsoft Excel* para tabulação das informações. Para esse capítulo, foram selecionadas 23 variáveis e dispostas em torno de 05 categorias de análise da Governança Institucional da CIR, como pode ser visualizado no Quadro 01.

As categorias de análise foram estabelecidas a partir da literatura sobre as CIR (e os CRG), apresentadas na introdução deste capítulo, sobre conceitos de governança (BARBAZZA; TELLO, 2014; FREDERICKSON, 2005), e também de normativas nacionais específicas aplicadas ao tema (BRASIL, 2011; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Assim, para analisar o nível de legitimidade institucional das CIR, foram selecionadas variáveis relacionadas à sua posição na estrutura organizacional da SES, o tipo de ato de criação, a presença e modo de elaboração e a forma de conduzir a implementação da CIR. Uma CIR bem posicionada, com regras definidas e implementadas de forma conjunta, apresenta-se como um espaço legítimo e com capacidade de influenciar a condução da política de saúde.

A adesão e regularidade de funcionamento foram dimensionadas não só pelos critérios clássicos de frequência de realização de reuniões e de comparecimento dos membros, mas também por informações sobre o tempo de implementação em relação à publicação do Decreto 7.508/11, amplitude inicial de adesão dos municípios na região de saúde e a existência de interrupções de atividade.

Em relação à qualidade da estrutura, foram empregados: a presença de um espaço específico para atividades administrativas e o número de salas, computadores e telefones. A presença, o regime de funcionamento e o número de funcionários, assim como o volume de recursos e o acesso à internet, foram considerados fatores importantes para propiciar boas condições de funcionamento às CIR.

O equilíbrio federativo foi analisado, tanto pela composição do colegiado, quanto pelas prerrogativas de escolha da direção e de condução de momentos relevantes no processo decisório, tais como definição de pauta das reuniões do colegiado e natureza dos convidados.

Por sua vez, a qualidade do processo decisório foi avaliada buscando conhecer, tanto a forma de organizar as decisões, quanto o conteúdo dos debates, a partir de quatro variáveis: presença de reuniões técnicas prévias, quórum mínimo para abertura das reuniões, forma de participação dos convidados e principais temas discutidos.

Quadro 01 – Atributos e Variáveis da Organização Institucional das CIR

I – LEGITIMIDADE INSTITUCIONAL	
1.	Inserção institucional da CIR
2.	Tipo de legislação de criação
3.	Existência e natureza do Regimento Interno
4.	Forma de elaboração do Regimento Interno
5.	Condução do processo de implantação
II – ADESÃO E REGULARIDADE DE FUNCIONAMENTO	
6.	Forma de adesão dos municípios
7.	Início efetivo de atuação da CIR
8.	Interrupções no funcionamento da CIR
9.	Frequência de ocorrência de reuniões ordinárias
10.	Frequência de comparecimento dos membros
III – QUALIDADE DE ESTRUTURA E CONDIÇÕES DE FUNCIONAMENTO	
11.	Espaço administrativo e operacional
12.	Número de Salas
13.	Funcionamento da Secretaria Executiva
14.	Número de funcionários da Secretaria Executiva
15.	Volume global estimado de recursos financeiros
IV – EQUILÍBRIO FEDERATIVO	
16.	Composição do colegiado da CIR
17.	Fatores de definição da pauta das reuniões
18.	Atores que definem a pauta das reuniões
19.	Natureza dos convidados
V – QUALIDADE DO PROCESSO DECISÓRIO	
20.	Presença de reuniões técnicas prévias
21.	Quórum mínimo para abertura das reuniões (1ª chamada)
22.	Formas de participação dos convidados
23.	Principais temas discutidos

Fonte: Pesquisa Nacional das CIR – Centro de Estudos Estratégicos da FIOCRUZ, 2018. Adaptada pelos autores, 2018.

Finalmente, buscou-se conhecer os mecanismos de transparência e segurança dos consensos, coletando informações sobre formas de acompanhamento das reuniões pela população, registro das reuniões e deliberações (consensos), ratificação das reuniões e deliberações e estratégias de publicização do conteúdo das reuniões.

Desta forma, adotou-se um conceito amplo de governança interna das CIR, abarcando, ao longo de sete dimensões, um conjunto de variáveis que cobre todo ciclo de institucionalização, organização administrativa e dinâmica de funcionamento, indo desde o processo de implementação até a publicização dos resultados das reuniões.

3 O PERFIL DE GOVERNANÇA INSTITUCIONAL DAS CIR: DINÂMICA DE FUNCIONAMENTO E DESAFIOS NA REGIÃO NORDESTE

3.1 Legitimidade institucional

Como mostra a Tabela 01, a maior parte das CIR está vinculada às CIB (39%), às Diretorias Regionais de Saúde (17,6%) ou aos Núcleos Centrais das SES (14,7%), foi instituída por meio de deliberação da CIB (58,8%) e possui regimento padronizado, publicado pelas SES (67,6%). Em geral, os regimentos foram elaborados por meio do trabalho conjunto dos gestores estaduais e os municipais na CIB (80,9%), instância apontada como central também no processo de implementação das CIR (50,9%).

A centralidade da CIB, como espaço de construção de todo o processo de formalização e implementação da CIR, indica significativa legitimidade institucional, uma vez que materializa um pacto intergestores equilibrado entre as esferas estadual e municipal. Além disso, a vinculação institucional às CIB é o preconizado pelas instruções normativas da CIT, que definem a CIR como extensão regional do sistema estadual de pactuação intergestores.

A vinculação às DRS ou ao núcleo central das SES é um arranjo bastante presente também na região nordeste, o que mostra a intenção da gestão estadual, em alguns estados, de exercer maior influência sobre a dinâmica de pactuação regional.

Essa influência foi exercida também pela padronização dos regimentos internos das CIR, uniformizando as regras de pactuação na maioria das regiões de saúde e limitando a autonomia da dinâmica local. Nesse caso, entretanto, como as decisões foram tomadas na CIB, o que pressupõe a participação do COSEMS e dos gestores municipais, mostrando um formato equilibrado, inclusive no processo de implementação das CIR.

3.2 Adesão e regularidade de funcionamento

Em pouco mais de dois terços das CIR (68,4%), a adesão dos municípios foi imediata e completa, com a maioria tendo iniciado seu funcionamento logo após a edição do Decreto 7.508/11, nos anos de 2011 e 2012 (59,6%).

Chama a atenção o percentual expressivo de CIR (24,3%) na região que tiveram seu início efetivo entre 2013 e 2016, o que pode ser indício de alguma resistência ao modelo em estados específicos ou alguma fragilidade institucional de transição entre um modelo e outro.

Na medida em que o modelo das CIR foi uma continuidade dos colegiados de gestão regional, as interrupções no funcionamento foram menos frequentes, como pode ser visto na região nordeste, em que 77,3% das CIR mantiveram constância após sua implementação.

O padrão de reuniões mensais é o empregado em praticamente todas as CIR da região (98,5%), o que ratifica a regularidade de funcionamento. O comparecimento dos membros é expressivo, sendo estimado pelos coordenadores/presidentes, para o ano de 2016, como acima de 60% dos membros, nas reuniões mensais, em mais de dois terços das CIR (70,6%).

Embora não seja possível, saber, segundo os resultados da pesquisa, qual a qualidade dessa participação, o expressivo percentual de comparecimento indica expressiva adesão.

Tabela 1 – Distribuição das CIR segundo atributos de Legitimidade Institucional e Adesão e Regularidade de Funcionamento – Região Nordeste, 2018 (%) - N=136

LEGITIMIDADE INSTITUCIONAL		ADESÃO E REGULARIDADE DE FUNCIONAMENTO	
1. Inserção institucional da CIR	CIB/SES (39%) DRS/SES ou equivalente (17,6%) Núcleo Central/SES (14,7%) GAB/SES (8,1%) GAB/SMS Polo (5,1%) Presidência COSEMS (4,4%) Outros (11%)	6. Forma de adesão dos municípios	Imediata e completa (68,4%) Imediata, mas parcial (14,7%) Paulatina e parcial (7,4%) Paulatina, mas completa (9,6%)
2. Tipo de legislação de criação	Deliberação CIB (58,8%) Portaria GAB/SES (14%) Decreto/Portaria GAB/GOV (9,6%) Lei Estadual (8,1%) Outros (8,6%)	7. Início efetivo de atuação da CIR	2010 ou antes (13,2%) 2011-2012 (59,6%) 2013-2016 (24,3%) Não sabe/não respondeu (4%)
3. Existência e natureza do Regimento Interno	Sim, padronizado SES (67,6%) Sim, específico da região (29,4%) Não, em elaboração (2,2%) Não, não é necessário (0,7%)	8. Interrupções no funcionamento até 2017	Nenhuma (77,3%) 1 a 3 vezes (17,6%) 4 ou mais vezes (5,1%)
4. Forma de elaboração do Regimento Interno	Grupo de trabalho SES/SMS (13,2%) CIB (40,4%) Mediação do COSEMS (27,2%) Centralizado GAB/SES ou DRS/SES (8,1%) Outros (11,1%)	9. Frequência de ocorrência de reuniões ordinárias	Mensal (98,5%) Outro (1,5%)

LEGITIMIDADE INSTTUCIONAL		ADESÃO E REGULARIDADE DE FUNCIONAMENTO	
5. Condução do processo de implantação	CIB (35,3%)	10. Frequência de comparecimento dos membros	>90%-100%: (12,5%)
	GAB/SES (18,4%)		>80%-90%: (19,1%)
	Grupo SES/municípios (17,6%)		>70%-80%: (16,2%)
	Regional SES (12,5%)		>60%-70%: (22,8%)
	Outros (16,2%)		>50%-60%: (18,4%)
			0%-50%: (10,3%)

Fonte: Pesquisa Nacional das CIR – Centro de Estudos Estratégicos da FIOCRUZ, 2018. Adaptada pelos autores, 2018.

3.3 Qualidade da estrutura e condições de funcionamento das CIR

A estrutura de funcionamento das CIR na região nordeste é proporcionada, em sua grande maioria, pelas secretarias estaduais de saúde, conforme evidenciado na Tabela 02. Em 69,1% das regiões de saúde, as CIR funcionam em espaços de propriedade ou alugado pelas SES, em que possuem apenas uma sala para desenvolverem suas atividades (91,2%). Outros possíveis arranjos, que podem incluir o uso de instalações do município polo, do COSEMS ou de instituições filantrópicas, entre outras, foram pouco mencionados (15,4%).

Mais de três quartos (78,7%) das CIR possuem uma secretaria executiva implementada, embora apenas menos da metade (42,6%) apresentem regime de funcionamento diário para suporte administrativo e operacional.

A precariedade de estrutura de funcionamento é evidenciada também no fato de que 75,7% das CIT têm a sua disposição, no máximo, 01 funcionário para executar as tarefas e responsabilidades regulares, além do secretário executivo. Em 22,8% dessas instâncias, esse assume sozinho todas as responsabilidades.

Finalmente, a própria disponibilidade de recursos para custear as atividades cotidianas é muito reduzida, uma vez que 85,3% das CIR possuíam, em média, em 2016, apenas R\$ 1.667,00 mensais para executar suas atividades, não indo além de um orçamento anual de R\$ 20 mil.

Portanto, os resultados relativos à estrutura e ao funcionamento das CIR mostram, expressiva precariedade, com insuficiência de recursos humanos, financeiros, técnicos e operacionais, reduzindo a capacidade dessas instâncias produzirem debates e conduzirem decisões importantes para qualificar o SUS nas regiões de saúde.

Tabela 2 – Distribuição das CIR segundo atributos de Qualidade da Estrutura e Condições de Funcionamento e Equilíbrio Federativo – Região Nordeste, 2018 (%) - N=136

QUALIDADE DA ESTRUTURA E CONDIÇÕES DE FUNCIONAMENTO		EQUILÍBRIO FEDERATIVO	
11. Espaço administrativo e operacional	Espaço próprio/SES (61%) Espaço alugado/SES (8,1%) Não possui sede (8,1%) Outros SES (7,4%) Outros (15,4%)	16. Composição do Colegiado da CIR (mais citados)	Todos os SMS da região (100%) Diretores regionais da SES (68,4%) Representantes Diretoria COSEMS (54,4%) Nível Central SES (36,8%) Representantes MS (18,4%) Diretores Hospitais Regionais (9,6%)
12. Número de salas	Uma (91,2%) Duas (8,8%)	17. Atores que definem a pauta das reuniões	Presidente/coordenador (90,4%) Membros do colegiado (70,6%) Secretário Executivo (a) (52,9%) Gestores/técnicos das SMS (22,1%) Coordenador da câmara técnica (17,6%) Gestores/técnicos da SES (11%)
13. Funcionamento da Secretaria Executiva	Diário (42,6%) 1-3 vezes/semana (6,6%) Quinzenal (2,9%) Mensal/dias reunião CIR (22,1%) Não há SE (21,3%) Outros (4,5%)	18. Fatores de definição da pauta das reuniões (mais citados)	Solicitações das SMS (92,6%) Decisões da CIB (66,9%) Solicitações da SES (61,8%) Demandas Câmara Técnica/CIR (59,6%) Agenda do COSEMS (45,6%) Legislação da CIT/MS (41,9%)
14. Número Funcionários da Secretaria Executiva (além do SE)	Nenhum (22,8%) Um (52,9%) Dois (14%) Três ou mais (10,3%)	19. Natureza dos convidados (mais citados)	Gestores/técnicos da SES (89%) Gestores/técnicos das SMS (84,6%) Técnicos/apoiadores do COSEMS (70,6%) Repres. hospitais privados/filantropicos (27,9%) Representantes Consórcios (18,4%)
15. Total estimado de recursos financeiros (2016)	Até R\$ 20 mil (85,3%) > R\$ 20 a R\$ 50 mil (8,8%) > R\$ 50 a R\$ 10 mil (3,7%) > R\$ 100 mil (2,2%)		

Fonte: Pesquisa Nacional das CIR – Centro de Estudos Estratégicos da FIOCRUZ, 2018. PESQUISA DIRETA, 2018.

3.4 Equilíbrio federativo

A composição do colegiado das CIR, na Região Nordeste abarca, fundamentalmente, os secretários municipais de saúde (100%), os diretores das regionais de saúde da SES (38,4%) e representantes dos COSEMS (54,4%). Conforme mostrado na Tabela 02, representantes do nível central da SES e, curiosamente, do Ministério da Saúde também são citados com certa frequência. A presença de atores estaduais e municipais na composição do colegiado é um indicador importante de equilíbrio federativo, embora não garanta a distribuição plena de poder.

Nesse sentido, a participação dos membros do colegiado na definição das pautas em 70,6% das CIR permite que as questões consideradas relevantes sejam de interesse de ambas as esferas da gestão, de forma mais equilibrada, não sendo uma área de domínio exclusivo do coordenador da CIR (90,4%). O secretário executivo também foi outro ator apontado como relevante (52,9%).

Chama a atenção, o peso exercido pelas solicitações das secretarias municipais de saúde, como fator de definição da pauta das reuniões em 92,6% das CIR, conferindo aos municípios significativa centralidade na escolha dos assuntos que serão prioridade nos debates dos colegiados nas regiões de saúde.

As decisões da CIB (66,9%) e as solicitações da SES (61,8%) também foram citadas como fatores importantes na definição da agenda, o que mostra a força da gestão estadual nesse processo. Além disso, a dinâmica interna da própria instância também influencia a montagem de pauta, em especial, as demandas provenientes da câmara técnica da CIR (59,6%).

As apresentações técnicas e informes são outro momento importante no processo decisório das CIR, em que também observamos significativo equilíbrio federativo, uma vez que os principais convidados são gestores/técnicos da SES (89%), gestores/técnicos das SMS (84,6%) e técnicos/apoiadores do COSEMS (70,6%).

Assim, a presença extensa de representantes de ambas as esferas em diversos aspectos relacionados à tomada de decisão permite compor pactos e consensos que levam a processos caracterizados por níveis mínimos de equilíbrio federativo, apesar de possíveis diferenças de poder e domínio de recursos em cada região de saúde.

3.5 Qualidade do processo decisório

Como pode ser visto na Tabela 03, a realização de reuniões técnicas prévias aos encontros de consensos do colegiado ocorre, na maioria dos casos, apenas mediante a convocação da secretaria executiva e câmara técnica (34,6%) ou da coordenação da CIR (27,9%). Chama atenção o fato de que, em quase um quarto das CIR (23,5%), há a percepção de que não existe necessidade de reuniões técnicas prévias aos debates e consensos de colegiado.

Se a questão técnica não tem o devido tratamento, a jurídica, relacionada às decisões, tem adquirido mais atenção, uma vez que mais de três quartos das CIR (78,7%) adotam quórum mínimo expressivo de presença dos membros para composição de consensos.

Tabela 03 – Distribuição das CIR segundo atributos de Qualidade do Processo Decisório – Região Nordeste, 2018 (%) - N=136

QUALIDADE DO PROCESSO DECISÓRIO	
20. Presença de reuniões técnicas prévias	Regularmente (14%) Convocação SE/Câmara Técnica (34,6%) Convocação Coord./Presid. (27,9%) Não há necessidade (23,5%)
21. Quórum mínimo para abertura das reuniões (1ª chamada)	>30% a 50% membros (14%) >50% a 60% membros (78,7%) Acima de 60% membros (5,9%) Outros (1,5%)
22. Forma de participação dos convidados	Apresentações/informes e debates (72,1%) Apresentações/informes (23,5%) Apenas assistir (4,4%)
23. Principais temas discutidos (mais citados)	Pactuação Fluxos intermunicipais (70,6%) Credenciamento políticas federais (65,4%) Problemas de saúde pública (48,5%) Repasses financeiros da SES (48,5%) Expansão e Qualificação da AB (42,6%) Regulação rede privada/filantrópica (27,9%)

Fonte: Pesquisa Nacional das CIR – Centro de Estudos Estratégicos da FIOCRUZ, 2018. Adaptado pelos autores, 2018.

A presença de gestores e técnicos convidados atuando, tanto na realização de informes, quanto no desenvolvimento dos debates, é característica corrente em mais de 2/3 das CIR (72,1%), o que permite ampliar o volume de informações e a diversidade de olhares sobre os principais problemas abordados nas reuniões.

Entretanto, quando analisamos os principais temas discutidos, percebemos a predominância de problemas imediatos da gestão do SUS, com pouca prioridade para o planejamento da regionalização, que deveria ser sua atribuição essencial.

Assim, podemos ver que a maioria das CIR concentra seus esforços no debate sobre a pactuação de fluxos intermunicipais, o credenciamento de políticas federais, os problemas de saúde pública e os repasses financeiros da SES.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados apontam a importância estratégica das CIR, que se apresentam como um componente fundamental para a consolidação da governança federativa do SUS, principalmente pelo fato destes espaços estratégicos se corporificarem como desenhos do modelo federativo brasileiro, no que tange a relação bipartite.

A instituição desses espaços de pactuação federativa está legalmente constituído em todos os estados da federação e, no que tange a região nordeste, representa a conformação de 163 regiões de saúde, que possuem regras definidas, contando com a participação de todas as secretarias municipais de saúde e representantes da SES em cada uma das regiões de saúde.

Ficou patente o funcionamento regular das secretarias executivas, a realização de reuniões periódicas com expressiva participação dos seus membros das CIR, denotando um grau de responsabilidade dos mesmos para com a consolidação das ações essenciais, para a obtenção de patamares relevantes de qualidade da governança institucional e regional do SUS.

Foi possível observar a força da participação municipal nas solicitações das pautas das reuniões, conferindo aos municípios significativo protagonismo na escolha dos assuntos que serão conformados nas agendas de discussão dos colegiados, nas regiões de saúde. Cabe também destacar o papel da gestão SES, que, por meio das ações via CIB, capitaneiam um conjunto importante de definições da agenda.

Evidencia-se ainda a busca do equilíbrio federativo em prol da qualificação do processo decisório das CRI, com a busca da participação de gestores/técnicos da SES, gestores/técnicos das SMS, técnicos/apoiadores do COSEMS, situação que denota uma linha de amadurecimento na busca da qualificação desses espaços de governança do SUS.

Assim, a presença extensa de representantes de ambas as esferas em diversos aspectos, relacionados à tomada de decisão, permite compor pactos e consensos que levam a processos caracterizados por níveis mínimos de equilíbrio federativo, apesar de possíveis diferenças de poder e domínio de recursos em cada região de saúde.

Por fim, cabe destacar a necessidade de um aprofundamento das análises a serem feitas no que tange a construção e manejo da agenda federativa, procurando observar a efetividade dos seus encaminhamentos, como também a continuidade dos estudos para o ciclo de 2019-2022, processo que está em curso.

Entretanto, quando analisamos os principais temas discutidos, percebemos a predominância de problemas imediatos da gestão do SUS, com pouca prioridade para o planejamento da regionalização, que deveria ser sua atribuição essencial. Assim, podemos ver que a maioria das CIR concentra seus esforços no debate sobre a pactuação fluxos intermunicipais, o credenciamento de políticas federais, os problemas de saúde pública e os repasses financeiros da SES.

REFERÊNCIAS

ABRÚCIO, F.L. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. **Revista de Sociologia e Política**. n. 24, p. 41-67, 2005.

ALBUQUERQUE, M. V.; LIMA, L. D.; OLIVEIRA, R. A. D.; SCATENA, J. H. G., MARTINELLI N. L.; PEREIRA, A. M. Governança regional do sistema de saúde no Brasil: configurações de atores e papel das Comissões Intergovernamentais. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, n. 23(10), p. 3151-3161, 2018.

BARBAZZA, E., TELLO J. E. A review of health governance: definitions, dimensions and tools to govern. **Health Policy**, AmsteRdam, v 116, n. 1, p. 1-11, 2014.

BISCARDE, D. G. S, VILASBÔAS, A. L. Q., Trad LAB. Consenso e pactuação regional entre gestores do SUS no nordeste do Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, n. 24(12), p. 4519-4527, 2020.

BRASIL. Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 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 interferativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. 29 jun., 2011.

CARVALHO, A. L. B; JESUS, W. L. A; SENRA, I. M. V. B. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, n. 22(4), p. 1155-1164, 2017.

FLEURY, S. **Democracia e Inovação na Gestão Local da Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz / Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2014.

FREDERICKSON, G. Whatever happened to public administration? Governance, governance everywhere. In: FERLIE, E.; LYNN, L.; POLLITT, C. **The Oxford handbook of public management**. Oxford: Oxford University Press, p. 282-304, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria CIT/GM/MS nº 01 de 29 de setembro de 2011. Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011. **Diário Oficial da União**, 30 set. 2011.

MOREIRA, M. R.; RIBEIRO, J. M.; OUVENEY A. M. Obstáculos políticos à regionalização do SUS: percepções dos secretários municipais de Saúde com assento nas Comissões Intergestores Bipartites. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, n. 22(4), p. 1097-1108, 2017.

OUVENEY, A. M.; FLEURY, S. Polarização federativa do SUS nos anos 1990: uma interpretação histórico-institucionalista. **Revista de Administração Pública**, n. 51(6), p. 1085-1103, 2017.

RIBEIRO, J. M. Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde (SUS). **Caderno Saúde Pública**, n. 13 (1), p. 81-92, 1997.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. **Revista Saúde Pública**, n. 48 (4), p. 622-631, 2014.

SANTOS, L; ANDRADE, L. O. M. **SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos - aspectos jurídicos, administrativos e financeiros**. Campinas: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2007.

SILVEIRA, R. M.; SANTOS, A. M; CARVALHO, J. A; ALMEIDA, P. F. Ações da Comissão Intergestores Regional para gestão compartilhada de serviços especializados no Sistema Único de Saúde. **Physis**, n. 26, p. 1809-4481, 2016.

SURVEY MONKEY. Momentive. Software e ferramenta de pesquisa. Disponível em: <https://pt.surveymonkey.com>. Acesso em: 12 mar. 2017.

VIANA, A. L.; MACHADO, C. V. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, n. 14(3), p. 807-17, 2009.

VIANA, A. L. D; LIMA, L. D.; FERREIRA, M. P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, n. 15 (5), p. 2317-2326, 2010.

VIANNA, R. P; LIMA, L. D. Colegiados de Gestão Regional no estado do Rio de Janeiro: atores, estratégias e negociação intergovernamental. **Physis**, n. 23 (4), p. 1025-1049, p. 2013.

2

MULHERES NA CONDUÇÃO DA GESTÃO MUNICIPAL DO SUS: PERFIL, DESAFIOS E AGENDAS DE INTERVENÇÃO

André Luís Bonifácio de Carvalho¹

Assis Luiz Overney Mafort²

Nadia Maria da Silva Machado²

Thiago Dias Sarti³

Manuella Ribeiro Lira Riquieri³

Edjavane da Rocha Rodrigues de Andrade Silva¹

Karlla Danielle da Silva Guedes¹

Debora Charmene Costa Campos¹

Matheus Felipe de Macedo Freire¹

Oliveira Menezes Júnior¹

Emanuel Nascimento Nunes¹

Elton de Souza Leite¹

¹ Universidade Federal da Paraíba

² Centro de Estudos Estratégicos da Fundação Oswaldo Cruz

³ Universidade Federal do Espírito Santo

1 INTRODUÇÃO

Ao pesar as conquistas e a existência formal de direitos alcançados pelas mulheres, que guardam relação com o voto, o trabalho fora do lar, a independência financeira e profissional, não há assegurado a equitativa participação nos espaços de poder. Esse percurso ainda encontra obstáculos e preconceitos, seja no espaço familiar ou do trabalho.

As lutas travadas pela conquista de espaço na sociedade são dignas de uma odisséia na busca por reconhecimento como cidadã. Até meados do século XIX, tinham uma vida guiada pelos interesses masculinos, envolta em uma aura de castidade e de resignação, vinculada a procriação e aos ditames das ordens do pai ou do marido (ALVES; PITANGUY, 1991).

A modernização da sociedade, pelo impulso da Revolução Industrial, trouxe inúmeras transformações no contexto histórico e social, nos processos de trabalho e, particularmente, na família. Para as mulheres, as situações que envolvem a conciliação do trabalho com atividades domésticas provocaram tensões decorrentes do desequilíbrio entre a necessidade de garantir ganho financeiro e as dificuldades de executar tarefas no exercício profissional (NASCIMENTO; SILVA; SILVA, 2019).

A feminização no mercado de trabalho se destaca por um evidente crescimento da população feminina em algumas profissões que, historicamente, eram desempenhadas pelos homens, como exemplo da medicina e odontologia. Essa inserção no mercado de trabalho na área da saúde é um fenômeno crescente, que vem sendo estudado com o objetivo de se compreender essa expansão no mundo do trabalho, em especial no setor de saúde, que congrega mais de 70% da força de trabalho feminina. Considerando o caso da medicina, na década de 1970 contava com apenas 11% de mulheres, nos anos 90 chegou a 33% e, em tempos mais recentes, já conta com uma previsão de 50% (COSTA; DURÃES; ABREU, 2010; MACHADO; OLIVEIRA; MOYSES, 2010; IKEDA, 2000).

No que tange à gestão da saúde, Fleury (2014) destaca que a descentralização tem produzido um padrão mais diversificado, em termos de gênero, seguindo a tendência de expansão do espaço feminino em cargos de liderança, verificada em várias outras áreas da gestão pública e privada. Tal distribuição mostra uma evolução muito expressiva, na medida em que o percentual de mulheres na condução das Secretarias Municipais de Saúde, em 1996, era de 39,7% e, em recente pesquisa feita por Carvalho *et al.* (2020), este percental evoluiu para de 58% de participação feminina entre os gestores (FLEURY, 2014; CARVALHO *et al.*, 2020).

Segundo Fleury (2014), as Secretarias Municipais de Saúde se constituem como autoridades sanitárias incumbidas de gerenciar os sistemas de saúde nos 5.570 municípios do Brasil. Seus dirigentes fazem parte dos governos locais eleitos, sendo o (a) secretário (a) escolhido (a) para exercer esta função designado (a) pelo prefeito. Desta forma, podemos apreender que tais gestores são atores estratégicos na condução do Sistema Único de Saúde (SUS), com atribuições tecno-gerenciais, legais, e, principalmente, política, nas instâncias de governança que ampliam seu grau de intervenção sobre os destinos das políticas públicas de saúde locais (FLEURY, 2014).

O engajamento privilegiado nos fóruns decisórios nacionais, as alianças político-partidárias, a articulação com instituições de diversas áreas e com grupos organizados da sociedade, favorece ao ocupante do cargo uma elevada capacidade de influência, o que repercute na configuração do cargo como instrumento de disputa política. Neste sentido, a escolha destes gestores ao longo da história do SUS, aponta para a necessidade da incorporação de padrões mais técnicos e profissionais, a partir de habilidades e competências que viabilizem práticas de atuação voltadas aos interesses e valores coletivos, desde a formulação até pactuação e implementação de políticas públicas de saúde (FLEURY, 2014).

Entretanto, as disparidades regionais exigem dos gestores municipais estratégias diferenciadas para conduzir esse complexo local de governança em saúde. Por um lado, avanços na expansão e diversificação das políticas de saúde, os ganhos de institucionalidade e de melhoria da governança regional. Por outro, a persistência de disparidades regionais expressivas, baixa capacidade de coordenação e planejamento, conflitos distributivos, insuficiência de financiamento, judicializações e ausência da participação de atores relevantes do sistema político local e regional na construção das estratégias de regionalização. (LIMA *et al.*, 2012; MACHADO *et al.*, 2014; MOREIRA; RIBEIRO; OVERNEY, 2017; RIBEIRO *et al.*, 2018).

É sobre este campo de atuação desafiador da gestão do SUS que o presente estudo pretende discutir, tendo como eixo analítico o novo perfil dos gestores municipais, a crescente presença feminina na condução das secretarias e os desafios por elas identificados. Nessa linha, buscamos identificar a percepção das gestoras com relação aos grandes desafios a enfrentar para a construção de agendas e práticas de gestão, tendo como base temas estratégicos com ênfase: na relação interfederativa, no acesso às ações e aos serviços de saúde, nas práticas de planejamento e gestão, fortalecimento do controle social, na operacionalização da regionalização em saúde, na gestão do trabalho e educação da saúde, judicialização e financiamento,

com a perspectiva de conhecermos os seus anseios e necessidades, tendo em vista o desafio assumido.

2 METODOLOGIA

O estudo apresentado trata-se de um recorte feito a partir de uma pesquisa maior intitulada “Pesquisa Nacional dos Gestores Municipais do SUS”, realizada em parceria com o Departamento de Ciências Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, a Universidade Federal da Paraíba e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), entre os meses de julho e agosto do ano de 2017. A pesquisa contou com a participação de 70% dos secretários(as) municipais de saúde do Brasil, o que representa 3.899 respondentes. Deste montante, 2.313 responderam integralmente o questionário, o que corresponde a 59,5% de participação dos gestores do país. Destaca-se que a abordagem aqui presente está centrada na participação feminina, correspondendo a 58% (1.342) dos gestores que responderam integralmente o questionário.

O instrumento da pesquisa foi composto por 63 questões, organizadas em nove eixos: perfil, trajetória profissional, participação nos espaços de gestão, princípios e doutrinas do SUS, desafios da gestão, influência de atores e entidades sobre as práticas de atuação, acesso a ações e serviços de saúde, comunicação e transparência, e agendas prioritárias. Os eixos foram definidos a partir do escopo de pesquisas anteriores sobre o tema, além dos subsídios provenientes de entrevistas e reuniões realizadas com membros da direção do CONASEMS (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde) e ex-gestores municipais de saúde. O questionário foi testado pela equipe de pesquisa em conteúdo, funcionalidade, operacionalidade e layout (FLEURY, 2014; ARRUDA *et al.*, 2017; VERMELHO; FIGUEIREDO, 2017).

Os dados foram coletados a partir do envio de um questionário eletrônico disponibilizado por meio de um link na plataforma virtual *Survey Monkey*. A disseminação dos questionários contou com a colaboração dos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde de cada estado. A aplicação do questionário foi monitorada durante a coleta dos dados, a partir da elaboração de um painel on-line contendo informações atualizadas sobre o preenchimento do questionário. Tal estratégia viabilizou a publicação de boletins mensais, com o panorama da evolução da participação dos gestores ao Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, a qual contribuiu na articulação para ampliar a participação dos sujeitos da pesquisa. Após a fase de coleta, os

dados foram tabulados com o auxílio do *Microsoft Excel* e sua análise feita por meio de tabelas.

A Pesquisa Nacional dos Gestores Municipais do SUS teve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba, com parecer nº 4.147.229 e CAAE nº 31290620.9.0000.8069.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram estruturados de acordo com o perfil das gestoras, os atores e estratégias que influenciam a prática de atuação das gestoras municipais, os principais desafios por elas elencados e a construção das agendas federativas prioritárias para o ciclo de gestão referente ao período 2017-2020, conforme veremos a seguir.

3.1 Perfis das Gestoras Municipais

As gestoras brasileiras, que atuaram como secretárias municipais de saúde, possuem faixa etária entre 31 e 50 anos (42%), se afirmam brancas (68%), possuem nível superior e são pós-graduadas (79%). A presença feminina na condução da gestão municipal do SUS variou de acordo com a região do Brasil, destacando-se a região Nordeste (44%), seguida das regiões Sudeste (22%), Sul (15%), Centro Oeste (12%) e Norte (7%) (Quadro 1).

A evolução da participação da mulher na condução das Secretarias Municipais de Saúde foi destaque nos estudos realizados por Fleury (2014), que identificou o expressivo aumento de 10,4%, entre os anos de 1996 e 2006, o que foi correlacionado à influência da descentralização no padrão de ocupação do cargo. Segundo Selee (2004), esse rearranjo permitiu uma maior inclusão de diferentes setores da sociedade nestes cargos e influenciou a ampliação da participação das mulheres e de grupos minoritários no processo decisório dos governos locais.

Quanto a raça, apesar da prevalência de gestoras que se autodenominam como brancas, é importante evidenciar que na Região Norte ocorreu um predomínio de mulheres pardas, além de destacar o alto percentual de gestoras que se autodenominam como brancas na Região Sul, superando em 20% a média nacional.

A análise do grau de instrução permite afirmarmos que, de uma forma geral, as gestoras são pós-graduadas. A média nacional (87%) foi compatível com os percentuais regionais, com exceção da Região Sul que evidenciou

um resultado significativamente inferior (32%). A enfermagem se destaca como a profissão predominante entre as gestoras, seguida pela administração (12%) e pedagogia (8%). Machado *et al.* (2006) identifica o fenômeno da feminização na força de trabalho em saúde ao examinar os dados do censo demográfico.

Os dados revelaram que 45% das mulheres têm experiência prévia como gestora do SUS. Destacam-se como campos de atuação prévios, respectivamente, a coordenação da atenção básica (33%), a gestão hospitalar (15%) e a coordenação de vigilância em saúde (13%), o que demonstra a influência desses lugares de atuação como espaços estratégicos de formação na construção da experiência precedente em gestão.

Além da atuação prévia em outros níveis de Atenção à Saúde, as Secretárias Municipais de Saúde também ocupam as esferas de direção dos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS). Atualmente dos 26 COSEMS existentes no Brasil, 10 são presididos por mulheres (Acre, Bahia, Espírito Santo, Goiás, Paraíba, Rio de Janeiro, Piauí, Rio Grande do Norte, Rondônia e Rio Grande do Sul), e dos 36 cargos da Diretoria existentes, 13 são ocupados por mulheres.

Quadro 1 - Aspectos do perfil e trajetória profissional

N	%	NE	%	S	%	SE	%	CO	%	BR VR/%
Faixa etária										
31 a 40 anos	35	31 a 40 anos	39	41 a 50 anos	33	31 a 40 anos	37	31 a 40 anos	40	565 (42%)
Raça-cor										
Parda	57	Branca	50	Branca	88	Branca	69	Branca	58	919 (68%)
Escolaridade										
De Nível Superior Completo a Pós-Graduação	83	De Nível Superior Completo a Pós-Graduação	89	De Nível Superior Completo a Pós-Graduação	32	De Nível Superior Completo a Pós-Graduação	87	De Nível Superior Completo a Pós-Graduação	87	1189 (79%)
Profissão antes de ser Gestor Municipal (as três profissões mais destacadas por região)										
Enfermeira	34	Enfermeira	35	Enfermeira	30	Enfermeira	39	Enfermeira	37	528 (39%)
Administradora	16	Pedagogia/Professora	9	Administradora	15	Administradora	11	Administradora	12	166 (12%)
Pedagogia/Professora	5	Administradora	8	Pedagogia/Professora	7	Pedagogia/Professora	7	Pedagogia/Professora	8	110 (8%)

N	%	NE	%	S	%	SE	%	CO	%	BR VR/%
Já foi Secretária de Saúde anteriormente (a maioria (436) com < 2 a < 5 anos)										
Experiência anterior como gestora	43	Experiência anterior como gestora	43	Experiência anterior como gestora	49	Experiência anterior como gestora	47	Experiência anterior como gestora	45	674 (45%)
Experiência na gestão e/ou assistência da saúde (os três primeiros cargos do Brasil)										
Coordenação de Atenção Básica	31	Coordenação de Atenção Básica	32	Coordenação de Atenção Básica	24	Coordenação de Atenção Básica	30	Coordenação de Atenção Básica	27	442 (33%)
Diretor de Hospital	21	Diretor de Hospital	18	Diretor de Hospital	9	Diretor de Hospital	11	Diretor de Hospital	18	247 (15%)
Coordenador de Vigilância em Saúde	8	Coordenador de Vigilância em Saúde	14	Coordenador de Vigilância em Saúde	12	Coordenador de Vigilância em Saúde	21	Coordenador de Vigilância em Saúde	12	198 (13%)
Gestoras que participam da diretoria do COSEMS										
Participa	37	Participa	22	Participa	30	Participa	29	Participa	30	400 (27%)

Fonte: Pesquisa Nacional dos Gestores Municipais do SUS, 2017.

A motivação mais prevalente para assumir a função de Secretárias Municipais de Saúde foi fortalecer o SUS na sua região de atuação (82%), seguida de servir à cidade (75%) e a necessidade de assumir novos desafios (73%). Quanto aos pontos considerados como positivos para sua nomeação, as gestoras destacaram a confiança pessoal (65%), a competência técnica (61%) e a experiência prévia em gestão (51%). Esses resultados se correlacionam com os achados identificados por Ouverney (2019), que identificou a confiança pessoal e a capacidade e liderança, como aspectos determinantes na indicação para o cargo.

Ao analisarmos a motivação e atributos para assumir o cargo, é possível identificarmos que, para além do compromisso com SUS, as gestoras conciliam outras qualidades que influenciam na indicação para a função. Reforça-se que, mesmo não tendo uma trajetória de grande experiência, a confiança do prefeito é um fator que também interfere na indicação ao cargo.

Por fim, temos a participação das gestoras em entidades e associações, onde fica visível a predominância das mulheres que declaram ter esse tipo de vínculo, através de entidades religiosas (30%), seguidas por organizações não governamentais e associações comunitárias (15%). É importante destacar, a região Centro-Oeste no aspecto relacionado à vinculação das gestoras com as entidades religiosas, um índice consideravelmente superior à média nacional (42%). Percebe-se que o engajamento das gestoras com entidades

religiosas é duas vezes mais apontado quando comparado com outras entidades de participação.

Quadro 2 - Motivação e atributos para assumir o cargo

N	%	NE	%	S	%	SE	%	CO	%	BR VR/%
Motivação considerada “muito importante” para assumir o cargo (os três primeiros motivos/Brasil)										
Fortalecer o SUS em minha região	79	Fortalecer o SUS em minha região	84	Fortalecer o SUS em minha região	79	Fortalecer o SUS em minha região	80	Fortalecer o SUS em minha região	80	1224 (82%)
Servir a minha cidade	75	Servir a minha cidade	76	Servir a minha cidade	74	Servir a minha cidade	75	Servir a minha cidade	74	1125 (75%)
Assumir novos desafios	73	Assumir novos desafios	73	Assumir novos desafios	72	Assumir novos desafios	73	Assumir novos desafios	74	109 (73%)
Aspectos considerados “muito importantes” que influenciaram na sua indicação (os três primeiros aspectos/ Brasil)										
Confiança pessoal	60	Confiança pessoal	68	Confiança pessoal	59	Confiança pessoal	67	Confiança pessoal	60	967 (65%)
Competência Técnica	65	Competência Técnica	59	Competência Técnica	56	Competência Técnica	64	Competência Técnica	61	902 (60%)
Experiência em Gestão	61	Experiência em Gestão	53	Experiência em Gestão	44	Experiência em Gestão	50	Experiência em Gestão	48	761 (51%)
Participação em entidades ou associações (as três primeiras entidades/ Brasil)										
Entidade Religiosa	34	Entidade Religiosa	24	Entidade Religiosa	35	Entidade Religiosa	28	Entidade Religiosa	42	447 (30%)
Organização Não Governamental	13	Organização Não Governamental	12	Organização Não Governamental	20	Organização Não Governamental	13	Organização Não Governamental	18	212 (14%)
Associação comunitária	12	Associação comunitária	11	Associação comunitária	21	Associação comunitária	13	Associação comunitária	12	205 (14%)

Fonte: Pesquisa Nacional dos Gestores Municipais do SUS, 2017.

3.2 Atores estratégicos na percepção das Gestoras Municipais

Em relação aos atores que mais influenciam no cotidiano da gestão (Quadro 3), destaca-se a forte influência dos prefeitos e do Conselho Municipal de Saúde (97%), seguida do Ministério da Saúde (96%). Quanto ao grau de resistência no cotidiano da gestão, foram destacados os servidores públicos (45%), vereadores (41%) e a Secretaria de Estado da Saúde (33%). Os atores que se destacaram em relação ao grau de apoio oferecido pelas entidades nas ações da gestão foram: o Conselho Municipal de Saúde (97%), seguido do Ministério da Saúde (89%) e Servidores Públicos (88%). Com relação ao grau de influência na tomada de decisão das gestoras, destacam-se as propostas oriundas dos Conselhos Municipais de Saúde e da

Comissão Intergestores Regional (CIR) com (98%) e as agendas organizadas pelo Ministério da Saúde (97%).

É possível elencar cinco atores estratégicos no cotidiano da gestão na percepção das Secretarias Municipais de Saúde, os quais: prefeitos, Conselho Municipal de Saúde, CIR, servidores e o Ministério da Saúde. Tais atores são influentes na condução das agendas, em contrapartida, a Secretaria de Estado da Saúde e a câmara de vereadores se destacam como resistentes, informação que exige um maior aprofundamento investigativo, tendo em vista a importância desses atores na construção das relações técnico-políticas e na condução federativa com as Secretarias Municipais de Saúde.

Os achados se aproximam bastante dos resultados da pesquisa realizada por Fleury (2014), em que os (as) prefeitos (as) e o Conselho Municipal de Saúde foram identificados como os atores mais influentes, diferentemente da câmara de vereadores e dos profissionais de saúde que se apresentaram como forças de resistência.

Quadro 3 – Atores estratégicos na percepção das gestoras municipais

N	%	NE	%	S	%	SE	%	CO	%	BR VR/%
Grau de influência dos atores e entidades no cotidiano da gestão-escala “influente a muito influente” (três atores com maior influência/ Brasil).										
Prefeito	97	Prefeito	97	Prefeito	98	Prefeito	96	Prefeito	97	1301 (97%)
Conselho Municipal de Saúde – CMS	97	Conselho Municipal de Saúde – CMS	97	Conselho Municipal de Saúde – CMS	95	Conselho Municipal de Saúde – CMS	98	Conselho Municipal de Saúde – CMS	97	1301 (97%)
Ministério da Saúde	98	Ministério da Saúde	97	Ministério da Saúde	91	Ministério da Saúde	95	Ministério da Saúde	96	1288 (96%)
Grau de resistência dos atores e entidades no cotidiano da Gestão – escala “resistente a muito resistente” (três atores com maior resistência/ Brasil)										
Servidores Públicos	48	Servidores Públicos	46	Servidores Públicos	45	Servidores Públicos	46	Servidores Públicos	39	603 (45%)
Vereadores	37	Vereadores	40	Vereadores	38	Vereadores	49	Vereadores	37	550 (41%)
Secretaria de Estado	38	Secretaria de Estado	35	Secretaria de Estado	33	Secretaria de Estado	33	Secretaria de Estado	27	443 (33%)
Grau de importância das ações descritas na definição de suas ações da gestão – escala “importante a muito importante” (três ações com maior importância/ Brasil)										
Propostas oriundas do CMS	97	Propostas oriundas do CMS	99	Propostas oriundas do CMS	98	Propostas oriundas do CMS	98	Propostas oriundas do CMS	97	1315 (98%)
Agendas discutidas na CIR	92	Agendas discutidas na CIR	99	Agendas discutidas na CIR		Agendas discutidas na CIR	99	Agendas discutidas na CIR	97	1315 (98%)

N	%	NE	%	S	%	SE	%	CO	%	BR VR/%
Agenda organizada pelo MS	91	Agenda organizada pelo MS	98	Agenda organizada pelo MS	98	Agenda organizada pelo MS	97	Agenda organizada pelo MS	95	1302 (97%)
Grau de apoio oferecido pelas entidades as ações da gestão – escala “apoia a apoia amplamente” (três atores que mais apoiam/ Brasil)										
Conselho Municipal de Saúde	96	Conselho Municipal de Saúde	96	Conselho Municipal de Saúde	97	Conselho Municipal de Saúde	97	Conselho Municipal de Saúde	97	1302 (97%)
Ministério da Saúde	87	Ministério da Saúde	90	Ministério da Saúde	94	Ministério da Saúde	82	Ministério da Saúde	90	1194 (89%)
Servidores Públicos	81	Servidores Públicos	89	Servidores Públicos	91	Servidores Públicos	87	Servidores Públicos	86	1181 (88%)

Fonte: Pesquisa Nacional dos Gestores Municipais do SUS, 2017.

3.3 Desafios priorizados pelas Gestoras

Os desafios foram estruturados em cinco eixos estratégicos, vinculados à atenção básica, média e alta complexidade, regionalização e gestão, planejamento e judicialização, conforme apresentado no Quadro 4.

Com relação à atenção básica, destaca-se como desafio preponderante a efetivação da contrapartida do Estado (49%), com destaque para as regiões Sudeste (67%) e Centro-Oeste (58%), onde o percentual foi maior que a média nacional. Cabe destacar que, nessa mesma pesquisa, as gestoras apontam a atenção básica e os exames laboratoriais básicos como os serviços mais acessíveis aos usuários do SUS. O desafio vinculado à média e alta complexidade com maior destaque no Brasil está relacionado à garantia de consultas, exames e internações em quantidade e qualidade (69%), reforça-se que 76% das gestoras da região Sudeste destacaram esse desafio, superando a média nacional.

Com relação ao principal desafio da regionalização no âmbito nacional, ressalta-se o fortalecimento da CIR, como instância de planejamento e pactuação no âmbito regional (52%), com ênfase dada às regiões Norte (66%) e Nordeste (55%), que superam a média nacional. Quanto ao planejamento, destacou-se a qualificação das equipes gestoras municipais (65%) como prioridade nacional, com resultados homogêneos, em termos regionais. Por fim, no que tange à judicialização, destaca-se a necessidade de ampliar o conhecimento dos órgãos de controle sobre a dinâmica da gestão do SUS (62%), com destaque para as regiões Norte (63%) e Nordeste (66%).

A análise dos principais desafios do SUS, destacados pelas secretárias municipais, aponta para a presença de um conjunto de obstáculos

estruturais, que sinalizam a necessidade de uma agenda estratégica de qualificação dos processos e práticas na gestão do SUS.

Quadro 4 – Desafios priorizados pelas gestoras

N	%	NE	%	S	%	SE	%	CO	%	BR VR/%
Desafios a serem superados para a qualificação das ações de saúde referente os eixos de gestão (desafio mais destacados/Brasil)										
Atenção básica	43	Efetivação da contrapartida do Estado	42	Efetivação da contrapartida do Estado	42	Efetivação da contrapartida do Estado	64	Efetivação da contrapartida do Estado	57	658 (49%)
Média e Alta	50	Garantia de consultas, exames e internações em quantidade e qualidade.	68	Garantia de consultas, exames e internações em quantidade e qualidade.	69	Garantia de consultas, exames e internações em quantidade e qualidade.	76	Garantia de consultas, exames e internações em quantidade e qualidade.	68	925 (69%)
Regionalização	66	Fortalecimento das CIR como instâncias de planejamento e pactuação no âmbito regional	55	Fortalecimento das CIR como instâncias de planejamento e pactuação no âmbito regional	48	Fortalecimento das CIR como instâncias de planejamento e pactuação no âmbito regional	49	Fortalecimento das CIR como instâncias de planejamento e pactuação no âmbito regional	46	698 (52%)
Planejamento	66	Qualificação das equipes gestoras municipais para prática do planejamento em saúde	66	Qualificação das equipes gestoras municipais para prática do planejamento em saúde	65	Qualificação das equipes gestoras municipais para prática do planejamento em saúde	62	Qualificação das equipes gestoras municipais para prática do planejamento em saúde	67	872 (65%)
Judicialização	63	Ampliar o conhecimento do órgão de controle sobre a dinâmica da gestão das ações e serviços de saúde no SUS	66	Ampliar o conhecimento do órgão de controle sobre a dinâmica da gestão das ações e serviços de saúde no SUS	58	Ampliar o conhecimento do órgão de controle sobre a dinâmica da gestão das ações e serviços de saúde no SUS	57	Ampliar o conhecimento do órgão de controle sobre a dinâmica da gestão das ações e serviços de saúde no SUS	57	832 (62%)

Fonte: Pesquisa Nacional dos Gestores Municipais do SUS, 2017.

3.4 Agendas federativas para o ciclo 2017-2020

O Quadro 5 apresenta as principais proposições dos gestores, no que tange à construção de agendas. Com relação ao Ministério da Saúde (72%) e às Secretarias de Estado de Saúde (64%), destacam-se a ampliação do apoio financeiro para programas estratégicos, voltados para a melhoria do acesso

à população, com destaque para as regiões Nordeste (74%) e Sudeste (70%), que apresentam os maiores percentuais entre as regiões.

A agenda condiz com o desafio prevalente para a atenção básica, em que a maioria das gestoras elencou a efetivação da contrapartida do Estado (49%) como prioridade, o que evidencia, tanto a dependência financeira histórica dos municípios brasileiros das transferências federais para ampliar políticas, quanto o impacto do desfinanciamento federal do SUS nas últimas décadas, quadro esse que se acentuou significativamente com as medidas de austeridade estabelecidas nos últimos anos e que ganhou contornos extremos com a edição da Emenda Constitucional nº 95 (BRASIL, 2016).

Quanto a agenda inerente aos COSEMS, destaca-se a necessidade de auxiliar os gestores no diálogo com os órgãos de controle e com o poder judiciário (50%), com destaque para as regiões Centro-Oeste e Sudeste, (55%) e (60%) respectivamente. Tal resultado expressa coerência com o desafio vinculado ao eixo da judicialização, que destaca a necessidade de ampliar o conhecimento dos órgãos de controle sobre a dinâmica da gestão no âmbito do SUS (62%).

Quadro 5 – Prioridades na conformação da agenda federativa

Gestores	N	%	NE	%	S	%	SE	%	CO	%	BR VR/%
Agendas prioritárias a serem desenvolvidas por COSEMS – SES – MS para o ciclo de gestão 2017 (desafio mais destacados/Brasil)											
MS	Ampliar o apoio financeiro para programas estratégicos voltados para a melhoria do acesso a população.	71	Ampliar o apoio financeiro para programas estratégicos voltados para a melhoria do acesso a população.	74	Ampliar o apoio financeiro para programas estratégicos voltados para a melhoria do acesso a população.	69	Ampliar o apoio financeiro para programas estratégicos voltados para a melhoria do acesso a população.	71	Ampliar o apoio financeiro para programas estratégicos voltados para a melhoria do acesso a população.	71	966 (72%)
SES	Ampliar o apoio financeiro para programas estratégicos voltados para a melhoria do acesso a população.	66	Ampliar o apoio financeiro para programas estratégicos voltados para a melhoria do acesso a população.	64	Ampliar o apoio financeiro para programas estratégicos voltados para a melhoria do acesso a população.	59	Ampliar o apoio financeiro para programas estratégicos voltados para a melhoria do acesso a população.	70	Ampliar o apoio financeiro para programas estratégicos voltados para a melhoria do acesso a população.	63	859 (64%)

Gestores	N	%	NE	%	S	%	SE	%	CO	%	BR VR/%
Agendas prioritárias a serem desenvolvidas por COSEMS – SES – MS para o ciclo de gestão 2017 (desafio mais destacados/Brasil)											
COSEMS	Auxiliar os gestores no diálogo com os órgãos de controle e com o poder judiciário.	44	Auxiliar os gestores no diálogo com os órgãos de controle e com o poder judiciário.	46	Auxiliar os gestores no diálogo com os órgãos de controle e com o poder judiciário.	48	Auxiliar os gestores no diálogo com os órgãos de controle e com o poder judiciário.	55	Auxiliar os gestores no diálogo com os órgãos de controle e com o poder judiciário.	60	671 (50%)

Fonte: Pesquisa Nacional dos Gestores Municipais do SUS, 2017.

4 IMPLICAÇÕES

A ampliação da participação das mulheres na condução das secretarias municipais de saúde reforça uma tendência que já vem se consolidando ao longo dos anos, conforme identificado nos achados de Fleury (2014), Ribeiro *et al.* (2018), Ouverney *et al.* (2019) e Carvalho *et al.* (2020).

As secretárias municipais de saúde possuem faixa etária entre 31 e 50 anos, são brancas, são pós-graduadas, têm relação prévia com entidades religiosas, organizações não governamentais e associações comunitárias, são oriundas, predominantemente, de espaços de coordenação da atenção básica, gestão hospitalar e vigilância em saúde, demonstram trajetória diversificada, fato que lhes propicia experiência profissional e capacidade técnica para, junto com a confiança pessoal do prefeito, assumirem a função de condução nas secretarias municipais de saúde. Mesmo sem experiência anterior à frente das Secretarias Municipais de Saúde, se posicionam de forma muito confiante ao destacarem a capacidade de liderar, mobilizar e dialogar, requisitos primordiais para as práticas e processos de gestão local.

Diante dos desafios da gestão, a preocupação das gestoras com temas inerentes ao financiamento, ao acesso às ações e serviços de saúde, à garantia de consultas e exames especializados, ao fortalecimento das CIR, no sentido de potencializar a agenda da regionalização, ao investimento na qualificação de quadros técnicos para aprimorar as ações de planejamento e, por fim, no uso da estratégia de aproximação dos órgãos de controle, para um maior entendimento da dinâmica do SUS como direito do cidadão.

A posição das gestoras como atores políticos tem como base as relações de forças, em que os prefeitos, o Conselho Municipal de Saúde e o Ministério da Saúde se destacam como atores estratégicos em sua tomada de decisão. O alarmante distanciamento das Secretarias de Estado da Saúde aponta uma tendência que precisa ser mais investigada, tendo em vista a

expressão dos desafios apresentados e as agendas necessárias para seu enfrentamento.

A presença feminina no âmbito da gestão do SUS vem se consolidando ao longo dos anos, o que demonstra a importância de estudos que aprofundem essa dinâmica, tendo em vista a prática de atuação de gestoras a partir da identificação dos avanços, desafios, impactos e perspectivas do comando feminino na condução das políticas públicas de saúde.

REFERÊNCIAS

ALVES, B. M. PITANGUY, J. **O que é feminismo?** São Paulo: Brasiliense, 1991.

ARRUDA, C. A. M. *et al.* Perceptions of city health managers about the provision and activity of physicians from the More Doctors Program. **Interface** (Botucatu). 21(supl1) :1269-80, 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016.** Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal e dá outras providências. Brasília, 2016.

CARVALHO, A.L.B. *et al.* Enfermeiros (as) gestores (as) no Sistema Único de Saúde: perfil e perspectivas com ênfase no Ciclo de Gestão 2017-2020, **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 25(1): 211-222, 2020.

COSTA, S. M.; DURÃES, S. J. A.; ABREU, M. H. G. N. Feminização do curso de odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros, **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl. 1) p. 1865-1873, 2010.

FLEURY, S. **Democracia e inovação na gestão local da saúde.** Rio de Janeiro: Cebes / Editora FIOCRUZ, 2014.

IKEDA, M. Remuneração por Gênero no Mercado de Trabalho Formal: Diferenças e Possíveis Justificativas. **Texto para Discussão do BNDES.** n. 82. Rio de Janeiro. Set, 2000.

LIMA, L.D. *et al.* Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Revista Ciência & Saúde Coletiva.** n. 17(11), p. 2881-289, 2012.

MACHADO, C. V. *et al.* Federalismo e política de saúde: comissões intergovernamentais no Brasil. **Revista Saúde Pública**. n. 48(4). p 642-650, 2014.

MACHADO, M. H.; OLIVEIRA, E. S.; MOYSES, N. M. N. Tendências do Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil e Implicações. **Conferência Internacional sobre Pesquisa em Recursos Humanos em Saúde**, Rio de Janeiro, 2010.

MACHADO, M. H. *et al.* **Análise da força de trabalho do setor saúde no Brasil: focalizando a feminização**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde, 2006.

MOREIRA, M. R.; RIBEIRO, J. M. OUVERNEY, A. M. Obstáculos políticos à regionalização do SUS: percepções dos secretários municipais de Saúde com assento nas Comissões Intergestores Bipartites. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. n. 22(4) p. 097-1108, 2017

NASCIMENTO, L. P.; SILVA, L. F.; SILVA, L. C. Mulheres em Cena: do privado do lar ao trabalho remunerado. **III Congresso Internacional de Gestão e Desenvolvimento e Inovação**. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufms.br/index.php/EIGEDIN/article/view/8639>. Acesso em: Jun. 2020.

OUVERNEY, A. L. M. *et al.* Gestores municipais do Sistema Único de Saúde: perfil e perspectivas para o Ciclo de Gestão 2017-2020, **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, V. 43, N. Especial 7, P. 75-91, Dez. 2019.

RIBEIRO, J.M. *et al.* Federalismo e políticas de saúde no Brasil: características institucionais e desigualdades regionais. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. n. 23(6). p. 1777-1789, 2018.

SELEE, A. Exploring the link between decentralization and democratic governance. In: Tulchin J. & Selee A. **Decentralization and Democratic Governance in Latin America**. Washington: Woodrow Wilson Center Report, 2004.

VERMELHO, S.C; FIGUEIREDO, G. A percepção dos secretários municipais de saúde sobre a gestão do trabalho e da educação na rede pública do Sistema Único de Saúde (SUS). **Saúde Soc**. n. 26(2), p. 382-396, Apr-Jun 2017. DOI <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017166359>.

3

ESTRATÉGIAS DE GESTÃO LOCAL PARA NORMATIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Matheus Vítor Pereira Lima¹

Ítalo Vinícius Albuquerque Diniz²

Jairo Porto Alves³

Tácila Thamires de Melo Santos⁴

Wezila Gonçalves do Nascimento⁴

Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo¹

Francisco de Sales Clementino⁵

Claudia Santos Martiniano¹

1 Universidade Estadual da Paraíba.

2 Faculdade de Ciências Médicas.

3 Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

4 Centro Universitário Uninassau.

5 Universidade Federal de Campina Grande.

1 CONHECENDO O TEMA

A Atenção Primária à Saúde (APS) se configura, no Brasil, como a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde para os municípios do país (GIOVANELLA *et al.*, 2016). No Brasil, a APS se organiza por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), visando transformá-la em uma porta resolutive do Sistema Único de Saúde (SUS), e baseia-se em princípios norteadores para o desenvolvimento das práticas de saúde, como a centralidade na pessoa/família, o vínculo com o usuário, a integralidade e a coordenação da atenção, a articulação à rede assistencial, a participação social e a atuação intersetorial e multiprofissional (ARANTES; SHIMIZU; MERCHAN-HAMANN, 2016; BRASIL, 2017).

Nos últimos 20 anos, a ESF tem favorecido a universalização dos cuidados primários agregando princípios fundamentais para uma APS abrangente, como a valorização da equidade e da integralidade da atenção, com avanços em sua trajetória de grande relevância, contudo, percebe-se ainda, uma distribuição heterogênea em várias cidades brasileiras, mostrando desafios para sua total consolidação (DANTAS; RONCALLI, 2016).

No cenário da APS, os protocolos e manuais estão amplamente utilizados em todo mundo, inclusive no Brasil, como excelentes instrumentos norteadores de práticas para o melhoramento de recursos humanos em saúde (RHS) e suas devidas práticas (OMS, 2010).

Estudos recentes, como o de Aplin-Snider *et al.* (2020) e o de Barbazza *et al.* (2019), mostraram que a utilização de protocolos na APS obteve impactos positivos no que tange à redução de problemas respiratórios e em impactos no desempenho das atividades da APS. Porém, o uso de instrumentos normatizadores encontra desafios em sua utilização na APS, principalmente no que se refere a conflitos entre categorias, dificuldade no acesso e na utilização de tais ferramentas (MARTINIANO *et al.*, 2016).

Considerando que a execução das ações de APS passou a ser responsabilidade da gestão municipal, conforme a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017), esse nível de atenção tornou-se o lócus privilegiado para o exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe.

Nesse cenário, surge o gestor local de saúde, na figura do Secretário Municipal de Saúde e/ou Coordenador de APS, sendo responsável pela regulamentação e orientação na utilização dos protocolos, na perspectiva de descentralização do SUS. É o gestor local que vai elaborar conexões com sistemas formais e informais de saúde, assim como regulamentar os serviços

de saúde, compondo redes ou linhas de cuidado do SUS (CECÍLIO, 2011; CECÍLIO; ANDREAZZA; CARAPINEHIRO, 2012), bem como tem importância no que tange à prescrição de medicamentos por protocolos, na medida em vai aclarar políticas locais e coordenar a Atenção Primária à Saúde (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011).

Atualmente, no Brasil, os protocolos vêm sendo largamente utilizados em toda rede de serviços de saúde. No âmbito mais geral, incluindo todos os níveis da assistência à saúde, as ações e programas descritos no Ministério da Saúde são os seguintes: SAMU 192; Farmácia Popular do Brasil; Saúde da Família; Programa Nacional de Combate à Dengue; Brasil Sorridente; Banco de Leite Humano; Pré-Natal de Baixo Risco; Caderno de Hipertensão Arterial sistêmica; HumanizaSUS; Cartão Nacional de Saúde; Medicamento Fracionado; Olhar Brasil; Política Nacional de Alimentação e Nutrição; Política Nacional de Controle de Tabagismo e outros fatores de risco de Câncer; Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo de Útero e Mama (Viva Mulher) (BRASIL, 2017).

De modo mais específico, os protocolos se constituem uma inovação na medida em que buscam normatizar as práticas das equipes de Saúde da Família. São instituídos por meio da publicação dos Cadernos da APS ou protocolos específicos nas mais variadas áreas estratégicas e se organizam em diretrizes políticas com parâmetros técnico-operacionais, que buscam potencializar a capacidade de oferta de serviço do SUS em relação à cobertura e a melhoria da qualidade do atendimento da população (SILVA; XIMENES NETO, 2006).

Como afirma Dantas *et al.* (2018, p. 128) sobre o uso dos protocolos no controle da Hipertensão Arterial Sistêmica na APS, :

[...] é uma ferramenta importante no controle da HAS, pois propicia uma visão integrativa do cliente, permite uma melhor relação profissional/cliente e uma avaliação da adesão ao tratamento. O conjunto de informações favorece ao profissional a construção de uma terapêutica mais efetiva e eficaz.

Diante da complexidade de movimentos e de atores em torno do cuidado em saúde é que os gestores devem aprofundar seu conhecimento sobre as tensões e disputas, de modo a garantir a sua governabilidade (CAVALCANTI; OLIVEIRA NETO; SOUSA, 2015). Nesse sentido, verifica-se que a gestão sistêmica do cuidado necessita de governança, que se define por “padrões de articulação e cooperação entre atores sociais e políticos e arranjos institucionais que coordenam e regulam transações dentro e através das fronteiras do sistema econômico.” (SANTOS, 1997, p. 3).

Segundo Monteiro *et al.* (2021), os gestores em saúde são elementos de fundamental importância no contexto da atenção à saúde, pois possuem a função de subsidiar a tomada de decisão, tanto no contexto do dimensionamento de recursos humanos em saúde, quanto na busca da qualidade dos serviços prestados.

Além disso, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010) propõe orientações na melhoria dos RSH e afirma que a utilização de manuais na orientação da prática dos RSH não só melhora a assistência técnica e prática da assistência em saúde, mas também faz com que atividades complexas sejam exercidas de uma forma mais organizada e segura de assistência em saúde com os RSH disponíveis.

Nesse mesmo contexto, a OMS (2010) propõe que a figura do gestor em saúde é extremamente necessária para a formulação de manuais e protocolos de assistência e prática em saúde para os RSH, em que a formulação e orientação de protocolos e manuais específicos de atuação se tornam o cerne da questão, pois a simples utilização de manuais não é suficiente, não garante uma assistência segura e eficiente, haja vista que “A experiência no terreno demonstra que a receita ‘uma estrutura serve para todos’ não é a solução, dado que, em cada país, o contexto do pessoal de saúde é único.” (OMS, 2010, p. 142).

Tendo em vista que a normatização das práticas profissionais é um dos elementos centrais na efetivação de uma melhor prática assistencial e qualidade nos recursos humanos de saúde, e que, a figura do gestor é elemento principal para a elaboração de instrumentos norteadores, que possam contextualizar melhor práticas em saúde locais para a obtenção de melhores resultados em saúde, este trabalho possuiu como objetivo: avaliar a compreensão de gestores municipais de saúde em relação aos avanços e desafios na normatização das práticas profissionais da APS por meio da utilização de protocolos e manuais assistenciais da ESF.

2 CAMINHO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo de caso na perspectiva de Yin (2001), com abordagem qualitativa. Entre as abordagens dos processos compreensivos e críticos, optou-se pelo conceito da hermenêutica-dialética, que dá suporte às pesquisas de cunho qualitativo, uma vez que permite uma reflexão que se fundamenta na prática, compreendendo a realidade em que os indivíduos são inseridos ao mesmo tempo em que consegue fazer crítica a realidade social. É hermenêutico, porque tem caráter interpretativo, e dialético,

porque implica comparação e contraste de diferentes pontos de vista, objetivando um alto nível de síntese (MINAYO, 2008).

A matriz de análise buscou aprofundar a compreensão de como os gestores locais de saúde vem apoiando a utilização de instrumentos norteadores de práticas dos profissionais na Atenção Primária à Saúde, orientada na Estratégia Saúde da Família, considerando o contexto da gestão do cuidado em saúde.

O estudo foi realizado no Estado da Paraíba, situado na Região Nordeste. No momento da pesquisa, o Estado contava com uma população de 3.815.171 habitantes, com cobertura da Estratégia Saúde da Família de 92,1%, por meio de 1.600 equipes de Saúde da Família presentes em 100% dos municípios paraibanos (BRASIL, 2017).

O campo de pesquisa foi composto por 12 municípios-sede de gerências de saúde, os quais foram selecionados com base nos seguintes critérios de inclusão: ser municípios sede de Gerências Regionais de Saúde, por subternder melhor organização de gestão. Os municípios selecionados (Campina Grande, João Pessoa, Patos, Cajazeiras, Princesa Isabel, Catolé do Rocha, Sousa, Cuité, Itabaiana, Guarabira, Piancó e Monteiro). No total, foram entrevistados 08 secretários de saúde e 10 coordenadores de AB, perfazendo o total de 18 participantes.

A coleta aconteceu no período de 25 de junho de 2018 a 25 de outubro de 2018. Realizou-se uma entrevista semiestruturada, guiada por um roteiro flexível, previamente estabelecido. A entrevista possibilitou conhecer as condições em que ocorre o fenômeno da implantação/implementação, pelos gestores de saúde, de protocolos municipais de Atenção Primária à Saúde no contexto em que ocorre, ou seja, a partir de determinada estrutura, sistema de valores e normas, ainda revela as representações de grupos em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas, levando a utilizar o preceito hermenêutico-dialético, teorizado por Minayo, em que a interação entre os dois conceitos permite a tradução em seu núcleo, a ideia fecunda dos condicionamentos históricos da linguagem, das relações e das práticas, assim como ambas estão referidas à práxis estruturada pela tradição, linguagem, pelo poder e pelo trabalho (MINAYO, 2008).

As entrevistas foram realizadas por uma equipe de entrevistadores previamente treinada, composta por enfermeiros graduados e estudantes de pós-graduação em Saúde Pública, incluindo o autor da pesquisa.

Por meio do software *Atlas Ti (versão 84DD4-8476C-B639V-X09G1-00AQR)*, todas as entrevistas foram organizadas e codificadas linha a linha, seguindo a codificação, o que permitiu originar os códigos, que conceituavam

o incidente daquela fala. Para demonstrar, nas falas, os códigos e famílias que as mesmas geraram nos resultados, o texto das falas vem acompanhado, no final, dos códigos e das famílias. Códigos e famílias são ferramentas de análise dentro do software *Atlas Ti*. Para todo o conjunto de dados foi utilizado como método à análise de conteúdo em suas três etapas (BARDIN, 2011).

O Projeto foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual da Paraíba, de número CAAE 83862118.4.0000.5187. Essa pesquisa é parte do projeto intitulado “Avanços e Desafios na Utilização de Protocolos Assistenciais Para a Prescrição de Medicamentos por Enfermeiros na Estratégia Saúde da Família”, financiado pelo Edital Universal do CNPq, em 2016, com número de inscrição 409112/2016-0.

No que se refere à normatização das práticas dos profissionais da Atenção Primária à Saúde, procurou-se evidenciar, por meio das falas dos gestores, como estava normatizada a assistência local, emergindo as seguintes categorias: a) A utilização de protocolos para nortear a prática profissional; b) Acesso dos profissionais aos protocolos; c) Processo de construção do protocolo/lei/caderno; d) Capacitação para os profissionais enfermeiros nos instrumentos utilizados; e) Vantagens e desvantagens da normatização da prática profissional.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No concernente à categoria “a utilização de protocolos para nortear a prática profissional”, observou-se que a organização do serviço da APS no âmbito local guarda alinhamento com o que é definido nacionalmente nos protocolos/cadernos/norma.

Assim, a gente se baseia muito pelos manuais do Ministério da Saúde, os protocolos em relação ao atendimento, quantidade de consultas. Gestante, por exemplo, quantas consultas tem que ser feitas pelo médico, quantas consultas pela enfermeira. CD também, qual a idade da consulta, qual deve ser pelo médico, pelo enfermeiro. (Gestor2-M3, 2018).

Além da normatização da assistência, os gestores apontaram os protocolos como minimizadores de conflitos entre profissionais e no contexto da rede de atenção à saúde, como se observa a seguir:

Particularmente, eu gosto sempre de enfatizar a importância das diretrizes e dos protocolos para o nosso trabalho para evitar

conflito, evitar conflito de interesse, conflito de ideias porque os protocolos são importantes para organizar o fluxo de trabalho e planejamento do trabalho. (Gestor2-M5, 2018).

Na utilização dos protocolos, duas questões nos parecem essenciais aos gestores: a delimitação das atribuições de médicos e enfermeiros e a ordenação no âmbito da rede assistencial local e locorregional.

A respeito do uso dos protocolos como delimitadores das atribuições de médicos e enfermeiros, Martiniano *et al.* (2016) afirma tal uso no sentido de determinar que o papel do profissional médico e do profissional enfermeiro varia na ESF. Isso se dá, tanto pelo fato da existência de variados protocolos na APS, quanto pelo fato de que as atribuições dessas duas categorias profissionais são também variadas, havendo atribuições prescritivas em que só é permitido ao profissional médico o diagnóstico e prescrição, e atribuições em que o papel prescritivo e de diagnóstico é comum a ambas as profissões, cenário em que há uma maior autonomia do enfermeiro.

Os protocolos são importantes instrumentos que servem para reordenar a assistência de enfermagem e das outras profissões que compõem a ESF. Segundo Garcia *et al.* (2018), os protocolos são instrumentos criados para que os profissionais de saúde exerçam sua profissão de acordo com a regulamentação do exercício profissional. Tanto para Garcia *et al.* (2018), quanto para Mourão Netto, Dias, Goyanna (2016), os protocolos são ferramentas que norteiam o processo do cuidado em saúde garantindo mais padronização na assistência dos profissionais para com os usuários e melhorando, assim, a qualidade da assistência por oferta.

Em alguns municípios, a normatização das práticas profissionais advém de protocolos construídos nos próprios municípios.

Tem, temos protocolos de Atenção Básica que o Ministério da Saúde já disponibilizou, até fizemos protocolos específicos do município em relação à solicitação de exames, encaminhamentos para especialistas e de medicamentos, pois nós fizemos nossa RENAME baseada no que as unidades acham que é melhor para se trabalhar aqui. (Gestor1-M12, 2018).

Notou-se nas falas anteriores uma falta de conhecimento da gestão sobre o uso de protocolos, fazendo com que não se utilizassem no serviço. Esse fato é semelhante ao encontrado no estudo de Galhardi, Barros, Leite-Mor (2013), quando estes demonstraram que mais da metade dos gestores possuíam pouco conhecimento ou desconheciam sobre as políticas e normativas das Prática Integrativas de Saúde que regem a APS brasileira, nisso inseria os protocolos regentes do serviço.

Sobre a construção de protocolos locais, Nascimento *et al.* (2018) em seu estudo documental sobre as normativas, diretrizes, políticas e respaldo institucional do enfermeiro para a prescrição de medicamentos e solicitação de exames, com vistas à prática avançada no âmbito da Atenção Primária à Saúde, revela que, no Brasil, municípios, como o de Florianópolis e São Paulo, formalizaram o ato de prescrição de medicamentos pelo enfermeiro por meio da construção de protocolos locais ou pareceres.

Em estudo realizado com o objetivo compreender as concepções e interesses sobre transmutar a fundamentação da prática cotidiana do conhecimento produzido pela experiência para modelos probabilísticos da epidemiologia, e nisso está incluído o uso de protocolos e manuais, Uchôa e Camargo Jr. (2010) revelam que o uso de protocolos por médicos no setor de cardiologia foi realizado juntamente como um complemento de decisões elaboradas na história e observação de práticas clínicas e cirúrgicas, além de práticas normalizadoras, demonstrando, assim, o uso de dupla racionalidade dos protocolos.

Sobre a categoria “acesso dos profissionais aos protocolos”, atestou-se que, dos municípios em que os profissionais possuíam acesso, esse era feito por meio de *pen-drives*, outros gestores disponibilizam nas unidades de forma impressa e ainda relatou a capacitação dos mesmos para com cadernos de APS e suas diferentes linhas de cuidado. Dos que não possuíam acesso, deu-se pelo fato de que a gestão não tinha conhecimento de nenhum protocolo ou Procedimento Operacional Padrão (POP): “Nós temos aqui o protocolo, que por sinal todos os enfermeiros têm num pen drive” (Gestor 1 – M5, 2018). E “algumas unidades já têm, eles seguem. E em outras unidades já estão sendo feitos esses trabalhos, tanto implantando esses POPs, como capacitação e orientação para o cuidado humanizado.” (Gestor 1 – M6, 2018).

Os protocolos/manuais/cadernos da Atenção Primária à Saúde são distribuídos pelo Ministério da Saúde e devem estar disponíveis aos profissionais nas unidades de saúde. São documentos para se ter à mão, para consulta no momento em que se dá a assistência, de modo a subsidiar a prática profissional dos profissionais da Atenção Básica. É sabido que o fato de estar disponível não garante o uso pelo profissional, mas torna possível o acesso, caso o profissional necessite. Destaca-se ainda que tais materiais são de livre acesso a qualquer profissional por meio da internet.

Em relação à categoria “Processo de construção do Protocolo no município”, observou-se que houve uma construção participativa, sendo realizado em determinado município a formulação conjunta com todos os

profissionais da ESF (enfermeiros e médicos) juntamente com a farmacêutica do município que coordenava a farmácia municipal. Identificaram-se também capacitações da gestão com a equipe de enfermagem para criação de manuais próprios, assim como gestores que realizavam reuniões com equipes de ESF para construção de protocolos e Procedimento Operacional Padrão (POP).

Teve, a farmacêutica ouviu todas as equipes, houve uma escuta com relação a medicamentos e foi escrita conjuntamente com eles, com as opiniões deles, tanto de médicos, enfermeiros e dentistas. As de exames, foi a equipe de planejamento que fez junto com eles. (Gestor1-M12).

Em contrapartida houve gestores que demonstraram fazer do processo de construção de uma maneira centralizada, ao demonstrarem desconhecimento referente a maneira de como os protocolos locais foram elaborados: “Esse pacto foi construído com a equipe e eles têm acesso. Não sei se terá o documento impresso, mas foram eles que construíram.”(Gestor1-M11).

Pode-se depreender que há, por grande parte dos gestores entrevistados, a participação conjunta dos membros da ESF na elaboração de protocolos e normativas locais, em discordância há uma falta, também, de interesse por alguns gestores na elaboração e conhecimento de protocolos locais dos próprios municípios.

Rodrigues, Nascimento e Araújo (2011), ao conhecer a percepção dos enfermeiros acerca do uso do protocolo de suas atribuições na assistência pré-natal em um município brasileiro, apontam que, na percepção dos enfermeiros, uma das grandes dificuldades de utilizar os protocolos de assistência pré-natal encontra-se na fala de capacitação, tanto teórico, quanto prática, por parte da gestão municipal. Para Moura *et al.* (2015), quando investigando a experiência da elaboração do Protocolo do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família no Estado da Paraíba, conseguiu desvelar que o uso dos protocolos serviram como importante instrumento orientador na assistência de enfermagem nos municípios paraibanos.

Sobre a categoria “Capacitação para os profissionais enfermeiros nos instrumentos utilizados” verificou-se a presença de capacitação, observadas a partir da alegação dos gestores que informaram realizar mensalmente capacitações com membros da equipe de ESF com temas diversos baseados nas linhas de cuidado:

Sim. A gente teve o pré-natal de alto risco, a gente teve o pré-natal de baixo risco, a gente também teve de sala de vacina

ofertado, a gente procura também estar disponibilizando para urgência e emergência. (Gestor 1 – M3).

Alguns gestores de Atenção Básica, no entanto, alegaram não ter oferta de capacitação em seus municípios, sendo as capacitações realizadas somente a nível estadual, assim como outros demonstraram falta de conhecimento quando não sabem identificar se houve capacitação com os membros da ESF. A fala a seguir expõe tal fato: “Não sobre os cadernos depois de implantados não, existe a somente a nível, de estado onde eles são capacitados. Mas tem algumas coisas como a Hepatite B onde nós discutimos com eles.” (Gestor 2 – M12).

Verifica-se que há, por grande parte dos gestores investigados, uma preocupação em capacitar as equipes e profissionais de ESF em relação aos protocolos utilizados no serviço. Porém, foi observado falta de conhecimento por parte de outros gestores, assim como uma falta de interesse em capacitar as equipes com os instrumentos.

Sobre a falta de capacitações do uso de instrumentos pela gestão, Carreno *et al.* (2015), em revisão integrativa sobre a análise da utilização das informações do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), mostrou o despreparo das equipes para a utilização do SIAB e deixa evidente que, tal problemática, decorre da capacitação insuficiente das equipes, já que o treinamento introdutório não discute de forma aprofundada.

Em relação à categoria “Vantagens e desvantagens da normatização da prática profissional”, os gestores relataram que o uso de instrumentos para a prática profissional possuía algumas vantagens no que tange ao norteamento das atividades, organização do fluxo de trabalho, maior segurança para a realização do trabalho da equipe, pois é uma prática que se baseiam em evidência científica, outros consideraram que os usos dos protocolos garantiam a padronização na assistência, assim como contribuíam na mudança da prática biologicista de assistência, principalmente de profissionais médicos: “As vantagens é que você segue um roteiro cronológico de forma muito mais organizada, você se direciona melhor e planeja melhor as ações que vão ser executadas. Isso facilita para a gente.” (Gestor1-M3) e “a vantagem é que você organiza o fluxo de trabalho, alinha toda a equipe em uma ideia central é... Os protocolos eles tem que ser baseados em evidências, então deixa uma coisa mais segura.” (Gestor2-M5).

Outros gestores, porém, consideravam alguma desvantagem no uso dos protocolos em virtude da dificuldade da adesão dos profissionais quanto a inserção das evidências em sua prática cotidiana, como pode ser verificado a fala que se segue:

A desvantagem é a dificuldade que os profissionais têm a aderir esses protocolos, infelizmente, à maioria não... Tem resiliência em aderir, vai mais pela forma empírica, que é uma dificuldade para a gente aplicar protocolo. (Gestor2-M5).

Sobre esse entendimento dos gestores com relação ao uso de protocolos como auxiliador no processo do cuidado, Martiniano *et al.* (2016), ao procurar investigar possíveis lacunas entre educação, qualificação, autoavaliação e prática prescritiva de medicamentos na atenção primária à saúde na perspectiva dos enfermeiros, identifica que, para os enfermeiros da APS, o uso de protocolos era feito por possuir facilidades no sentido de dar uniformidade e padronização da assistência à enfermagem em situações propícias na APS.

4 IMPLICAÇÃO

O uso dos protocolos se torna um importante instrumento para a normatização do processo do cuidado em saúde por meio da padronização da assistência, no entanto foi verificado, pela fala dos gestores, a dificuldade que alguns profissionais da ESF possuem em aderir ao uso dos protocolos na APS.

Sobre a realização de capacitação dos instrumentos que norteiam a prática prescritiva dos enfermeiros, verificou-se que há, por grande parte dos gestores, uma preocupação na capacitação das equipes e profissionais de ESF. Porém, foi também verificada a falta de conhecimento por parte de outros gestores a respeito da qualificação de tais instrumentos.

Verificou-se uma carência de conhecimento generalizada por parte dos gestores, corroborando com estudos anteriores que demonstram frágil compreensão da gestão com regimentos e políticas de sua atuação profissional. É necessário, nesse sentido, uma atenção mais voltada para a formação dos gestores em saúde, para que problemas como este não permaneçam na ESF.

Essa pesquisa pode ter contribuições no que diz respeito a utilização, formulação e criações de protocolos norteadores de práticas profissionais para a Atenção Primária à Saúde, onde fez-se notar que a utilização desses instrumentos na APS possibilita melhores padrões do nível de assistência, assim como abrange também a possibilidade da construção de instrumentos locais direcionados às necessidades da população no concernente ao processo saúde-doença locais.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P.F.; FAUSTO, M.C.R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Revista Panameña de Salud Publica**. v.29. n. 2. p.84–95. 2011.

APLIN-SNIDER, C.; *et al.* Development and Implementation of an Upper Respiratory Infection Treatment Protocol in a Primary Care Health Clinic. **Clinical Research and Quality Improvement in Family Medicine Clinics – Pilot Studies**. v. 11. n.1., p. 1-6. 2020.

ARANTES, L.J.; SHIMIZU, H.E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. v.21. n.5. p.1499-1509. 2016.

BARBAZZA, E.; KRINGOS, D.; KRUSE, I.; *et al.* Creating performance intelligence for primary health care strengthening in Europe. **BMC Health Services Research**. v. 1006. n.19. p.1-16, 2019.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. – Brasília – DF. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>. Acesso em: 14 de Jan. de 2019.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Mapa CEPs. Abril de 2012.

CARRENO, I. *et al.* Análise da utilização das informações do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB): uma revisão integrativa. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p.947-956, 2015.

CAVALCANTI, P.C.S.; OLIVEIRA-NETO, A.V.; SOUSA, M.F. Quais são os desafios para a qualificação da Atenção Básica na visão dos gestores municipais? **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.323-336. 2015.

CECÍLIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em Saúde. **Revista Comunicação Saúde e Educação**. v.15, n.37, p.589-99. 2011.

CECÍLIO, L. C. O.; ANDREAZZA, R.; CARAPINEHIRO, G. *et al.* A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v.17 n.11. p. 2893-2902. 2012.

DANTAS, R. C. DE O. *et al.* O uso de protocolos na gestão do cuidado da hipertensão arterial na atenção primária à saúde: uma revisão Integrativa. **Revista Ciência Plural**, v. 4, n. 1, p. 117-131, 6 jul. 2018.

DANTAS, R.C.O.; RONCALLI, A.G. Reprodutibilidade do protocolo para usuários com hipertensão arterial assistidos na Atenção Básica à Saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. v. 25, n. 8, p. 3037-3046. 2016.

GALHARDI, W. M.P.; BARROS, N.F.; LEITE-MOR, A.C.M.B. O conhecimento de gestores municipais de saúde sobre a Política Nacional de Prática Integrativa e Complementar e sua influência para a oferta de homeopatia no Sistema Único de Saúde local. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 213-220, Jan. 2013.

GARCIA, E.S.G.F. *et al.* As ações de Enfermagem no Cuidado à Gestante: Um Desafio à Atenção Primária de Saúde. **Rev. Fund. Care Online**. Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.863-870. 2018.

GIOVANELLA, L. *et al.* A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.9, p.2697-2708, 2016.

MARTINIANO, C.S. *et al.* Caracterização da prescrição de medicamentos por enfermeiros nos protocolos de Atenção Primária à Saúde. **Revista de enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, 24(3), 2016.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 11ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MONTEIRO, J.L.S.; DAL POZ, M.R.; MEIRELES, G.A.; *et al.* Análise dos métodos de avaliação da carga de trabalho de recursos humanos em saúde: revisão integrativa da literatura. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 2, p. 1-13. 2021.

MOURA, S. G. *et al.* Protocolo Do Enfermeiro Na Estratégia Saúde Da Família: Relato De Experiência. **Revista de enfermagem da UFPE online.**, Recife, v.9, n.1,p.243-7, jan., 2015.

MOURÃO NETTO, J. J. M.; DIAS, M. S. A.; GOYANNA, N. F. Uso De Instrumentos Enquanto Tecnologia Para A Saúde. **Saúde em Redes**, v. 2, n.1, p. 65-72, 2016.

NASCIMENTO, W. G. *et al.* Medication and test prescription by nurses: contributions to advanced practice and transformation of care. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.26, n.3062, p. 1-10, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Manual para a Monitorização e Avaliação de Recursos Humanos de Saúde**. 2010.

SANTOS, M.H.C. Governabilidade, Governança e Democracia: Criação da Capacidade Governativa e Relações Executivo-Legislativo no Brasil Pós-Constituinte. **DADOS – Revista de Ciências Sociais**. Rio de Janeiro, v. 40, n.3, . p. 335-376, 1997.

SILVA, F. V.; XIMENES NETO, F. R. G. Enfermagem e prescrição de medicamentos Regulação social e dificuldades para a consolidação da prática no cotidiano dos serviços de saúde Contribuição da ABEn ao debate. ABEn, **Jornal da Associação Brasileira de Enfermagem**, v. 48, n. 4, 2006.

UCHÔA, S. A. C.; CAMARGO JR, K. R. Os protocolos e a decisão médica: medicina baseada em vivências e ou evidências?. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 4, p. 2241-2249. 2010.

YIN, R.K. **Estudos de Caso: planejamento e métodos**. 2 ed. Porto Alegre: Bookman. 2001.

4

DETERMINANTES DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NA PARAÍBA DE 2015 A 2017

Daniella de Souza Barbosa¹

André Luís Bonifácio de Carvalho¹

Andrey Maia Silva Diniz¹

Bianca Nóbrega de Medeiros Batista¹

Edjavane da Rocha Rodrigues de Andrade Silva¹

Otávio Augusto Nasser Santos¹

Raquel Veloso do Nascimento¹

1 Universidade Federal da Paraíba – UFPB

1 INTRODUÇÃO

A Constituição de 1988, em seu art. 196, determinou a saúde como direito de todos e dever do Estado, estipulando o acesso às ações e aos serviços de saúde como uma premissa inerente à cidadania no Brasil, mediante a elaboração de políticas sociais e econômicas por parte do Estado (BRASIL, 1988). As políticas públicas, por sua vez, destinam-se a racionalizar a prestação coletiva do Estado, baseando-se, para tanto, nas principais necessidades de saúde da população, buscando viabilizar a justiça distributiva, inerente à própria natureza dos direitos sociais, representando assim a própria garantia desses direitos (BRASIL, 2011; BUCCI, 2006).

Com a Constituição Cidadã, o exercício de relações entre os poderes públicos foi transformado, conferindo novo status ao Poder Judiciário como potencial setor garantidor do acesso e da utilização de tais serviços aos cidadãos. Desde então, a tática de recorrer à via jurídica para reivindicar a garantia do direito tem se tornado cada vez mais frequente em todos os estados brasileiros, fazendo do fenômeno da judicialização da saúde um dos principais temas da agenda nacional da saúde (VENTURA *et al.*, 2010).

A relevância que a judicialização da saúde tem assumido pode ser notada tanto pela evolução de seus impactos financeiros, quanto pelas iniciativas político-institucionais e técnicas desenvolvidas em âmbito nacional e regional para coordenar sua evolução, como verificado pela consultoria jurídica da Advocacia Geral da União junto ao Ministério da Saúde, no período de 2007 a 2016, no qual houve um aumento de quase 5.000% nos gastos com judicialização: de R\$ 26 milhões (2007) para mais de R\$ 1,325 bilhão de reais (2016), só no âmbito da União (PEPE *et al.*, 2010a; PEPE *et al.*, 2010b; BRASIL, 2017).

Em 2009, o Supremo Tribunal Federal (STF) convocou uma audiência pública nacional de vasta representação para pleitear as diferentes visões sobre a judicialização da saúde e apontar os caminhos. As principais estratégias estabelecidas para lidar com a judicialização da saúde, a partir desse debate, consistiram na instituição de espaços de diálogo entre os Poderes Judiciário e Executivo, na consolidação da regulação federal sobre o mercado nacional de bens e serviços em saúde, na definição de diretrizes para a incorporação de tecnologias em saúde no SUS e na instalação de instâncias de assessoramento técnico em saúde aos magistrados (GOMES, 2014).

A implementação do direito à saúde vem ganhando contornos singulares, obrigando os operadores do direito, em diversas instâncias de atuação, a lidarem com temas vinculados ao Direito Sanitário e a sua correlação com

a implantação das políticas públicas de saúde nos três níveis de governo. Não obstante, os gestores públicos de saúde são continuamente provocados a lidarem com a garantia efetiva desse direito social, seja individual ou coletivamente, por meio de determinações oriundas do Poder Judiciário e que, por vezes, contradiz o que está preconizado na política pactuada da assistência à saúde, como também os processos que dizem respeito à logística do sistema de saúde (MARQUES, 2008).

Segundo Marques (2008), se por um lado a crescente demanda judicial acerca do acesso a medicamentos, produtos para a saúde, cirurgias, leitos de UTI - dentre outras prestações positivas de saúde pelo Estado - representa um avanço em relação ao exercício efetivo da cidadania por parte da população brasileira, por outro, significa um ponto de conflito perante os elaboradores e executores da política no Brasil, porque passam a encarar um número cada vez maior de ordens judiciais, que simbolizam gastos públicos e geram impactos significativos no sistema de governança da saúde pública no país.

É de fundamental importância para a gerência dos poderes públicos conhecer as causas desse fenômeno heterogêneo que é a judicialização em saúde, suas principais demandas e promover políticas públicas que atendam às necessidades de saúde das pessoas, que, na judicialização, pode aparecer como pleito individual, mas que se constitui um fenômeno de muitos e, por isso, torna-se uma questão coletiva, indicando a necessidade de reorganização da oferta de políticas públicas no campo da saúde, na tentativa de diminuir as demandas judiciais e as despesas cada vez mais imprevisíveis nos orçamentos de saúde nas três esferas de governo, notadamente nas instâncias estaduais.

1.1 Objetivos

O presente estudo busca explorar a natureza das demandas judiciais na Paraíba no período de 2015 a 2017, revelando o domínio dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) e Conselheiros de Saúde sobre os principais determinantes da judicialização da saúde no Estado. Para tanto, se fez essencial o aprofundamento do tema e a identificação dos elementos que o induzem, seja no âmbito da gestão, na conformação do perfil dos demandantes, na organização da agenda dos gestores da saúde e na dinâmica de implementação das políticas públicas.

2 METODOLOGIA

A metodologia adotada foi realizada por meio da estruturação de 02 (dois) eixos. No primeiro, foi feito um levantamento bibliográfico de publicações sobre a temática, feitas entre os anos de 2008 a 2017, envolvendo os períodos da implementação do Pacto pela Saúde e do Decreto Nº 7.508/2011. No segundo, uma entrevista semiestruturada online foi realizada com gestores de saúde para avaliar a percepção deles sobre a temática.

No que tange ao primeiro eixo, foi executado, para uma revisão integrativa de literatura, um estudo exploratório-descritivo e bibliográfico. A partir da identificação, localização e compilação dos dados escritos em artigos de revistas especializadas, do acervo de dados online da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). A proposta sugerida para a identificação dos determinantes da judicialização da saúde no Brasil foi a questão norteadora da pesquisa.

Os descritores selecionados foram 05 (cinco): judicialização e saúde e Brasil; judicialização da saúde e Direito; judicialização e saúde e causas; judicialização e saúde e consequências; e judicialização e direito à saúde. Através do operador de pesquisa (*booleano*) **AND** no banco de dados da Capes, foram encontrados, respectivamente, 34 estudos para os descritores 01; 28 estudos para o 02; 16 estudos para o 03; 9 estudos para o 04; e 14 estudos para o 05, totalizando 101 artigos.

Dos 101 artigos que foram catalogados a partir de tais descritores, 30 artigos foram selecionados, pois atendiam aos critérios de inclusão (conter a temática de pelo menos um dos descritores listados acima; responder à pergunta norteadora) e exclusão (ser artigo de revisão de literatura; ser tese, dissertação, trabalho monográfico ou de conclusão de curso). Os 30 artigos foram depois categorizados em 03 (três) temáticas: judicialização da assistência farmacêutica; judicialização do direito à saúde; e judicialização da saúde pública.

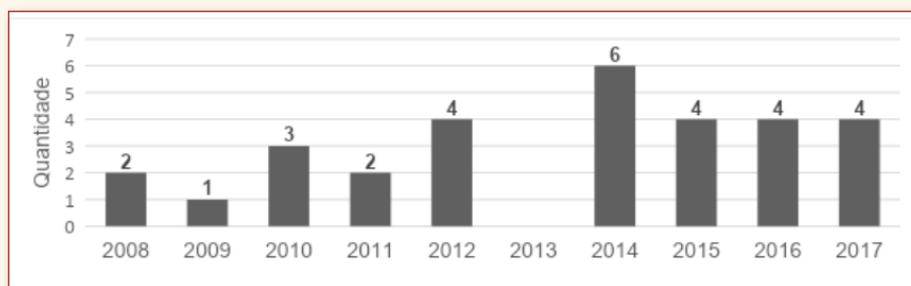
Para o segundo eixo, utilizou-se o método descritivo-analítico como forma de abordar o perfil dos gestores municipais, como também identificar suas percepções quanto ao fenômeno da judicialização da saúde, mediante estudo transversal. Quanto à ferramenta de coleta das informações, utilizou-se de um questionário online semiestruturado, composto por 21 perguntas, classificadas quanto à forma em 20 objetivas, de múltipla escolha, e 01 subjetiva, com espaço apropriado para resposta, com o uso de escala *Likert*, no intuito de verificar a percepção sobre situações apresentadas. Quanto

ao universo da pesquisa, composto por 42 gestores municipais, obteve-se a resposta de 31 questionários.

3 RESULTADOS

No que tange ao primeiro eixo, dentre as 30 publicações encontradas, destaca-se uma predominância no período de 2014 a 2017, em que percebemos a publicação de 18 artigos, correspondendo a (60%) dos artigos identificados, com ênfase no ano de 2014, que apresentou 06 publicações, ou seja, (20%) dos artigos do período (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Quantidade de artigos analisados divididos por ano de publicação. De 2008 a 2017 – Brasil.



Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Conseguimos verificar que, dos 30 trabalhos analisados que retratam o tema da judicialização da saúde, focalizam a conceituação do tema sobre 03 principais categorias: (judicialização e assistência farmacêutica; judicialização e direito à saúde; e judicialização e práticas de gestão), conforme Tabela 1.

Tabela 1 – Artigos organizados por categorias e os possíveis determinantes da judicialização, no período de 2008 a 2017.

CATEGORIAS VINCULADAS A JUDICIALIZAÇÃO	POSSÍVEIS DETERMINANTES PARA A JUDICIALIZAÇÃO
Judicialização da Assistência Farmacêutica n = 14 (47%)	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivo à cultura de medicalização; • Preços abusivos de medicamentos; • Falta de estoque de medicamentos; • Falta de padronização do uso; • Medicamentos que não constam na lista de Assistência Farmacêutica; • Requerimento de medicamentos em fases ainda experimentais de pesquisa clínica; • Associação entre médicos e escritórios de advocacia nas solicitações dos medicamentos; • Vazios assistenciais (na hipótese de doença que não tem protocolo clínico elaborado pelo SUS); • Conflito entre evidência científica e opinião médica (quando há prescrição de medicamento fora da bula ou discordante dos protocolos do SUS); • Ineficiência estatal em muitos aspectos da prestação do serviço à saúde da população.
Judicialização do Direito à Saúde n = 10 (33%)	<ul style="list-style-type: none"> • O baixo financiamento, a ausência de parâmetros que orientem o padrão de integralidade; • A gestão pública insatisfatória; • A falta de sentimento de pertencimento da população com o direito a saúde; • Incapacidade do modelo operacional do SUS; • Falta de políticas públicas de saúde que apoiem ou coincidam com as reivindicações do paciente; • Falha da autoridade de saúde pública em cumprir com as políticas existentes, geralmente devido à falta de uma definição clara da divisão de autoridade entre entidades federais.
Judicialização e Práticas de Gestão n = 06 (20%)	<ul style="list-style-type: none"> • Necessidade de concepção de saúde como direito; • Limitações do SUS real; • Falta de recursos do estado e suplantando o somatório dos ligados à insuficiência da rede de serviços e de médicos; • Falhas encontradas nas políticas públicas; • Deficiências no acesso e cobertura as ações e serviços de saúde no SUS. • Falta de resolutividade, por parte do SUS, frente às necessidades individuais e coletivas de saúde.

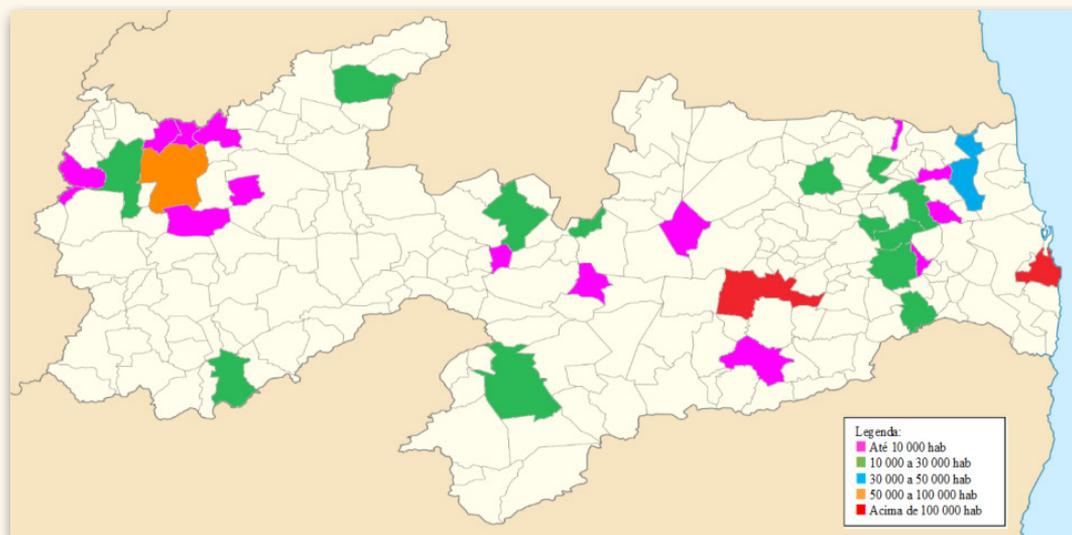
Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Ao se analisar tais informações, encontra-se o predomínio da temática da judicialização associada à assistência farmacêutica, com destaque no acesso a medicamentos, totalizando cerca de (47%) dos artigos, seguido pelo eixo

Judicialização do Direito à Saúde, que configura (33%), e, por fim, o eixo da Judicialização e Práticas de Gestão, como o menor índice (20%) dos trabalhos avaliados.

No que tange ao segundo eixo, o universo da pesquisa contou com 42 municípios, e 31 respondentes como amostra, situação que corresponde a um conjunto de 31 municípios paraibanos que, juntos, concentram 75% da população do Estado da Paraíba.

Figura 1 – 31 Municípios participantes do estudo classificados por sua população.



Fonte: IBGE, 2017. Adaptado pelos autores, 2017.

Quanto ao perfil dos gestores municipais da saúde paraibanos, podemos constatar a predominância das mulheres (71%), que se consideram brancas (42%), na faixa etária entre 31 e 50 anos, com remuneração média de menos de 05 salários mínimos (84%), pós-graduadas (42%), cuja maioria nunca havia sido gestora anteriormente e não participante da diretoria do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde da Paraíba (COSEMS-PB).

Dentre as questões trabalhadas na verificação junto aos gestores, destaca-se aqui a percepção/entendimento no que tange ao fenômeno da judicialização, a qual foi apresentada aos gestores um conjunto de afirmativas vinculadas a uma escala do tipo *Likert*, entre concorda totalmente (CT) e discorda totalmente (DT), conforme o Quadro 1 abaixo.

Quadro 1 – Posição dos gestores municipais da Paraíba com relação ao entendimento sobre o fenômeno da judicialização da saúde.

ALTERNATIVAS	CT	CP	NCND	DP	DT
1. Processo que envolve uma relação entre a crescente inovação tecnológica, o aumento proporcional nos gastos de saúde, a restrição de recursos de orçamento e a ampliação dos direitos sociais;	13%	45%	3%	26%	13%
2. Situação que reflete a baixa capacidade dos gestores do SUS em prover as necessidades da população tendo em vista a baixa capacidade técnica, as restrições orçamentárias e a intransigência do órgão de controle no que tange à pressão da sociedade por seus direitos.	13%	39%	6%	19%	23%
3. Fenômeno pautado pela pressão da indústria farmacêutica, da mídia e dos profissionais de saúde em conjunto com a demanda dos usuários do sistema pautados pelos princípios da universalidade e equidade;	19%	55%	10%	13%	3%
4. Situação que caracteriza a ampliação da presença do Poder Judiciário, na sociedade e na política, como forma de garantia de direitos, para garantir proteção aos mais vulneráveis.	35%	23%	26%	10%	6%

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

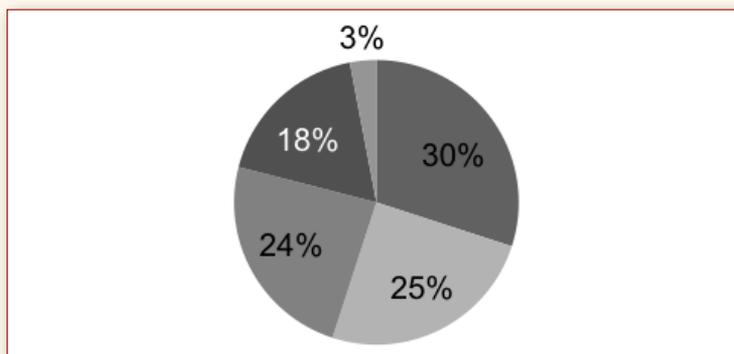
Com a pesquisa, verificou-se a predominância da leitura dos gestores sobre o entendimento da judicialização como fenômeno pautado pela pressão da indústria farmacêutica, da mídia e dos profissionais de saúde em conjunto com a demanda dos usuários do sistema, pautadas pelos princípios da universalidade e equidade (64%), seguida dos aspectos inerentes a esta percepção, como um processo que envolve uma relação entre a crescente inovação tecnológica, o aumento proporcional nos gastos de saúde, a restrição de recursos de orçamento e a ampliação dos direitos sociais, com a ampliação da presença do Poder Judiciário, na sociedade e na política pública, como forma de garantia de direitos, principalmente, na proteção aos mais vulneráveis (58%).

Por fim, fica claro que os gestores não vincularam o desenvolvimento do fenômeno à baixa capacidade dos gestores do SUS em prover as necessidades da população tendo em vista a baixa capacidade técnica, as restrições orçamentárias e a intransigência do órgão de controle no que tange à pressão da sociedade por seus direitos (42%).

Outro aspecto trazido quanto aos resultados da pesquisa, diz respeito à percepção dos gestores quanto ao grau de apoio de atores estratégicos ao enfrentamento do fenômeno da judicialização, em que, conforme o Gráfico

2, destaca-se a participação do COSEMS (30%) e da Comissão Intergestores Regional (CIR) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB) (25%), com maior percentual, seguidos pelo Ministério Público e Juízes e Promotores de Justiça, que, respectivamente, apresentaram os seguintes percentuais: 24% e 18%; por fim, aparece a SES, com 03% das respostas dadas.

Gráfico 2 – Percepção dos gestores quanto ao grau de apoio de atores estratégicos ao enfrentamento do fenômeno da Judicialização na Paraíba.



Fonte: Elaborado pelos autores, 2017.

Essa situação denota uma leitura com relação ao COSEMS e os espaços da CIR e CIB, como espaços colegiados cujos atores atuam com um grau de apoio mais próximo dos gestores municipais, intermediado pelo Poder Judiciário, e com um afastamento das ações da SES/PB. Contudo, cabe destacar que nos espaços da CIR e CIB a presença da SES/PB é estratégica na construção das relações intergestores dentro do sistema de governança do SUS, fato que merece um maior aprofundamento.

4 DISCUSSÃO

A complexidade do fenômeno da judicialização da saúde decorre da subjetividade inerente ao próprio processo, independentemente do escopo ou dos procedimentos utilizados para garantir o direito universal à saúde, amparado pela Constituição Federal de 1988. Isso ficou claro na presente pesquisa visto que, ao se abordar a natureza deste mecanismo, houve uma sistematização de informações sobre os chamados determinantes da judicialização.

Os resultados dos 02 (dois) eixos apresentados demonstraram leituras diversas do tema, ficando claro, quanto aos aspectos da revisão integrativa,

que a temática possui um conjunto de interpretações vinculadas à relação com aspectos da assistência farmacêutica; a judicialização e direito à saúde; e as práticas de gestão, apresentando o tema como um fenômeno desafiador e multifacetado aos Poderes Executivo e Judiciário no Brasil.

Ficou evidente também, na aproximação feita ao conteúdo dos 30 artigos analisados, que algumas demandas são identificadas como incentivadoras da judicialização da assistência farmacêutica, predominantemente, com finalidade da solicitação de medicamentos, por exemplo, a cobrança da indústria farmacêutica, a carência de medicamentos disponíveis com regularidade, déficit na sistematização do uso e registro de medicamento no país, pela cultura da medicalização, dentre outras causas.

No que tange a essa situação, existiu um entendimento de que esse processo se constituiu em uma estratégia cada vez mais utilizada pelos usuários do SUS para proteger seus direitos em caso de danos, porém os custos não fizeram parte da construção do orçamento da saúde, acarretando um problema que atingiu, principalmente, a população em geral em detrimento da condição individual de pessoas com maior poder de solicitação perante o Poder Judiciário.

Essa redução do orçamento pode catalisar um conjunto de situações que, somadas as dificuldades dos gestores para desenvolverem suas ações, ampliam a probabilidade de que usuários do SUS, que não tiveram seus pleitos atendidos, recorrerão a Justiça e, conseqüentemente, criarão mais desequilíbrios orçamentários, evidenciando o enfraquecimento da política pública de saúde e a tensão entre o Poder Judiciário e os sistemas de governança do SUS.

Verifica-se, assim, neste estudo, que a judicialização da saúde é uma questão que tem crescido exponencialmente nos últimos anos do século XXI e isso requer uma abordagem mais complexa, por parte dos Poderes Judiciário e Executivo do Brasil, devido ao seu grave impacto nos orçamentos da saúde e no atendimento as necessidades de saúde da população brasileira.

No que diz respeito aos aspectos do direito à saúde e da prática de gestão, ficou clara a necessidade de trabalhar de forma sistemática a concepção de saúde como direito sanitário e humano, como um desafio perene, tendo em vista as limitações do SUS real, a insuficiência da rede de serviços e de profissionais de saúde, que, somadas as falhas encontradas nas políticas públicas, ampliam as deficiências no acesso e cobertura as ações e serviços de saúde no SUS.

Ficou claro também que os gestores entrevistados possuíam uma visão pragmática sobre a percepção do fenômeno em estudo, o qual foi pautada pela pressão da indústria farmacêutica, da mídia e dos profissionais de saúde em conjunto com a demanda dos usuários do sistema, vinculados ao exercício dos princípios da universalidade e equidade, ficando explícito o afastamento do tema da judicialização em saúde, das dificuldades e das capacidades intrínsecas dos gestores em lidar com a situação.

Por outro lado, esse fenômeno apresentou um perfil de gestores municipais paraibanos, que, de forma proativa, participam das atividades do COSEMS, da CIR e da CIB sequenciadas pelo Poder Judiciário, todavia, com o relativo afastamento da Gestão Estadual, situação que careceu de uma leitura mais aprofundada.

Por fim, pelos achados, destacou-se que devem ser encontradas soluções para reduzir esse fenômeno da judicialização da saúde no Brasil, a fim de que o Estado garanta a realização dos direitos sociais sem intervenção judicial, o que refletirá, claramente, na construção de políticas públicas sustentáveis e garantidoras de financiamento adequado para o SUS.

5 IMPLICAÇÕES

A revisão de literatura com os trabalhos que abordaram a temática da judicialização da saúde permitiu ressaltar que é baixa a produção científica no que se refere a identificação e padronização das características que versam sobre os determinantes da judicialização da saúde no Brasil.

A partir deste achado, conseguiu-se identificar meandros que possibilitaram uma leitura inicial sobre o tema e que ressaltaram a busca da articulação de processos e aspectos que caminharam entre a efetividade do direito à saúde, o descumprimento de normas, no desconhecimento da dinâmica do SUS, no impacto midiático e da indústria farmacêutica na introdução de novas drogas, na fragilidade do modelo de atenção à saúde, na dificuldade no acesso aos serviços de saúde e a consequente repressão de demanda, além do componente do financiamento, destacando-se a falta da aplicação dos recursos e sua consequente judicialização.

Portanto ressalta-se que o estudo apresentou limitações no que tange a quantidade das bases de dados consultadas, existindo assim a necessidade de se ampliar o rol de descritores, sendo, para tanto, imprescindível a realização de novos estudos que versem sobre essa temática, assim como ampliar a amostra de gestores municipais paraibanos a serem entrevistados, tendo em vista que o Estado da Paraíba possui 223 municípios em seu território.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília (DF): Senado Federal; 1988

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 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 interferiativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 29 de jun 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Judicialização da saúde no âmbito da união em números: recursos extraordinários nº 566471 e nº 657718**. Brasília: Distrito Federal; 2017.

BUCCI, Maria Paula Dallari. **Políticas públicas: reflexões sobre o conceito jurídico**. São Paulo: Saraiva; 2006.

GOMES, Dalila F. et al. Judicialização da saúde e a audiência pública convocada pelo Supremo Tribunal Federal em 2009: o que mudou de lá para cá? **Revista Saúde em Debate**. 2014.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades**. 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/panorama>. Acesso em: 15 Jun. 2017.

MARQUES, Silva Badim. Judicialização do Direito a Saúde. **Revista de Direito Sanitário**. 2008.

PEPE, Vera Lucia Edais et al. Caracterização de demandas judiciais de fornecimento de medicamentos “essenciais” no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. 2010a.

PEPE, Vera Lúcia Edais et al. Judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. 2010b.

VENTURA, Miriam et al. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Revista de Saúde Coletiva**. 2010.

5

**AVALIAÇÃO DAS SALAS DE VACINAS
DE UM MUNICÍPIO NORDESTINO:
ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO**

Zenailza Andrade de Brito¹
Tácila Thamires de Melo Santos²
Wezila Gonçalves do Nascimento²
Luzibênia Leal de Oliveira³
Claudia Santos Martiniano¹
Ricardo Alves de Olinda¹

1 Universidade Estadual da Paraíba;

2 Faculdade de Ciências Médicas;

3 Universidade Federal de Campina Grande.

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, a vacinação é considerada uma das medidas mais eficientes para a promoção da saúde pública e individual, visto que é capaz de prevenir milhares de mortes, com a imunização de, pelo menos, 30 doenças a nível mundial (CARDIN; NERY, 2019). A importância da vacinação vai além da prevenção de doenças, perpassa também pela melhoria na qualidade de vida das pessoas, à prevenção de faltas desnecessárias no trabalho, como também sobrecarga de leitos hospitalares por doenças imuno preveníveis. O Brasil, enquanto país com um dos melhores programas de vacinação do mundo, vem apresentando êxitos significativos na redução de grande número de doenças transmissíveis para as quais dispõe de instrumentos eficazes de prevenção e controle, motivo pelo qual as mesmas estão em declínio significativo (FONSECA; MATTA; DA-CRUZ., 2011).

A supervisão das ações de imunização, o monitoramento e a educação permanente da equipe que atua na sala de vacinação é de responsabilidade do enfermeiro, considerado como responsável técnico, essa atuação tem o intuito de garantir a eficácia das ações de vacinação (MUNIZ; SILVA; MARTINI, 2012).

Pereira e Barbosa (2007), em revisão de literatura sobre o cuidar de enfermagem na imunização, já enfatizavam a importância do enfermeiro nos programas de imunização, sua atuação na capacitação dos profissionais que atuam nas salas de vacinas, além do cuidado na conservação das vacinas, a manutenção do estoque, ou seja, a supervisão das ações de vacinação pelo enfermeiro.

Segundo Tanaka e Tamaki (2012), a avaliação constitui um instrumento essencial de apoio à gestão pela sua capacidade de fornecer elementos que subsidiem a qualidade da tomada de decisão, para a melhoria na qualidade do serviço prestado às comunidades. A avaliação das salas de vacina leva em consideração aspectos físicos, materiais, procedimentos técnicos, vigilância de eventos e educação em saúde. Diante do exposto, esse estudo toma como objeto de análise a organização e o funcionamento das salas de vacinas de um município do Nordeste brasileiro.

1.1 Objetivo

Avaliar aspectos da organização e funcionamento das salas de vacinas de um município do Nordeste brasileiro.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caráter exploratório, transversal, descritivo, com abordagem quantitativa, realizado em um município do Nordeste. Segundo dados da Coordenação Municipal de Imunizações, atualmente o município conta com 78 salas de vacinas cadastradas e 65 salas fizeram parte desse estudo.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de junho a dezembro de 2019. Utilizou-se o instrumento denominado Programa de Avaliação do Instrumento de Supervisão das Salas de Vacinas do Programa Nacional de Imunizações (PAISSV-PNI), validado em 2003, pelo Ministério da Saúde, encontrando-se atualmente na sua versão 2.0.

As variáveis analisadas foram: instalação física, equipamentos, recursos humanos e características organizacionais. Os dados colhidos foram tabulados por meio do programa *Microsoft Excel*, e, posteriormente, foi realizada a apresentação descritiva e das frequências absolutas e relativas que foram organizadas por meio de tabelas. A análise dos dados foi realizada através de testes não-paramétricos para verificar as possíveis relações das variáveis e estatística descritiva em alguns conjuntos de variáveis. O teste de *Qui-quadrado* (X^2) foi utilizado para calcular o valor de dispersão para duas ou mais variáveis nominais, a fim de verificar a associação existente entre variáveis qualitativas. Nos casos em que as frequências encontradas foram menores que 5, foi adotado a correção de *Yates* (SIEGEL, 2006). As análises foram realizadas com o auxílio da plataforma estatística *R* (*R Core Team*, 2019).

O presente estudo foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, CAAE: 12487919.9.0000.5187, conforme a Resolução 466/2012/MS.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Caracterização das salas de vacinas

Das salas de vacinas do município estudado, 59 situam-se em Unidade de Saúde (90,77%) e 06 em Centros de Saúde (9,23%). Em relação à localização das salas 60 estão na zona urbana (92,31%).

Destaca-se que a área rural tem a garantia de cobertura de salas de vacina, embora a distância das unidades de saúde nessas áreas possa interferir no acesso ao serviço, pois se entende que quanto mais próximo o serviço está

da população maior é a facilidade de acesso ao mesmo. Situação também constatada em estudo sobre acessibilidade da atenção básica, onde a área rural ainda se configura como uma barreira de acesso aos cuidados de saúde (FIGUEIREDO; SHIMIZU; RAMALHO, 2020).

As unidades de saúde da zona rural, em sua maioria, funcionam até 13h00min. Esse horário concentrado de permanência da equipe na unidade de saúde pode ser um fator que dificulta o acesso ao serviço de saúde, e, por conseguinte, à sala de vacina. O estudo, que analisou as dificuldades dos profissionais que atuam nessas áreas, verificou que as barreiras organizacionais, muitas vezes, dificultam a operacionalização das ações (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Os dados do estudo revelam que as salas de vacina, em sua maioria (96,92%), 63 funcionam com uma equipe composta por técnico de enfermagem e enfermeiro. A responsabilidade do enfermeiro na coordenação e na supervisão das ações de imunização, já os aspectos técnicos das salas de vacina ficam majoritariamente a cargo do técnico de enfermagem (CUNHA *et al.*, 2018; ELISIÁRIO *et al.*, 2017). É ideal a presença de dois vacinadores para cada turno de trabalho (BRASIL, 2014). Entretanto, o que se apresenta em diversos estudos é a presença apenas do técnico de enfermagem durante todo o período na sala de vacinas, ficando a cargo do enfermeiro apenas a supervisão, que muitas vezes ainda é insuficiente.

A revisão integrativa acerca da importância da atuação do enfermeiro na sala de vacinas evidenciou também que a atuação ineficaz do enfermeiro na sala de vacina foi apontada como a principal causa das falhas encontradas, indicando a atuação expressiva do enfermeiro como método para diminuir essas falhas (RIBEIRO; MELO; TAVARES, 2018).

3.2 Estrutura das salas de vacinas

No que concerne à estrutura física das salas de vacina do município estudado, 62 (95,38%) são salas exclusivas de vacina, 59 (90,77%) estão devidamente identificadas e 61 (93,85%) das salas tem fácil acesso físico, todavia 49 (70,77%) tem tamanho menor que 6 m².

A ambiência dos espaços de saúde é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) que busca criar espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, e proporcionem a melhoria das condições de trabalho e atendimento (BRASIL, 2010).

Problemas na estrutura física das salas, como mofo nas paredes e teto, pintura desgastada e a falta de pias com bancada para higienização de

instrumentos necessários, foram identificadas em diversas unidades, o que não parece diferente de outros locais no país. Em diversos locais do Brasil as unidades de saúde apresentam condições estruturais muito aquém do necessário para a realização das ações essenciais da APS (LIMA *et al.*, 2018).

A falta de climatização foi verificada em 60% das salas. Em relação à higienização adequada nas salas de vacina, os dados revelam que, em 75,38% das unidades, não era realizada a limpeza geral preconizada com um intervalo mínimo de 15 dias, o que interfere na adequada prestação da assistência em ambiente de saúde e em risco de possíveis infecções geradas pela alta carga de sujidades. Além disso, verificou-se que a pia com bancada de fácil higienização não existia em 61,54% das salas visitadas. Estudo observou crescimento bacteriano e fúngico em grande quantidade em algumas superfícies, tais como a geladeira e a mesa para preparação da vacina. Todos esses aspectos colocam em risco as atividades na sala de vacinas.

Tabela 1 - Distribuição das variáveis referente à estrutura das salas de vacinas, 2019.

Aspectos gerais da sala de vacinação	Sim		Não		X ² (p-valor)
	n	%	n	%	
Sala é exclusiva para vacinação	62	95,38%	03	4,62%	53,55 (<0,001)**
Sala de fácil acesso a população	61	93,85%	04	6,15%	49,99 (<0,001)**
Sala devidamente identificada	59	90,77%	06	9,23%	43,22 (<0,001)*
Tamanho mínimo 6m ²	19	29,23%	49	70,77%	11,22 (<0,001)*
Parede cor clara impermeável de fácil higienização	17	26,15%	48	73,85%	14,79 (<0,001)*
Piso resistente e antiderrapante	26	40,00%	39	60,00%	2,60 (0,107)*
Piso impermeável e de fácil higienização	29	44,62%	36	55,38%	0,75 (0,385)*
Pia com torneira e bancada de fácil higienização	25	38,46%	40	61,54%	3,46 (0,063)*
Proteção contra luz solar	46	70,77%	19	29,23%	11,22 (<0,001)*
Iluminação e arejamento	49	75,38%	16	24,62%	16,75 (<0,001)*
Sala em condições ideais de conservação	40	61,54%	25	38,46%	3,46 (0,063)*
Sala em condições ideais de limpeza	56	86,15%	09	13,85%	33,99 (<0,001)*
Limpeza geral a cada 15 dias	16	24,62%	49	75,38%	16,75 (<0,001)*
Temperatura entre 18° e 20°	26	40,00%	39	60,00%	2,60 (0,107)*
Objetos de decoração	14	21,54%	51	78,46%	21,06 (<0,001)*

Legenda: * teste *Qui-quadrado*; ** teste de *Fisher*.

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Com relação aos materiais disponíveis nas salas de vacinas, verificou-se que em 20 (30,77%) das salas não possuem boa distribuição do mobiliário,

o que, na maioria das vezes, se justifica pelo tamanho insuficiente da sala, visto que apenas 29,23% delas possuem o tamanho preconizado de 6m². A organização de impressos e material de expediente foi observada em 31 (47,69%) das unidades analisadas; e seringas e agulhas de uso diário acondicionadas adequadamente em 60 (92,31%) delas. A cadeira para aplicação da vacina estava presente em todas as unidades, no entanto, a maca para aplicação só foi vista em 02 (3,08%) das unidades visitadas.

O tamanho diferente do recomendado também foi constatado em outros estudos, como o de Elisiário *et al.* (2017). Estes estudos ainda citam a estrutura física inadequada como um dos problemas logísticos que causam fragilidade, além de uma provável causa de oportunidade perdida de vacinação. Problemas logísticos também podem representar causas evitáveis de oportunidades perdidas de vacinação, uma vez que um melhor planejamento pode ocasionar melhores taxas de cobertura vacinal e a promoção da homogeneidade (ELISIÁRIO *et al.*, 2017).

3.3 Organização e planejamento do trabalho nas salas de vacinas

Os impressos necessários para uso diário não estavam disponíveis na maioria das salas de vacinas visitadas, como se pode verificar na Tabela 2. Chama atenção que apenas 5 (7,69%) das salas tenham cartão-controle para acompanhamento de doses aplicadas e aprazamento das vacinas subsequentes. Difere de estudos similares que, em sua maioria, apresentavam esse tipo de impresso considerado como instrumento para a decisão de busca ativa de faltosos (ELIZIÁRIO *et al.*, 2017).

A ficha de movimento mensal de imunobiológicos também se apresentou em um número bastante insuficiente, visto que apenas 10 (15,38%) das salas apresentaram esse impresso, o que põe em dúvida a organização do trabalho na sala de vacinas. O enfermeiro é, dentro da equipe de enfermagem, o responsável pela coordenação dos trabalhos na sala de vacinas, processos como o planejamento da vacinação, definição de metas de população a vacinar no seu território, os processos de monitoramento e avaliação, identificação de estratégias de busca de faltosos e/ou de não vacinados, além da provisão periódica de insumos e imunobiológicos que é responsabilidade precípua do enfermeiro, atentando para que não haja falta e também desperdício ou perda (BRASIL, 2014).

Tabela 2 - Distribuição das variáveis segundo o planejamento para o trabalho em sala de vacina, 2019.

Processo do trabalho na sala de vacina	Sim		Não		X ² (p-valor)
	n	%	N	%	
Quantitativo de vacinas é suficiente para a demanda	34	52,31%	31	47,69%	00,14 (0,710)
Há estoque excessivo de vacinas na US	06	9,23%	59	90,77%	43,22 (<0,001*)
Quantitativo de seringas e agulhas é suficiente à demanda	58	89,23%	07	10,77%	40,02 (<0,001)*
Tem SI-PNI na unidade	57	87,69%	08	12,31%	36,94 (<0,001)*
Utiliza o SI-PNI	54	83,08%	11	16,92%	28,45 (<0,001)*
Tem conhecimento da cobertura vacinal	38	58,46%	27	41,54%	01,86 (0,172)
Tem conhecimento da taxa de abandono	25	38,46%	40	61,54%	03,46 (0,063)
Tem caderneta de criança na sala de vacina	51	78,46%	14	21,54%	21,06 (<0,001)*
Tem caderneta de adulto na sala de vacina	41	63,08%	24	36,92%	04,45(0,035)*
Tem boletim diário de doses aplicadas na sala de vacina	10	15,38%	55	84,62%	31,15 (<0,001)*
Tem boletim mensal de doses aplicadas na sala de vacina	10	15,38%	55	84,62%	31,15 (<0,001)*
Tem cartão controle na sala de vacina	5	7,69%	60	92,31%	46,54 (<0,001)*
Tem mapa de controle de temperatura na sala de vacina	60	92,31%	05	7,69%	46,54 (<0,001)*
Tem ficha de investigação de eventos adversos na sala de vacina	10	15,38%	55	84,62%	31,15 (<0,001)*
Tem formulário de avaliação de vacinas sob suspeita	05	7,69%	60	92,31%	46,59 (<0,001)*
Tem ficha de movimento mensal de imunobiológicos	10	15,38%	55	84,62%	31,15 (<0,001)*

Legenda: * teste *Qui-quadrado*; ** teste de *Fisher*.

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Quanto à segregação e acondicionamento dos resíduos produzidos na sala de vacina, foi verificado que 47 (72,31%) não acondicionam adequadamente os resíduos, alegando que não há sacos plásticos adequados nas unidades conforme recomendado na Norma nº 222/2018 (ANVISA, 2018). Dos entrevistados, 52 (80%) não realizam o tratamento recomendado para as vacinas vivas antes do seu descarte.

O gerenciamento dos Resíduos de Serviço de Saúde (RSS) nas unidades de saúde, regulamentado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), visa à orientação e a elaboração de Programas de Gerenciamento de Resíduos de Saúde (PGRSS) por meio da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 222/18, que regulamenta as boas práticas no gerenciamento de resíduos de saúde, orienta como as instituições geradoras de RSS devem elaborar um plano para o manejo, segregação, acondicionamento, coleta,

armazenamento, transporte e disposição final dos resíduos produzidos (ANVISA, 2018).

Os resultados desse estudo corroboram com o de Siqueira *et al.* (2017), que demonstra a falta de segregação e acondicionamento adequado dos resíduos. A não implantação do PGRSS nas instituições resulta em maior risco, tanto para os profissionais, quanto para os coletadores de resíduos que podem vir a se infectar com os mesmos (BENTO *et al.*, 2017).

Na Rede de Frio, as autoclaves são utilizadas para o descarte de imunobiológicos de bactérias ou vírus vivos atenuados, incluindo frascos de vacinas com expiração do prazo de validade, com conteúdo inutilizado, vazios ou com restos do produto, agulhas e seringas. A utilização deste equipamento é indispensável para as unidades que serão responsáveis pela inativação microbiana antes da disposição final, no Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) (BRASIL, 2018).

No tocante a organização interna do refrigerador, verificou-se que a maioria dos profissionais organiza os refrigeradores conforme as recomendações do MS, que enfatiza um conjunto de medidas que objetivam manter a temperatura interna do refrigerador estável, dentre elas sua organização interna. Nesse estudo, observou-se uma padronização com relação à organização interna desses aparelhos, assim como outros estudos brasileiros, como o de Deus *et al.* (2016), em que mais de 90% das salas apresentavam a organização interna conforme estabelecido pelo PNI.

A respeito das recomendações para a manutenção da temperatura ideal dos imunobiológicos, viu-se que 40 (61,54%) das salas não possuem termômetros suficientes para uso e que 53 (81,54%) não realizam o monitoramento da temperatura das caixas térmicas. Das unidades visitadas, 62 (95,38%) não possuem gerador, também foi verificado que não existe manutenção preventiva em 64 (98,46%) unidades. A sala de vacinas, como a última das instâncias da Rede de Frio, deve garantir que os imunobiológicos se mantenham em condições adequadas até o momento de sua utilização.

Este estudo observou um entrave com relação à indisponibilidade de termômetros suficientes para o monitoramento da temperatura, em especial nas caixas térmicas, incorrendo em risco de congelamento e/ou temperatura acima do preconizado, podendo causar a inativação dos imunobiológicos. Estudos como o de Cunha *et al.* (2018) e Deus *et al.* (2016) revelam que essa é uma realidade bastante comum, o que põe em risco a efetividade do processo vacinatório.

Outro ponto importante e observado foi ausência de gerador em boa parte das unidades e ainda a falta de manutenção dos aparelhos de refrigeração. Estudos como o de Crosewski *et al.*, (2018) evidenciam a falta de energia e a falha nos equipamentos as principais causas de perda de imunobiológicos nas instâncias locais.

Tabela 3 - Distribuição das variáveis segundo as recomendações para manutenção da temperatura ideal dos imunobiológicos, 2019.

Manutenção da temperatura ideal dos imunobiológicos	Sim		Não		X ² (p-valor)
	n°	%	n°	%	
Leitura de temperatura e registro no início e fim do expediente	56	86,15%	09	13,85%	33,99 (<0,001)*
Realiza degelo conforme recomendação no PNI	50	76,92%	15	23,08%	18,85 (<0,001)*
Descrição do degelo e limpeza correta	56	86,15%	09	13,85%	33,99 (<0,001)*
Existe programa de manutenção preventiva	01	1,54%	64	98,46%	61,06 (<0,001)**
US possui gerador	03	4,62%	62	95,38%	53,55 (<0,001)**
Caixas térmicas suficientes para o uso são de poliuretano	58	89,23%	07	10,77%	40,02 (<0,001)*
Bobinas de gelo suficientes para o uso	63	96,92%	02	3,08%	57,25 (<0,001)**
Termômetros suficientes para o uso	25	38,46%	40	61,54%	3,46 (0,063)*
Fita pvc /crepe para uso	25	38,46%	09	13,85%	11,94 (0,003)*
Ambientação das bobinas antes do uso	59	90,77%	06	9,23%	43,22 (<0,001)*
Monitora temperatura da caixa térmica	12	18,46%	53	81,54%	25,86 (<0,001)*
Na falta de energia a instância superior é comunicada imediatamente	64	98,46%	1	1,54%	61,06 (<0,001)**
Há indicação na caixa de distribuição elétrica para não desligar o disjuntor da sala/unidade	10	15,38%	55	84,62%	31,15 (<0,001)*

Legenda: * teste *Qui-quadrado*; ** teste de *Fisher*.

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

O manual de procedimentos de vacinação cita os impressos e manuais técnicos e operacionais como insumos básicos imprescindíveis para o bom funcionamento da sala de vacinas (BRASIL, 2014). Na Tabela 4 verifica-se que a maioria das salas de vacinas os manuais, em geral, não estavam presentes.

Tabela 4 - Distribuição de variáveis segundo a presença de manuais em sala de vacinas, 2019.

Presença de manuais em sala de vacina	Sim		Não		X ² (p-valor)
	n	%	N	%	
Manual: Normas técnicas	11	16,92%	54	83,08%	28,45 (<0,001)*
Manual: Procedimentos para administração de vacinas	11	16,92%	54	83,08%	28,45 (<0,001)*
Manual: Rede de frio	10	15,38%	55	84,62%	31,15 (<0,001)*
Manual: Vigilância de eventos adversos	07	10,77%	58	89,23%	40,02 (<0,001)*
Manual: Crie	05	7,69%	60	92,31%	46,54 (<0,001)*
Manual: Capacitação de pessoal	02	3,08%	63	96,92%	57,25 (<0,001)**

Legenda: * teste *Qui-quadrado*; ** teste de *Fisher*.

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Além dos manuais, é importante ressaltar que é válida a padronização das ações de enfermagem por meio da utilização de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) na prática de sala de vacinas, construídos com base na realidade local e construídos em equipe podem estimular melhorias nas atividades no serviço de vacinação (SALES *et al.*, 2018).

Estudo realizado em sala de vacinas de unidade de ensino e assistência em Belém-Pará objetivou a construção de POP para a sala de vacinas, através de grupos de trabalho, a padronização das ações busca uma melhoria da assistência, como também se mostra como uma ferramenta de baixo custo para promover a saúde e a segurança das ações na APS (NASCIMENTO *et al.*, 2019).

4 IMPLICAÇÕES

Ao avaliar aspectos da organização e funcionamento das salas de vacinas do município estudado verificou-se que necessitam de melhorias em diversos aspectos investigados. A estrutura física e a falta de materiais básicos; falta de manuais para guiar e nortear as ações nas salas em todas as fases do processo nas salas de vacinas; à segregação e acondicionamento dos resíduos produzidos nas salas de vacinas; a falta de lixeiras específicas, sacos adequados e nas cores preconizadas para a segregação correta e manuseio adequado deste lixo para posterior descarte; e a falta de tratamento adequado dos resíduos produzidos são situações preocupantes. Outro aspecto relevante é a falta de climatização das salas, que também se apresenta

como um ponto crítico, podendo interferir negativamente na manutenção da temperatura dos imunobiológicos

Diante desses resultados, é notória a importância da melhoria e adequação da estrutura das salas de vacinas conforme preconizado pelo PNI. É significativo também que fiquem pontuadas que as fragilidades com relação à organização das salas são de responsabilidade da gestão, que deve garantir uma estrutura física minimamente adequada, insumos e materiais necessários para que seja assim prestado o melhor cuidado aos usuários. É importante ressaltar que a temática merece estudos mais aprofundados e em caráter permanente, em função das constantes atualizações.

REFERÊNCIAS

ANVISA. Resolução Da Diretoria Colegiada - RDC Nº 222, DE 28 DE MARÇO DE 2018. Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências. Ministério da Saúde – MS. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. **DOU** nº 61, de 29 de março de 2018.

BENTO, D.G. *et al.* O gerenciamento de resíduos de serviço de saúde sob a ótica dos profissionais de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.** n.26, v.1, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017006680015>. Acesso em: 20 de Fev. 2020

BRASIL. Portaria nº. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 31 de dezembro de 2010; p.88.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis Curso de atualização para o trabalhador da sala de vacinação : manual do aluno [recurso eletrônico] / ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – 3. ed. – Brasília: **Ministério da Saúde**, 2014.117 p.

BRASIL. Ministério da Saúde/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - PGRSS. Resolução - RDC Nº 222, de 28 de março de 2018. **Diário Oficial da União**. 2018.

CARDIN, V.S.G. NERY, L. M. G. Hesitação vacinal: direito constitucional à autonomia individual ou um atentado à proteção coletiva? **Prisma Jurídico**, V.

18, N.2, PP. 224-240, 2019. Disponível em: <https://www.redalyc.org/jats-Repo/934/93464984005/html/index.html>. Acesso em: 31/08/2021.

CROSEWSKI, F. *et al.* Perdas evitáveis de imunobiológicos na instância local: reflexões acerca do processo de trabalho da enfermagem. **Saúde Debate**, V. 42, N. 116, P. 203-213, JAN-MAR, 2018.

CUNHA, J.O. *et al.* Avaliação da padronização dos procedimentos nas salas públicas de vacinas do município de Itabaiana, Sergipe, Brasil. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, n.20, v.1, p. 70-78, jan-mar, 2018.

DEUS, S.R.M. Estudo dos procedimentos quanto à conservação das vacinas do programa nacional de imunização. **Rev. Enferm. UFPE on line**. Recife. N.10, V.3, P.1038-46, mar., 2016.

ELISIÁRIO, R.N. *et al.* Avaliação das salas de vacinas nas unidades de estratégia de saúde da família. **Revista de Enfermagem**. 2017.

FIGUEIREDO, D.C.M.M.; SHIMIZU, H. E.; RAMALHO, W.M. A Acessibilidade da Atenção Básica no Brasil na avaliação dos usuários. **Cad. Saúde Colet**, v. 28, n.2. apr-jun 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/jj/cadsc/a/PbCQmjwY5YBRHKDdytKtDCx/?lang=pt>. Acesso em: 20/01/2020.

FONSECA, E.; MATTA, N.E.; DA-CRUZ, A.M. Vacinas: progressos e novos desafios para o controle de doenças imunopreveníveis. **Acta Biológica Colombiana**, v. 16, n. 3, p. 197-212, 2011. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3190/319027888014.pdf> Acesso em: 29/08/2021.

LIMA, J.G.; GIOVANELLA, L.; FAUSTO MCR, BOUSQUAT A, SILVA EV. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, p. 52-66, setembro, 2018.

MUNIZ, S.V.; SILVA, F.S.; MARTINI, A.C. Acolhimento do usuário de sala de vacinas. **CIPPUS – Revista De Iniciação Científica do Unilasalle**, V. 1, N. 1, P. 92-103, maio/2012.

NASCIMENTO, C.C.L. et al. Construção de procedimento operacional padrão para sala de imunização. **REAS/EJCH**.v.11,n.9.e389. DOI:<https://doi.org/10.25248/reas.e389.2019>.

OLIVEIRA, A.R. *et al.* A Atenção Primária à Saúde no contexto rural: visão de enfermeiros. **Ver Gaúcha Enferm**, v.41:e20190328, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190328>. Acesso em: 11/01/2020.

PEREIRA, M.A.D.; BARBOSA, S.R.S. O cuidar de enfermagem na imunização: os mitos e a verdade. **Rev. Meio Amb. Saúde**. V. 2, N.1, P.76-88, 2007.

R CORE TEAM (2019). **R**: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. Disponível em: <https://www.R-project.org/>. Acesso em: 20/01/2020.

RIBEIRO, A. B.; MELO, C. T. P.; TAVARES, D. R. S. A Importância da Atuação do Enfermeiro na Sala de Vacina: Uma Revisão Integrativa. **Revista de Enfermagem da UFJF, [S. l.]**, v. 3, n. 1, 2018. DOI: 10.34019/2446-5739.2017.v3.3914. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/enfermagem/article/view/3914>. Acesso em: 31 ago. 2021.

SALES, C.B. *et al.* Protocolos Operacionais Padrão na prática profissional da enfermagem: utilização, fragilidades e potencialidades. **Rev Bras Enferm**.v.71,n.1, p.126-34, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/cc7m9JRGcVMPS9wpKshkVZz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29/08/2020

SIEGEL, S.; CASTELLAN JR, N. J. Estatística Não Paramétrica para as Ciências do Comportamento. **Artmed Bookman**. São Paulo, 2006.

SIQUEIRA, L.G. *et al.* Avaliação da organização e funcionamento das salas de vacina na Atenção Primária à Saúde em Montes Claros, Minas Gerais, 2015. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 557-568, set. 2017. Disponível em http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742017000300557-&lng=pt&nrm-iso. Acesso em: 31 ago. 2021. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000300013>.

TANAKA, O.Y.; TAMAKI, E.M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 17, n.4, p.821-828, 2012.

6

CONHECIMENTO DO ENFERMEIRO ACERCA DO GERENCIAMENTO ASSISTENCIAL À CRIANÇA COM OBESIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Karolliny Silva Freitas¹
Gabriella Lisieux Lima Gomes¹
Thalys Maynard Ferreira Costa¹
Morgana Monteiro Pimentel²
Fernanda Caroline Tavares de Melo²
Danielle Franklin de Carvalho²
Amanda Soares¹

1 Centro Universitário de João Pessoa.

2 Universidade Estadual da Paraíba.

1 INTRODUÇÃO

A obesidade é caracterizada pela carga excessiva de gordura corporal no indivíduo (ABESO, 2016). Sua origem relaciona-se a fatores ambientais, genéticos e comportamentais, a qual se pode associá-los a síndromes metabólicas (ARAGÃO, 2017). Dessa forma, a análise da massa corporal combinada com a distribuição de gordura é uma das melhores opções para avaliar as necessidades clínicas que podem ser modificadas por fatores socioambientais (ASHWELL, 2016).

A obesidade infantil ocasiona inúmeras consequências para a saúde, interferindo de maneira direta no crescimento e desenvolvimento da criança, gerando alterações cardiovasculares, metabólicas e dislipidemias (ONIS, 2015). Dessa forma, a prevenção da obesidade e, conseqüentemente, das suas complicações, resultam na melhora da qualidade de vida dessas crianças (GOBATO *et al.*, 2014).

Nesse sentido, a obesidade na primeira infância é uma das principais causas de prematuridade e incapacidade funcional na vida adulta. Além dos riscos futuros, as crianças com sobrepeso e/ou obesidade apresentam problemas respiratórios e cardiovasculares, maiores riscos de fraturas, incluindo distúrbios psicológicos (OMS, 2015).

Para reverter à morbidade infantil é primordial o uso de programas educativos para a conscientização sobre alimentação saudável, prática de exercícios físicos, bem como utilização das mídias sociais para orientações de forma dinâmica, ressaltando a fase do desenvolvimento da criança, questões éticas e culturais da população alvo (DURÉ *et al.*, 2015).

Com isso, o manejo do sobrepeso e/ou obesidade em crianças visam modificações no estilo de vida com a finalidade de reduzir possíveis chances de complicações de saúde. Além disso, a estruturação do ambiente social e o apoio da família são fundamentais para auxiliar nas intervenções de prevenção e tratamento (BRASIL, 2017).

A atenção primária à saúde é constituída na Política Nacional de Atenção Básica, na qual organiza ações e serviços prestados para a promoção, proteção e reabilitação da saúde, assim como se destacam outros meios para o plano de saúde, como o Programa Saúde na Escola, Academias da Saúde e similares, espaço priorizado para a realização de práticas de ações de saúde, constituindo-se em uma área de captação de indivíduos com obesidade (BRASIL, 2014).

Nessa perspectiva, o enfermeiro deve gerenciar parcerias e programas para prevenção, controle e tratamento da obesidade infantil. Na atuação

de combate a morbidades é realizada no desenvolvimento de ações que promovem assistência à saúde da criança em concordância com seus responsáveis (MATOS *et al.*, 2015).

Cientes disso, os profissionais de enfermagem devem estar sensibilizados e aptos para responder a demanda técnico/teórico, também para dar suporte na questão psicossocial, promovendo o acolhimento necessário para a manutenção do crescimento e desenvolvimento da criança com ênfase na construção de hábitos saudáveis (BRASIL, 2014).

Diante da situação atual, cerca de 28,15% das crianças entre 5 a 9 anos estão acima do peso (ABESO, 2019). Faz-se necessário o ajustamento da assistência de enfermagem à criança com sobrepeso e/ou obesidade na atenção básica à saúde. Realizando uma assistência ampla e adequada à criança, tanto na prevenção, como no controle e tratamento da morbidade.

Logo, entende-se que, ao prestar assistência integral à criança na atenção básica durante as consultas do crescimento e desenvolvimento infantil e orientar aos pais quanto à importância do acompanhamento para a prevenção e/ou tratamento de morbidades infanto juveni, é imprescindível para controlar a dislipidemia.

Diante do exposto, viu-se a necessidade de relatar o conhecimento de enfermeiros acerca do gerenciamento assistencial à criança com obesidade na atenção primária à saúde. Assim como, identificar o conhecimento desses profissionais sobre a obesidade infantil e compreender a assistência de enfermagem prestada à criança na atenção primária à saúde.

2 MÉTODOS

Esta pesquisa trata-se de um estudo de campo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado entre os meses de setembro a outubro de 2019, com enfermeiros cadastrados na Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Distrito Sanitário III (DS-III), município de João Pessoa, Paraíba.

Para identificação da amostra do estudo foram incluídos enfermeiros que realizavam o acompanhamento de gestantes nas unidades e que possuísem, no mínimo, um ano de experiência na ESF. Foram excluídos todos aqueles que se encontravam ausentes na unidade de saúde no momento da coleta de dados. Dos 60 enfermeiros do DS-III, 15 não estavam presentes no ato da coleta e 27 se recusaram a participar, totalizando em uma amostra final de 18 enfermeiros.

Para a coleta, foram realizadas entrevistas com auxílio de um questionário estruturado elaborado pela equipe de pesquisadores. As datas e horários de

coleta foram previamente agendadas em comum acordo com a coordenação e o (a) enfermeiro (a) do serviço, visando respeitar o fluxo de funcionamento do setor. A fim de garantir o sigilo das informações e respeito aos participantes, nos dias agendados, todas as entrevistas foram realizadas em espaço reservado de escolha do profissional. Para garantir o anonimato dos participantes, estes foram identificados por letras e sequências numéricas.

Os dados foram organizados em 5 categorias temáticas formadas a partir da junção de todas as falas coletadas, embaralhando-as e fazendo a conexão das respostas que apresentam temática semelhante independente do objetivo, analisando, desta forma, o conhecimento destes acerca da assistência à criança com sobrepeso e obesidade na APS.

A avaliação dos dados foi realizada de acordo com a análise de conteúdo temática definida por Minayo (2013), segundo a qual, a análise deve ser realizada em três etapas: ordenação criteriosa dos dados coletados, organizando as entrevistas realizadas; agrupamento conjunto de informações relevantes à pesquisa, por meio de categorias; e análise final dos dados.

O presente estudo foi submetido e aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ/PB) - (Número do Parecer: 3.561.243; CAAE: 16381319.0.0000.5176), e obedeceu às normas e diretrizes regulamentadas pela resolução 466/12, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os participantes, 77,8% (14) dos enfermeiros apresentavam idade entre 30 a 50 anos. Em relação ao tempo de formação, os participantes foram agrupados em dois grupos, entre 6 a 20 anos (44,4%), e entre 21 a 37 anos (55,6%). Destes, a maioria, 94,4% (17), exerciam sua função na APS entre 4 e 20 anos, e 66,7% (12) possuíam título de enfermeiros coletivistas (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição das entrevistadas por idade, tempo de formação, titulação, tempo de atuação.

Características dos Participantes	Nº	%
Idade (anos)		
30 - 50	14	77,8
51 - 60	02	11,1
61 ou mais	02	11,1

Características dos Participantes	Nº	%
Tempo de formação (anos)		
06 - 20	08	44,4
21 - 37	10	55,6
Titulação		
Coletivista	12	66,7
Obstetra	04	22,2
Pediátrico	01	5,6
Emergencista	01	5,6
Tempo de trabalho na APS (anos)		
04 - 20	17	94,4
20 ou mais	01	5,66
TOTAL	18	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

3.1 Categoria 1: Causa da elevação do peso infantil

Pôde-se observar que o peso elevado é um dos principais fatores para a ocorrência da obesidade na primeira infância, evento este relacionado diretamente com o estado nutricional (EN) materno durante a gestação.

O ganho de peso exagerado das gestantes resulta em inúmeras complicações para o recém-nascido com maiores chances de desenvolver morbidades e distúrbios metabólicos ao longo da sua vida, assim o EN da mãe afeta diretamente o crescimento e desenvolvimento infantil (DIOUF *et al.*, 2011). Um dos participantes relata que: “Dentre outros fatores a principal consequência está na alteração do crescimento infantil, que é esta com o peso acima do normal”. (E9, 2019). Outro participante acrescenta ainda que: “Assim, o diabetes gestacional faz com que a criança nasça GIG com o peso muito elevado para sua idade podendo evoluir para uma obesidade durante seu crescimento. Também poderá ter problemas metabólicos e cardiorrespiratórios.” (E16, 2019).

As anomalias no padrão de crescimento fetal resultantes do estado nutricional das mães podem ser prevenidas através dos parâmetros adotados para a vigilância nutricional, como cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) e avaliação do ganho de peso, com o intuito de minimizar as complicações que o “estar acima do peso” pode gerar tanto para a mãe, quanto para o feto (NOMURA *et al.*, 2012).

3.2 Categoria 2: Consequências do DMG X obesidade infantil

Nessa categoria, foi possível identificar algumas das possíveis causas da obesidade infantil, como o Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) e a macrosomia fetal. Segundo Mitanchez *et al.*, (2015), macrosomia fetal relaciona-se diretamente com obesidade infantil, sendo uma das principais consequências do DMG. De acordo com o Boletim do Comitê de Prática Clínica-Obstetrícia nº 173 (COLÉGIO AMERICANO DE OBSTETRIZAS E GINECOLOGISTAS, 2016) e Rehder *et al.* (2011), a macrosomia é o excesso de peso ao nascer > 4.000 g, no qual pode originar lesões fetais, fraturas ósseas, e/ou paralisias. As falas dos participantes da pesquisa expressam a informação: “O DMG pode causar vários problemas no desenvolvimento da criança por meio da hiperglicemia, que pode gerar obesidade infantil e a macrosomia fetal”. (E1, 2019). E outro acrescenta que: “A relação do DMG com a obesidade infantil é na questão do desenvolvimento da criança, pois gera o aumento excessivo de peso que poderá prosseguir até sua vida adulta”. (E5, 2019).

Assim, o DMG interliga-se à obesidade infantil por meio da elevação dos riscos de morbimortalidade fetal, pois causa a macrosomia nos bebês, ou seja, recém-nascidos grandes para sua idade gestacional (LOPES *et al.*, 2019).

3.3 Categoria 3: Acompanhamento da criança com obesidade na APS

O gerenciamento da criança com obesidade APS é feito por meio das consultas de puericultura com anotações de ganho ou perda de peso, altura e cálculo do IMC, permitindo, assim, uma avaliação estrutural do estado fisiológico da criança, configurando-se como um acompanhamento integral que permite manejar as ações de intervenções corretas (BRASIL, 2018). Assim, os entrevistados afirmam que:

A identificação é feita a partir da puericultura, que é o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, no qual é avaliado o peso e as medidas antropométricas que são anotados na caderneta de saúde da criança e do adolescente, desde o nascimento. (E2, 2019).

Outro enfermeiro acrescenta que “encaminhamos para avaliação nutricional e para a especialidade médica correspondente às necessidades da criança”. (E13, 2019).

Segundo o Manual Instrutivo do Programa de Prevenção, Controle e Tratamento da Obesidade Infantil (2018), é crucial que os profissionais de enfermagem da APS entendam os agravos crônicos e as complicações que a

obesidade causa na saúde da criança e, dessa forma, prevenir e/ou controlar a patologia em questão.

Para um diagnóstico precoce é necessário que os enfermeiros da ESF entendam a importância da promoção, prevenção, identificação de riscos e detecção precoce da obesidade em crianças, considerando o núcleo familiar como forma de tratamento através de orientações (BOLLINI *et al.*, 2019).

3.4 Categoria 4: Estilo de vida infantil e familiar

Conforme as falas dos participantes da pesquisa, visualizamos a importância da adesão dos pais ao tratamento da obesidade infantil, pois é através deles que as crianças desenvolvem hábitos saudáveis, formulando assim, uma mudança no estilo de vida familiar, com o incentivo a alimentação saudável e a prática de exercícios.

A obesidade já é considerada um problema de saúde pública devido a sua forma epidêmica (SAHOO *et al.*, 2015). Entre os fatores que incrementam essa prevalência estão a redução de atividade física e hábitos alimentares inadequados (TREMBLAY *et al.*, 2011). O Ministério da Saúde (BRASIL, 2017) afirma que para o início das atividades físicas na primeira infância é crucial que envolva atividades prazerosas e adequadas para cada fase do desenvolvimento infantil.

Dessa forma, as orientações descritas pelas entrevistadas para a reversão do quadro de obesidade infantil visando à mudança de estilo de vida a criança e da família são as seguintes: “As orientações dadas relacionam-se à importância de seguir o tratamento dos seus filhos, também sobre os alimentos oferecidos à criança, para que ela desenvolva hábitos saudáveis e consiga se desenvolver sem muitos prejuízos futuros.” (E7, 2019).

A gente tenta conscientizar sobre a gravidade que a obesidade infantil pode causar na criança, principalmente se forem precedidos por uma gestação de mãe diabética. Então orientamos sobre a reeducação alimentar para toda a família, explicando que o apoio materno é fundamental, principalmente no fortalecimento do vínculo mãe e filho. (E18, 2019).

No que diz respeito aos hábitos: evitar rotina alimentar em frente à TV, tabletes ou aparelhos eletrônicos em geral. Orientamos quanto à rotina e horários corretos para a alimentação. Também orientamos que os adultos busquem ser exemplos na ingestão de alimentos saudáveis e na realização de atividade física, entre outros. (E15, 2019).

Segundo Ascenso *et al.* (2016), regular a atividade física melhora a função endotelial, reduzindo a mortalidade e morbidade cardiovascular. Dessa forma, é importante adaptar as atividades físicas ao corpo e a idade dos praticantes para que os gastos energéticos através dos movimentos sejam adequados às necessidades dos mesmos (PENHA *et al.*, 2019).

3.5 Categoria 5: Influência dos pais no desenvolvimento dos seus filhos

A influência dos pais no desenvolvimento dos seus filhos está relacionada a fatores ambientais e genéticos, dos quais estimulam a formação dos hábitos alimentares na infância (MADRUGA *et al.*, 2012; MELO *et al.*, 2017). Seu comportamento em relação à alimentação pode definir as preferências alimentares das crianças, que estão diretamente associadas ao estado de saúde atual e futuro dos seus filhos (SILVA *et al.*, 2016; RODRIGUES *et al.*, 2012). Dessa forma, os enfermeiros relataram que:

Orientamos os pais quanto à patologia da criança, pois muitos acham normal a criança ser gordinha, que é bonitinho, mas isso é prejudicial para elas, pois podem apresentar a obesidade por toda sua vida, também orientamos sobre alimentação saudável e sobre a influência que eles têm no desenvolvimento dos hábitos dos seus filhos. (E8, 2019).

Assim, muito mais importante do que a equipe multidisciplinar é os cuidados e a atenção dos pais, porque eles precisam ter consciência sobre a gravidade da obesidade nas crianças. E em casa são eles que vão, com as nossas orientações, manter essa criança com a dieta certa. Então, os pais têm que ser bastante orientados sobre isso, para que não sejam rudes, mas firmes no processo de cuidado dessa criança. (E4, 2019).

De acordo com Francescatto *et al.* (2014), as intervenções visam monitorar o estado nutricional das crianças, com o intuito de promover e protegê-las dos efeitos gerados pelo sobrepeso e/ou obesidade que podem causar a sua saúde. Com isso, a percepção dos pais sobre o EN dos filhos é essencial para a prevenção e controle da obesidade, pois os pais podem estimular hábitos saudáveis nas suas crianças (DUARTE *et al.*, 2016).

Logo, estratégias de prevenção e/ou tratamento da obesidade infantil com intervenções lúdicas elevam o nível de conhecimento e atividades físicas para as crianças. Desse modo, orientações dadas aos pais sobre os aspectos nutricionais e as consequências que a obesidade traz para seus filhos melhoram o cuidado dos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis

(CECCHETTO *et al.*, 2017). As ações educacionais para crianças obesas apresentam resultados positivos no controle das possíveis complicações geradas por essa morbidade (SBRUZZI *et al.*, 2013).

4 IMPLICAÇÕES

Através dos resultados deste estudo foi possível identificar o déficit de capacitação e atualização dos enfermeiros no gerenciamento da assistência à criança com obesidade na APS.

Considerando as complicações e a incidência crescente da obesidade infantil nos últimos anos, fica notória a importância de realização de pesquisas visando compreender a assistência prestada e os efeitos causados por ela a essa população. Destaca-se, porém, a escassez de pesquisas relacionadas à obesidade na primeira infância, tendo em vista que a grande maioria dos estudos associados ao EN da criança enfatizam a desnutrição e a perda excessiva de peso infantil.

Assim, o presente estudo enfatiza a relevância de uma assistência integral e universal à criança na APS, destacando a importância da adesão de capacitações profissionais e práticas inovadoras no atendimento, com intuito de conquistar o êxito no controle e tratamento da criança com obesidade.

REFERÊNCIAS

ABESO. Associação Brasileira para Estudo da Obesidade. Mapa da obesidade. **Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia**. São Paulo - SP, 2019. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/atitude-saudavel/mapa-obesidade>. Acesso em: 14 de abril de 2019.

ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade. **Diretrizes Brasileiras de obesidade e Síndrome Metabólica**. – 4. Ed. p.129 - São Paulo, SP 2016.

ARAGÃO, S. G. A. **Obesidade infantil: revisão de literatura**. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza – CE, v57, n3, p 47-50. Brasil, 2017.

ASCENSO, A. *et al.* A atividade física e a aptidão cardiorrespiratória, mas não o comportamento sedentário, estão associadas à espessura da média íntima carotídea em adolescentes obesos. **Eur. J. Pediatr.** 2016. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00431-015-2654-x>. Acesso em: 02 de Novembro de 2019.

ASHWELL, M. Razão cintura-estatura como um indicador de “risco precoce à saúde”: mais simples e mais preditivo do que usar uma “matriz” baseada no IMC e na circunferência da cintura. **BMJ Open**. 2016. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/6/3/e010159>. Acesso em: 24 de agosto de 2019.

BOLLINI, M. et al. **Como orientar o enfrentamento do sobrepeso e da obesidade infantil na estratégia de saúde da família**. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2019. Disponível em: <http://www.hcfmb.unesp.br/wp-content/uploads/2019/06/obesidade-3.pdf>. Acesso em: 03 de Novembro de 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica obesidade**. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Nº 38. 1ª edição. Distrito Federal - DF, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **DATASUS**. 2014. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206>. Acesso em: 16 de fevereiro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de quadros de procedimentos: AIDPI Criança: 2 meses a 5 anos**. Organização Pan-Americana da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância. – Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo do programa de prevenção, controle e tratamento da obesidade infantil**. Crescimento saudável: alimente uma infância consciente. Secretaria de Atenção à Saúde. 2017. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_instrutivo_crescer_saudavel.pdf. Acesso em: 25 de Outubro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parecer Técnico-Científico: Estratégias para o tratamento do sobrepeso e obesidade em crianças entre 02 e 12 anos de idade**. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília – DF, Abril/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília, 2018. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/>

Politica_Nacional_de_Atencao_Integral_a_Saude_da_Crianca_PNAISC.pdf.
Acesso em: 26 de Outubro de 2019.

CECCHETTO, F. H. *et al.* Intervenções lúdicas aumentam o conhecimento sobre hábitos saudáveis e fatores de risco cardiovascular em crianças: o estudo randomizado da CARDIOKIDS. **Arq. Bras. Cardiol.** vol.109 n°.3 São Paulo set, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2017000900199&lang=pt#B18. Acesso em: 02 de Novembro de 2019.

COLÉGIO AMERICANO DE OBSTETRAS E GINECOLOGISTAS. Boletim do Comitê de Prática Clínica-Obstetrícia Nº 173: macrossomia fetal. **Obstet. Gyneco**, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27776071>. Acesso em: Outubro de 2019.

DIOUF, I. *et al.* Alteração do peso materno antes da gravidez em relação ao peso ao nascer e riscos de desfechos adversos na gravidez. **Eur. J. Epidemiol**, 2011. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10654-011-9599-9>. Acesso em: 02 de Novembro de 2019.

DUARTE, L. S. *et al.* Percepção materna do estado nutricional de seus filhos menores de três anos. **Rev. esc. enferm. USP** vol.50 n°.5 São Paulo set./out. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000500771&lang=pt#B4. Acesso: 02 de Novembro de 2019.

DURÉ, M. L. *et al.* **A obesidade infantil: um olhar sobre o contexto familiar, escolar e da mídia.** Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil; 2015. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/291392649_A_OBESIDADE_INFANTIL_UM_OLHAR_SOBRE_O_CONTEXTO_FAMILIAR_ESCOLAR_E_DA_MIDIA. Acesso em: Outubro de 2019.

FRANCESCATTO, C. *et al.* Percepção de mães sobre o estado nutricional de seus filhos com excesso de peso: revisão sistemática. **J. Pediatr (Rio J.)** 2014. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3997/399734018003.pdf>. Acesso em: 02 de Novembro de 2019.

GOBATO, Amanda Oliveira, et al. Síndrome metabólica e resistência à insulina em adolescentes obesos. **Rev. Paul Pediatr**; p.56, 2014. Disponível em: <http://www>.

scielo.br/pdf/rpp/v32n1/pt_0103-0582-rpp-32-01-00055.pdf. Acesso em: Outubro de 2019.

LOPES, Erika Sales. *et al.* Perfil de gestantes com Diabetes Mellitus Gestacional com maior risco para recém-nascidos grandes para a idade gestacional. **Revista. Bras. Ginecol. Obstet.** vol.41 n°5 Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032019000500298&lang=pt#B14. Acesso em: Outubro de 2019.

MADRUGA, S. W. et al. Manutenção dos padrões alimentares da infância à adolescência. **Rev. Saúde Pública**, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/2012nahead/3433.pdf>. Acesso em: 02 de Novembro de 2019.

MATOS, Johnata da Cruz, et al. Atuação do enfermeiro na prevenção da obesidade infantil em uma capital do Nordeste. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. Vol.06, N°. 03, p.26, 2015. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3133>. Acesso em: Outubro de 2019.

MELO, K. M. et al. **Influência do comportamento dos pais durante a refeição e no excesso de peso na infância**. Associação Educativa do Brasil. Montes Claros, MG, Brasil, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0102.pdf. Acesso em: 02 de Novembro de 2019.

MINAYO, Maria Cecilia de Souza. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. (13ªEd). São Paulo, SP: Editora Hucitec, 2013.

MITANCHEZ, Delphine *et al.* De que complicações neonatais o pediatra deve estar ciente em caso de diabetes gestacional materno? **Mundo J. Diabetes**. Biblioteca Nacional de Medicina dos EUA. 10 de junho de 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4458502/>. Acesso em: 25 do Outubro de 2019.

NOMURA, R. M. Y. et al. **Influência do estado nutricional materno, ganho de peso e consumo energético sobre o crescimento fetal, em gestações de alto risco**. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012000300003&lang=pt. Acesso em: 02 de Novembro de 2019.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Obesidade e excesso de peso. Ficha informativa nº. 311**. Atualizado janeiro de 2015.

ONIS, Mercedes. Prevenção do sobrepeso e da obesidade infantis. **J Pediatr**; 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572015000200105&script=sci_arttext&tlng=pt . Acesso em: 24 de Agosto de 2019

PENHA, J. T. *et al.* Aptidão e atividade física, perfil metabólico, adipocinas e função endotelial em crianças. **J. Pediatr. (Rio J.)** v.95, n.5. Porto Alegre Set./Oct, 2019. Disponível em; http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572019000600531&lang=pt#B2. Acesso em: 02 de Novembro de 2019.

REHDER, P. M. *et al.* Resultados gestacionais e neonatais em mulheres com rastreamento positivo para diabetes mellitus e teste de tolerância oral à glicose - 100 g normal. **Rev Bras Ginecol Obstet**, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032011000200005. Acesso em: 02 de Novembro de 2019.

RODRIGUES, V. M.; FIATES, G. M. R. Hábitos alimentares e comportamento de consumo infantil: influência da renda familiar e do hábito de assistir à televisão. **Rev. Nutr.**, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732012000300005. Acesso em: 02 de Novembro de 2019.

SAHOO K. *et al.* Obesidade infantil: causas e consequências. **J Family Med Prim Care**, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4408699/>. Acesso em: 02 de Novembro de 2019.

SBRUZZI G. *et al.* Intervenções educacionais na obesidade infantil: uma revisão sistemática com meta-análise de ensaios clínicos randomizados. **Prev. Med.**, 2013. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S009174351300069>. Acesso em: 02 de Novembro de 2019.

SILVA, G. A. *et al.* Alimentação infantil: além dos aspectos nutricionais. **J Pediatr (Rio J)**, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572016000400002&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 02 de Novembro de 2019.

TREMBLAY, M. S. *et al.* Revisão sistemática do comportamento sedentário e indicadores de saúde em crianças e jovens em idade escolar. **Int J Behav Nutr Phys Act**, 2011. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/1479-5868-8-98>. Acesso em: 02 de Novembro de 2019.

7

**DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO
DE UM INSTRUMENTO PARA
MENSURAR HABILIDADES DE AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE PARA
COLETA DE DADOS EPIDEMIOLÓGICOS
SOBRE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA**

Fernando Rocha Lucena Lopes^{1,2}

Shirley Lima¹

Karolinne Souza Monteiro^{1,3}

Silvana Santos¹

1 Escola de Saúde Pública da Paraíba

2 Universidade Estadual da Paraíba

3 Universidade Federal do Rio Grande do Norte

1 INTRODUÇÃO

Os sistemas de informação são fundamentais para conhecimento da situação de saúde das populações. No Brasil, em 1998, foi criado o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), que era alimentado mensalmente com informações colhidas pelos agentes comunitários de saúde (ACS), constituindo um banco de dados com acesso público e com informações socio sanitárias e de agravos mais frequentes, como diabetes, hipertensão, tuberculose e deficiência (BRASIL, 2003). Esse sistema foi atualizado e reformulado, dando origem ao sistema e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) (BRASIL, 2014), que continua a ser alimentado pelos ACS. Todavia, alguns autores têm mostrado fragilidades no processo de trabalho desses profissionais devido, principalmente, à falta de capacitação e supervisão adequada (DA SILVA; LAPREGA, 2005; RIBEIRO *et al.*, 2007; FERREIRA; SCHIMITH; CÁCERES, 2010; FRIAS *et al.*, 2012; LIMA; CORREA; OLIVEIRA, 2012).

O Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) foi criado em 1991, sendo a profissão de ACS regulamentada apenas em 2002, por meio da Lei 10.507 de 2002 (BRASIL, 2002). Em 2004, foi proposto o Referencial Curricular para o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, baseado no perfil de competências e habilidades que o profissional em nível técnico deveria desenvolver para atuar nessa profissão (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2004b). E, a partir de 2006, com a regulação do Pacto pela Saúde, suas atividades e atribuições passaram a ser regulamentadas pela lei 11.350, que também estabelece alguns requisitos mínimos para sua contratação, como a conclusão do ensino fundamental e o curso introdutório de formação inicial (BRASIL, 2006). A literatura tem mostrado um processo crescente de escolarização e profissionalização dos ACS (TIBIRIÇA *et al.*, 2009; SANTOS *et al.*, 2011; LINO; LANZONI; ALBUQUERQUE, 2012), o que tem contribuído para melhor avaliação de competências básicas, como leitura e interpretação de texto e resolução de problemas relativos ao seu cotidiano (MUSSE *et al.*, 2015).

Os ACS fazem o cadastramento de famílias, coletam e consolidam dados epidemiológicos, bem como realizam ações de educação em saúde. Ao utilizar uma ficha ou questionário de coleta de informação, os agentes têm de ter conhecimento a respeito dos conceitos e procedimentos necessários para aplicá-los. Nesse processo de interação com o entrevistado, o agente, semelhante ao pesquisador em campo, deve evitar induzir respostas ou influenciar o participante e deve esclarecer a população sobre os objetivos e finalidades da investigação. Além disso, os ACS também devem mobilizar seus conhecimentos para fazer perguntas, usando linguagem acessível aos

participantes da pesquisa. Tais competências e habilidades são fundamentais para proposição de parcerias para execução de pesquisas e diagnósticos sobre temáticas de relevância para o SUS, como a questão das pessoas com deficiência.

A qualidade dos dados coletados por trabalhadores da área da saúde para estudos epidemiológicos tem sido investigada na literatura. Por exemplo, em um estudo realizado no Kenya foi estimada a confiabilidade de dados coletados por trabalhadores da saúde, comparando-os aos colhidos por pesquisadores para indicadores relacionados à saúde materna e da criança, dentre outros indicadores, sendo verificado alto grau de confiabilidade na informação, podendo ser utilizada para a tomada de decisões e gestão em saúde (OTIENO; KASEJE; OCHIENG; GITHAE, 2011). No Malawi, Admon *et al.* (2013) avaliaram o impacto de intervenções sobre a qualidade de relatórios produzidos com dados coletados por trabalhadores da saúde (ACS). Foram realizadas várias avaliações com intervenções voltadas à correção dos dados e foi verificada uma melhoria considerável da qualidade da informação colhida pelos trabalhadores. Estes resultados indicam a necessidade de ações de formação permanente em serviço, tematizando a questão da qualidade e confiabilidade da informação colhida por trabalhadores da Atenção Básica. No Paquistão, Mahmood e Ayub (2010) afirmam que há uma grande disparidade no conhecimento e práticas de profissionais que atuam na comunidade para coleta de dados de saúde e elaboração de relatórios. O problema de imprecisão de relatórios deve ser abordado pelos gerentes de programas como prioridade para certificar a confiabilidade e validade dos dados. Um estudo realizado no nordeste do Brasil, para avaliar a confiabilidade dos dados colhidos por ACS em dois municípios, comparando os dados colhidos por eles com os colhidos por pesquisadores de forma independente, mostrou concordância quase perfeita, evidenciando que a informação tinha boa qualidade (LOPES *et al.*, 2017).

Os estudos que se propõem a avaliar o processo de coleta de dados pelos ACS se utilizam, em sua maioria, da avaliação comparativa entre as informações geradas por relatórios ou instrumentos de coleta de dados dos agentes e a coleta de dados realizada por pesquisadores ou técnicos. Até o presente momento, não foram identificadas pesquisas que proponham métodos de identificar e qualificar as competências e habilidades de coleta de dados dos ACS. Frente a essa lacuna, neste estudo, propusemo-nos a criar e validar um instrumento para avaliar as habilidades e competências dos agentes comunitários de saúde para realizar pesquisas na área da Saúde Coletiva.

2 MÉTODOS

Este é um estudo exploratório e descritivo de abordagem quali-quantitativa realizado no município de Caturité/PB. O município, com população estimada de 4.543 habitantes (IBGE, 2010), foi selecionado por já ter participado anteriormente de uma pesquisa sobre endogamia (WELLER *et al.*, 2012). As ações de pesquisa foram iniciadas após autorização institucional e aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual da Paraíba (0359.0.133.000-11).

Em um seminário de aproximação, o programa de pesquisa *Genética no Sertão* e os seus principais resultados, como a descobertas de doenças genéticas no Nordeste e as estimativas de consanguinidade, foram mostradas aos profissionais da Estratégia Saúde Família (ESF), em uma reunião que incluiu trabalhadores dos serviços e gestores. Posteriormente, foram apresentados os objetivos da pesquisa junto ao município, que, em resumo, consistia em aplicar um instrumento de coleta de dados sobre pessoas com deficiência, desenvolvido pelo grupo de pesquisa, e avaliar esse processo com vistas a realizar o aperfeiçoamento do instrumento e dos materiais didáticos de apoio. Esse instrumento serviu para o desenvolvimento de um software com um banco de dados com informações sobre PcD que foi denominado “Retrato Epidemiológico da Deficiência” (REDEF).

Após o seminário, os participantes receberam uma cópia do texto do livro intitulado “Tem alguma pessoa com deficiência na sua família?” (SANTOS; KOK, 2015) para leitura e foram convidados para responder algumas questões de um estudo dirigido. A leitura e a discussão das respostas duraram, aproximadamente, duas horas. Em seguida, os participantes (enfermeiras, ACS e médicos) receberam as fichas para levantamento de dados sobre PcD e foram explicados os procedimentos para coleta. O prazo pactuado para a entrega das fichas preenchidas foi de 30 dias.

O acompanhamento desse processo de aplicação da ficha foi realizado por meio de gravações em vídeo das entrevistas feitas pelos ACS, sendo as mesmas transcritas integralmente para análise de conteúdo (BARDIN, 1979; BERNARD, 2002). Ao todo, cada agente entrevistou, no mínimo, duas PcD e repetiu essas entrevistas quinze dias depois de terem sido realizadas, constituindo as etapas de teste e reteste. A intenção, nesse caso, foi verificar as diferenças na qualidade dos dados levantados, considerando que ele já havia experimentado, ao menos uma vez, aplicar o instrumento. Na etapa de teste foram gravadas 25 entrevistas e mais 25 no reteste. As gravações foram realizadas após o consentimento livre e esclarecido tanto

do participante envolvido, quanto do agente comunitário de saúde. Em nenhum momento o pesquisador interveio, fazendo ou respondendo perguntas dos envolvidos.

As entrevistas transcritas foram lidas pelos pesquisadores do grupo de pesquisa para construção das categorias, a posteriori, a partir da análise de conteúdo (BARDIN, 1979), dando origem ao instrumento de medida de habilidades para pesquisa. Ao todo, foram estabelecidas quatro categorias de análise, que foram subdivididas em dez subgrupos com a descrição das competências que seriam mais adequadas para coleta de dados em contraposição às que seriam potencialmente prejudiciais à pesquisa. Um *score* foi criado a partir da pontuação das competências, podendo variar de 1 a 10 pontos. Esse instrumento será apresentado em detalhes nos resultados deste trabalho.

Ao todo, foram gravadas e transcritas, integralmente, 50 entrevistas para análise, envolvendo 25 PcD e onze ACS. O número de entrevistas feitas pelos agentes variou de duas (um teste e um reteste) a seis (três testes e três retestes). A transcrição integral de cada uma das entrevistas foi analisada, independentemente, por dois pesquisadores, a partir dos critérios de pontuação para as dez diferentes competências avaliadas. Assim, cada entrevista poderia ter um *score* de 0 (zero) a 10 (dez) pontos, e cada um dos pesquisadores avaliou as dez competências em 50 entrevistas, portanto, foram 500 itens avaliados no seu conjunto. Com isso, foi possível realizar várias comparações sobre cada uma das competências avaliadas: as diferenças entre entrevistas do teste e reteste; diferenças entre os diferentes agentes de saúde; e análise de concordância entre os dois pesquisadores.

A análise estatística foi realizada com uso do programa SPSS versão 22 e estimados intervalos de 95% de confiança. A comparação das médias dos *scores* foi feita com uso do teste *t (student)* para amostras pareadas. A concordância entre pesquisadores foi avaliada por meio do teste *Kappa* e classificada segundo os critérios de (LANDIS; KOCK, 1977), sendo: a) quase perfeita: 0,80 a 1,00; b) substancial: 0,60 a 0,80; c) moderada: 0,40 a 0,60; d) regular: 0,20 a 0,40; e) discreta: 0 a 0,20; e) pobre: -1,00 a 0.

Além da análise quantitativa, a análise das entrevistas permitiu a identificação de problemas no processo de coleta de dados e uso da ficha do projeto pelos ACS. Essas dificuldades e reflexões foram socializadas com os ACS, a fim de que fossem colhidas sugestões e críticas desses profissionais. O processo de reflexão e de diálogo também foi gravado em vídeo. O relato dessa experiência também foi descrito nos resultados desta pesquisa.

3 RESULTADOS

Os resultados deste trabalho consistem na apresentação do instrumento para avaliação de competências para pesquisa, na apresentação dos resultados de sua aplicação e validação.

O instrumento desenvolvido, como mostrado na Tabela 1, é composto por quatro categorias, sendo, cada uma delas, subdivididas em competências específicas. Ao iniciar uma pesquisa, é necessário explicar os seus objetivos e solicitar anuência do entrevistado para a coleta de informação. Essas competências foram avaliadas por meio de quatro diferentes observações feitas na categoria “Compromisso”: a) competência de esclarecer os objetivos da pesquisa aos entrevistados; b) competência de respeitar as questões éticas; c) competência de explicar o objetivo da pesquisa sem criar falsas expectativas; e d) a competência de seguir as orientações dadas pelos pesquisadores. Para cada uma delas, se a competência foi observada, então o agente ganhava um ponto. Caso contrário, não recebia pontuação.

Tabela 1: Escala criada para mensurar as competências dos agentes comunitários de saúde para coleta de dados epidemiológicos em pesquisas científicas sobre pessoas com deficiência.

Categorias	Subcategorias	Descrição das Variáveis
1 Compromisso	1. Competência de esclarecer os objetivos da pesquisa aos entrevistados.	0 - () O ACS não explica os objetivos do projeto.
		1 - () O ACS explica os objetivos do projeto.
	2. Competência de respeitar questões éticas.	0 - () O ACS não solicita o consentimento para coleta de informação.
		1 - () O ACS solicita o consentimento para coleta de informação.
	3. Competência de explicar a pesquisa sem criar falsas expectativas	0 - () O ACS cria falsas expectativas dizendo que demandas serão atendidas, benefícios ou equipamentos serão doados.
		1 - () O ACS não cria falsas expectativas dizendo que demandas serão atendidas, benefícios ou equipamentos serão doados.
	4. Competência de seguir as orientações dadas para o preenchimento da ficha.	0 - () O ACS não segue as orientações para o preenchimento da ficha. (Ele não faz todas as perguntas necessárias)
		1 - () O ACS segue as orientações para o preenchimento da ficha.

categorias	Subcategorias	Descrição das Variáveis
2 Conhecimento	5. Competência de explicar os conceitos e termos técnicos usando linguagem cotidiana.	0 - () Na maior parte da entrevista, faz perguntas usando termos técnicos exatamente como estão escritos na ficha, o que dificulta a compreensão do participante.
		1 - () Na maior parte da entrevista, faz perguntas adaptando os conceitos e termos técnicos à cultura do entrevistado ou explica o que significa o termo em linguagem cotidiana para que o entrevistado compreenda.
	6. Competência de fazer perguntas com precisão e esclarecer dúvidas.	0 - () O ACS não entende parte dos conceitos e faz várias explicações equivocadas que comprometem a coleta de informação (de 10 questões, mais de duas com erros conceituais)
		1 - () O ACS entendeu a maior parte dos conceitos e faz, excepcionalmente, explicações equivocadas que não chegam a comprometer a informação colhida (de 10 questões, até duas com erros conceituais). (Ex.: Icterícia, Congênito, Audiometria, Graus de Parentesco).
3 Imparcialidade	7. Competência de escutar a resposta do entrevistado	0 - () O ACS faz perguntas e não aguarda a resposta do entrevistado em mais de 20% da entrevista. No caso específico de caracterização do entrevistado, isto pode comprometer o registro. (Ex: esse menino tem esse problema desde que nasceu, não é? Ele acha o problema é congênito e ao invés de investigar, ele induz).
		1 - () O ACS escuta a resposta do entrevistado e não responde por ele na maior parte da entrevista (80% ou mais).
	8. Competência de fazer uma pergunta por vez e aguardar respostas antes de iniciar outra.	0 - () O ACS faz muitas perguntas ao mesmo tempo durante toda a entrevista o que impede o entrevistado de ter objetividade nas respostas.
1 - () O ACS faz uma pergunta de cada vez e espera o tempo necessário para o entrevistado elaborar sua resposta.		

Categories	Subcategorias	Descrição das Variáveis
4 Roteirização	9. Competência de selecionar o que é necessário perguntar.	0 - () O ACS segue à risca o roteiro fazendo várias perguntas desnecessárias relacionadas à caracterização da deficiência (ex. a pessoa tem deficiência auditiva e ele pergunta tudo sobre deficiência física). 1 - () O ACS faz perguntas necessárias relativas à caracterização da deficiência e, excepcionalmente, pergunta algo que não é necessário.
	10. Competência de preparar-se previamente para roteirizar o instrumento.	0 - () O ACS não demonstra conhecimento sobre o instrumento de coleta e o material didático, aparentemente ele não aproveitou bem o seminário de formação, nem estudou o livro do REDEF. Esse desconhecimento dificulta a sua habilidade de roteirizar o instrumento. 1 - () O ACS demonstra conhecimento sobre o instrumento de coleta e o material didático, aparentemente ele aproveitou bem o seminário de formação e estudou o livro do REDEF. Esse conhecimento facilita a sua habilidade de roteirizar o instrumento.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2022.

O desafio dos agentes de saúde era realizar uma entrevista usando um roteiro de questões estruturado. Nesse roteiro não havia questões propriamente ditas, mas, sim, alternativas para serem assinaladas, como, por exemplo, sobre o sexo do entrevistado, se era masculino ou feminino. Algumas vezes, portanto, os agentes de saúde tinham que elaborar uma questão para fazer ao entrevistado a fim de assinalar a resposta correta no questionário. Assim, na categoria “Conhecimento”, foram avaliadas as competências de explicar conceitos científicos e fazer questões com precisão, sem distorcer o conteúdo ao elaborar a pergunta.

Na categoria “Imparcialidade”, foram avaliadas as competências do agente de saúde para realizar somente as perguntas que eram pertinentes do questionário, ou seja, de selecionar, com imparcialidade, o que deveria ser perguntado. Por exemplo, se o entrevistado tinha uma deficiência auditiva, não cabia fazer perguntas sobre outras deficiências. Além disso, o agente deveria ouvir a resposta do entrevistado sem influenciá-la ou sem fazer uma pergunta retórica, dando a resposta da pergunta sem ouvir o pensamento do entrevistado.

Por fim, na categoria “Roteirização” foram incluídas as competências de criar questões adequadas ao entrevistado e a competência de se

preparar para realizar a pesquisa. Os agentes comunitários de saúde deveriam demonstrar que leram o material necessário para realizar a pesquisa, as orientações oferecidas pelos pesquisadores e conheciam o questionário com o qual iriam trabalhar durante as entrevistas.

3.1 Validação do instrumento de avaliação

As 50 entrevistas foram avaliadas por dois pesquisadores (P1 e P2), os quais pontuaram as competências presentes. Cada entrevista obteve um determinado *score*, que poderia variar de 0 a 10. A média dos *scores* foi de 6,69 e 7,16 para o conjunto das 25 entrevistas do teste e 7,24 e 7,28 para o reteste, conforme avaliação dos dois pesquisadores. As diferenças entre as médias do teste e do reteste não foram significativas ($p=0,38$ e $p=0,74$, respectivamente). Isso mostrou que não houve uma melhora no desempenho e das competências dos ACSs do teste em comparação com o reteste.

A análise dos *scores* das entrevistas de forma comparativa entre os onze ACSs mostrou grande variação no desempenho entre eles, durante o teste e o reteste (Tabela 2). No primeiro caso, oito agentes tiveram pontuação maior do que seis (6,0), o que significou domínio de mais de 60% das competências avaliadas. Entretanto, três deles, de um conjunto de onze, durante o teste e dois deles no reteste, demonstraram ter menos de 40% das competências necessárias para realizar levantamento de dados epidemiológicos, comprometendo a confiabilidade e fidedignidade da informação. Apesar dos dados apontarem uma melhoria no desempenho dos agentes de saúde nos dois períodos avaliados (teste e reteste), como explicado anteriormente, não houve diferença significativa entre as médias dos *scores* obtidos.

Tabela 2 - Comparação dos *scores* médios das entrevistas obtidos no teste e reteste para cada um dos agentes de saúde avaliados na pesquisa. ACS – Agente Comunitário de Saúde; P1 – pesquisador 1; P2 – avaliador 2; ST – *Score* do Teste; SR – *Score* do Reteste.

ACS	n	P1	P2	Média dos Scores	P1	P2	Média dos Scores
		ST	ST		SR	SR	
A1	4	6,00	6,00	6,00	7,00	7,00	7,00
A2	6	10,00	10,00	10,00	8,60	9,00	8,80
A3	6	3,00	4,30	3,65	4,30	5,00	4,65
A4	4	7,00	7,50	7,25	7,00	7,00	7,00
A5	6	8,00	8,00	8,00	8,60	8,30	8,45

ACS	n	P1	P2	Media dos Scores	P1	P2	Media dos Scores
		ST	ST		SR	SR	
A6	6	4,30	4,00	4,15	4,60	5,30	4,95
A7	2	1,00	3,00	2,00	7,00	6,00	6,50
A8	6	8,30	8,30	8,30	7,30	6,30	6,80
A9	4	10,00	10,00	10,00	9,50	10,00	9,75
A10	4	9,50	9,50	9,50	10,00	10,00	10,00
A11	2	6,00	6,00	6,00	6,00	6,00	6,00
Media Geral				6,80			7,26

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

A avaliação das 50 entrevistas por meio da pontuação de cada uma das dez competências produziu um banco de dados de 500 itens para cada um dos pesquisadores. A análise de concordância entre eles revelou um valor de *Kappa* de 0,84 ($p < 0,01$). Este resultado, considerando os critérios de Landis e Kock (1977), foi considerado quase perfeito. O roteiro criado para categorização de competências e habilidades foi utilizado por dois pesquisadores e a avaliação independente mostrou concordância quase perfeita.

3.2 Avaliação das competências dos acs para coleta de dados

Os aspectos éticos devem ser respeitados ao se realizar qualquer pesquisa científica envolvendo seres humanos. Antes de iniciar a coleta de dados, os ACS deveriam explicar os objetivos da pesquisa aos participantes e solicitar consentimento para a entrevista. A frequência da presença dessas competências variou de 20%, para a competência de esclarecer os objetivos da pesquisa aos entrevistados, até 92%, para a competência de compromisso com a ética na pesquisa na amostra analisada (Tabela 3). Em menos da metade das entrevistas, os agentes explicaram os objetivos da pesquisa claramente aos participantes e solicitaram a assinatura do termo de consentimento livre esclarecido. Quase na totalidade delas, não foram criadas falsas expectativas.

Em mais de 80% das entrevistas, os ACS foram capazes de adaptar a linguagem científica à cotidiana para os participantes compreenderem as questões feitas, sendo essas claras e inteligíveis. Em relação à categoria “imparcialidade”, os agentes mostraram um excelente desempenho. Em 96% das entrevistas do teste, os ACSs selecionaram o que era necessário

perguntar e, em 88% dos casos, ouviam a resposta do participante para completar a ficha de coleta de dados, conforme mostrado na Tabela 3.

Uma piora no desempenho foi observada em relação à competência de roteirizar a entrevista. A ficha de levantamento de dados não era composta por perguntas. Em vez de ter, por exemplo, a questão “qual o sexo do participante”; o agente tinha de assinalar o sexo e escolher entre “feminino” e “masculino”. Dessa forma, era necessário que o agente criasse a pergunta para o participante, pois ela não estava claramente descrita na ficha de levantamento de dados.

Ao avaliar a concordância entre observadores, usando a estatística *Kappa*, ou seja, o resultado do *score* fruto da análise das transcrições feitas por dois pesquisadores de forma independente, verificou-se que as categorias 2, 3, 9 e 10 tiveram concordância quase perfeita. Entretanto, as categorias de 5 a 8 não puderam ser analisadas pela ausência de variância e apenas a categoria 8 não obteve um “p” valor significativo. Essas categorias para as quais não foi possível calcular o valor de *Kappa* devem ser revistas e reformuladas para obtenção de resultados mais fidedignos (Tabela 3).

Tabela 3 - Comparação da frequência da pontuação positiva (“1”) para as dez diferentes competências e habilidades avaliadas durante o teste e reteste. O índice *Kappa* mostra a concordância entre pesquisadores (P1 e P2) para cada uma das subcategorias.

Categorias	Competências	Entrevista	P1		P2		Kappa	P
			(n)	(%)	(n)	(%)		
1 Compromisso	1. Esclarecer objetivos	Teste	9	36,0	10	40,0	0,91	<0,01
		Reteste	6	24,0	5	20,0	0,88	<0,01
	2. Respeitar questões éticas	Teste	13	52,0	13	52,0	1,00	<0,01
		Reteste	12	48,0	14	56,0	0,84	<0,01
	3. Explicar o conteúdo da pesquisa	Teste	23	92,0	23	92,0	1,00	<0,01
		Reteste	24	96,0	23	92,0	0,64	0,001
	4. Seguir as orientações	Teste	14	56,0	13	52,0	0,92	<0,01
		Reteste	16	64,0	12	48,0	0,68	<0,01
2 Conhecimento	5. Explicar conceitos técnicos.	Teste	22	88,0	23	92,0	0,77	<0,01
		Reteste	22	88,0	25	100,0	-	-
	6. Fazer perguntas.	Teste	18	72,0	22	88,0	0,51	0,003
		Reteste	22	88,0	25	100,0	-	-

Categorias	Competências	Entrevista	P1		P2		Kappa	P
			(n)	(%)	(n)	(%)		
3 Imparcialidade	7. Ouvir a resposta do entrevistado	Teste	22	88,0	24	96,0	0,46	0,006
		Reteste	23	92,0	25	100,0	-	-
	8. Aguardar respostas.	Teste	23	92,0	22	88,0	0,33	0,085*
		Reteste	25	100,0	25	100,0	-	-
4 Roteirização	9. Selecionar o que é necessário perguntar.	Teste	16	64,0	16	64,0	1,00	<0,01
		Reteste	18	72,0	15	60,0	0,73	<0,01
	10. Preparar-se previamente para fazer a pesquisa.	Teste	13	52,0	13	52,0	1,00	<0,01
		Reteste	13	52,0	13	52,0	1,00	<0,01

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

3.3 Avaliação qualitativa do processo de avaliação das competências dos ACS

Parte dos resultados obtidos no trabalho foi socializada com os participantes em um encontro no formato de seminário. A avaliação dos agentes sobre o curso preparatório foi positiva, mas houve pouco tempo, na opinião deles, para resolução dos desafios e debate sobre o conteúdo, que poderia ser mais bem aproveitado (Quadro 1).

Sobre a utilização das fichas de coleta de dados, os agentes de saúde fizeram uma série de sugestões, apontando as questões que não souberam responder e dizendo o motivo. Eles não sabiam, por exemplo, a diferença entre benefício, aposentadoria por invalidez e aposentadoria. Fizeram várias questões sobre a audiometria, sobre casos de adoção, se o deficiente deveria ser incluso ou não no cálculo do número de irmãos e as diferenças entre transtornos psiquiátricos e deficiência intelectual.

Quadro 1 - Orientações para o preenchimento do instrumento de coleta do REDEF criadas a partir da análise das entrevistas gravadas em vídeo do estudo piloto feitas em Caturité (PB).

Problema	Orientação
Tipo de abordagem do ACS.	O ACS deve utilizar as informações que já tem e fazer perguntas investigativas para obter novas informações e preencher o instrumento de coleta. Ele não deve fazer perguntas que contenham conceitos incomuns aos entrevistados. Por exemplo, é melhor perguntar "Esse problema foi percebido desde o nascimento?" em vez de "Esse problema é congênito?".

Problema	Orientação
Questões que não precisam ser respondidas.	Há questões que podem ficar sem resposta no instrumento. O ACS deve marcar a deficiência que identificou e, em caso de dúvida sobre a possibilidade de outra deficiência, deve investigar utilizando-se uma pergunta geral. Por exemplo, “O problema dele é só auditivo mesmo, ou a senhora acha que ele tem alguma outra dificuldade?”. Uma alteração foi feita na ficha, deslocando a classificação geral das deficiências (Física, Visual, Auditiva, Intelectual/Psiquiátrica) para o início da ficha, com uma orientação de que se deve seguir para o campo específico após marcar determinada deficiência.
Resolução de dúvidas.	O ACS deve buscar auxílio no material didático, nos prontuários e com os profissionais da equipe, principalmente das enfermeiras e/ou médicas, ele deve trocar informações, esclarecer dúvidas e aprender junto. Em algumas situações serão necessários questionamentos para mais de uma pessoa da família, a fim de chegar a uma conclusão.
Dúvidas na classificação de parentesco dos pais da PcD.	Deve-se dar preferência a perguntas diretas ao casal. Se não for possível, pode-se procurar um parente próximo, tio, tia ou irmão mais velho da PcD. Essa informação é bastante importante e a abordagem deve ser isenta de induções. Caso não se tenha convicção da resposta, é melhor não responder.
Classificação dos parentes da PcD.	A ficha foi alterada para se colocar o total de filhos do casal (pais da PcD) vivos e mortos, inclusive os casos de aborto.
Apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.	Foi incluído um texto síntese do termo no próprio instrumento de coleta. Deve-se ter atenção aos objetivos da pesquisa, à instituição realizadora da pesquisa, da liberdade do entrevistado em participar e dos contatos dos pesquisadores em caso de dúvidas. Deve-se esclarecer aos entrevistados de que o estudo não tem relação com oferta ou perda de benefícios sociais.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2022.

O livro didático realmente serviu de apoio ao levantamento de dados. Os agentes afirmaram que nem sempre encontram um laudo ou um CID para auxiliar na classificação das deficiências e utilizaram as figuras do livro para classificar a deficiência conforme pedido. Uma agente relatou que foi importante trocar ideias e experiências com outros colegas, discutir casos com as enfermeiras e com as médicas da equipe, assim como, consultar os prontuários de alguns pacientes. A fim de socializar as mudanças incorporadas no REDEF a partir da experiência deste estudo, foi apresentada uma síntese conforme consta no Quadro 1, como apresentado.

4 DISCUSSÃO

Nessa pesquisa, embora os agentes comunitários de saúde tivessem experiência na realização de entrevistas para coleta de dados epidemiológicos, eles reportaram várias dificuldades em relação ao entendimento dos conceitos e procedimentos ou como fazer as perguntas adequadamente. Essas dificuldades também foram reportadas em outros estudos

envolvendo o SIAB (LIMA *et al.*, 2012; WEIGELT; MANCIO; PETRY, 2012; MARCOLINO; SCOCHI, 2010; FERREIRA; SCHIMITH; CÁCERES, 2010; MAIA *et al.*, 2010). Os achados desse estudo, que envolveu onze ACS do município de Caturité, mostraram que a maioria dos profissionais possuía mais de 60% das competências e habilidades para realizar pesquisa e coleta de dados epidemiológicos, entretanto, há grande variação no seu desempenho. Dos onze participantes, três deles demonstraram ter menos de 40% das competências necessárias à coleta de dados. Essa variação poderia ser explicada pelas diferenças em relação à escolarização, formação técnica dos ACS e compromisso com as atividades de pesquisa. Musse *et al.* (2015) aplicaram uma prova de múltipla escolha em uma amostra de 328 ACS para avaliar as competências de leitura, interpretação de texto e resolução de problemas, e foi observada correlação entre desempenho e escolarização. Apesar da amostra deste estudo ser composta por apenas 11 ACSs, de fato, muito pequena para produção de generalizações.

Em relação à competência para preenchimento de fichas do SIAB, Tibiriça *et al.* (2009) mostraram que, comparando a informação colhida pelos ACS em relação aos pesquisadores, houve concordância inter observadores maior que 95% para os dados cadastrais. Entretanto, outros autores mostraram que há falhas no preenchimento dessas fichas (RIBEIRO *et al.*, 2007; SALA *et al.*, 2004; DA SILVA; LAPREGA, 2005), pois os próprios profissionais reconhecem que não têm formação adequada para realizar a tarefa. Os ACS apontaram questões relativas ao processo de trabalho, como o excesso de fichas usadas na rotina, o que poderia resultar em perda de qualidade na coleta de dados (DA SILVA; LAPREGA, 2005; CARRENO *et al.*, 2015). Médicos e enfermeiros entrevistados criticam o conteúdo do manual técnico do SIAB pela inadequação das definições sobre procedimentos coletivos, as falhas nos registros feitos nas fichas de atendimentos e baixa confiabilidade na validade de determinados campos preenchidos pelos ACS (DA SILVA; LAPREGA, 2005). Parte da variância observada na nossa amostra poderia ser explicada devido ao envolvimento do ACS com o processo de trabalho. A fidedignidade da coleta de dados do SIAB/SISAB, muitas vezes, é comprometida pelo envolvimento esporádico dos ACSs com o sistema, devido às demandas do cotidiano (FREITAS; PINTO, 2005). A preocupação dos profissionais estava, muitas vezes, direcionada para o fechamento da produção mensal do dado e alimentação do sistema, mais do que a reflexão sobre os resultados para tomada de decisão sobre a situação de saúde da população (FIGUEIREDO *et al.*, 2010).

A supervisão do processo de coleta permitiu a identificação de competências que precisam ser aperfeiçoadas. De fato, no cotidiano da ESF, verifica-se uma falta de supervisão sobre o preenchimento das fichas do SIAB/SISAB. Os registros ilegíveis, perdas frequentes das informações, dificuldade para efetuar buscas e pesquisas, conceitos e procedimentos com pouca definição, são exemplos de erros que poderiam ser corrigidos com a supervisão e que comprometem as generalizações feitas a partir dos dados (LIMA *et al.*, 2010; MARCOLINO; SCOCHI, 2010).

Em síntese, nosso escopo foi desenvolver estratégias para avaliar competências que podem ser reproduzidas em outras investigações, pois não há na literatura estudos que analisem a atuação direta do ACS na coleta de dados. A estratégia de gravação em filme e avaliação dos agentes atuando na coleta de dados, com uso de avaliação, por meio de uma ficha de critérios (*score*), mostrou-se uma alternativa viável para a construção de indicadores de qualidade para habilidade e competências dos agentes.

REFERÊNCIAS

ADMON, A. J., BAZILE, J., MAKUNGWA, H., *et al.* Assessing and improving data quality from community health workers: A successful intervention in Neno, Malawi. **Public Health Action**, 3(1), p. 56–59, 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BERNARD, H. R. **Research methods in anthropology**: qualitative and quantitative approaches. AltaMira Press, 3.ed. London, 2002.

BRASIL. **Lei 10.507 de 10 de julho de 2002**. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Brasília (DF), 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB**: manual do sistema de informação da atenção básica. Brasília (DF), 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde**: área profissional saúde. Brasília MS/MEC. 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Perfil de competências profissionais do Agente Comunitário de Saúde**. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília, DF. 2004b

BRASIL. **Lei 11.350 de 5 de outubro de 2006**. Brasília (DF), 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais de implantação da estratégia e-SUS AB** – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 11 p. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/diretrizes_implatacao_esus.pdf. Acesso em 20 de novembro de 2014.

CARRENO, I. *et al.* Análise da utilização das informações do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB): uma revisão integrativa. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p.947-956, 2015.

DA SILVA, A. S. LAPREGA, M. R. Avaliação crítica do SIAB e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. V.21, n.6, p.1821-1828, nov-dez, 2005.

FERREIRA, M. E. V. SCHIMITH, M. D. CÁCERES, N. C. Necessidades de capacitação e aperfeiçoamento dos profissionais de equipes de saúde da família da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2611-2620, 2010.

FIGUEIREDO, L. A. de. *et al.* Análise da utilização do SIAB por quatro equipes da estratégia saúde da família do município de Ribeirão Preto, SP. **Cadernos Saúde Coletiva** (Rio de Janeiro), v. 18, N.3, p. 418-23, 2010.

FREITAS, F. P; PINTO, I. C. Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do sistema de informação da atenção básica - SIAB. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. V.13, n.4, p. 547-554. Jul-ago, 2005.

FRIAS, P. G. de. *et al.* Avaliação da notificação de óbitos de menores de um ano ao Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB). **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 12, n. 1, Mar. 2012.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2010. Resultados Preliminares. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/opulacao/opulacao/censo2010/default.shtm>. Acesso em: 15 Jun 2013.

LANDIS, J. R.; KOCH, G. G. The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics**, n. 1, vol. 33, p. 159-174, 1977.

LIMA, A. P; CORREA, Á. C. P; OLIVEIRA, Q. C. Conhecimento de Agentes Comunitários de Saúde sobre os instrumentos de coleta de dados do SIAB. **Revista Brasileira de Enfermagem Brasília**, v. 65, n. 1, Fev. 2012.

LIMA, R. T. *et al.* O sistema de informação como ferramenta para planejamento e avaliação dos serviços de saúde: estudo descritivo. **Online Brazilian Journal of Nurse**, v. 9, n. 2, ago, 2010.

LINO, M. M.; LANZONI, G. M. M.; ALBUQUERQUE, G. L. Perfil Socioeconômico, demográfico e de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. **Cogitare Enfermagem**, v.7, n.1, p.57-66, 2012.

LOPES, F.R.L.; MONTEIRO, K.S.; FIGUEIREDO, T. *et al.* Reliability of information on people with disabilities gathered by community health workers in highly consanguineous communities of Northeastern Brazil. **BMC Health Serv Res**, v. 17, p.317-426, 2017.

MAIA, L. D. de G. *et al.* Utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) para o planejamento das ações pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família do município de Montes claros (MG). **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 359-370, abr-jun, 2010.

MAHMOOD, S.; AYUB, M. Accuracy of primary health care statistics reported by community based lady health workers in district Lahore. **Journal of the Pakistan Medical Association**, 60 (8), p. 649–653, 2010.

MARCOLINO, J. S.; SCOCHI, M. J. Informação em Saúde: o uso do SIAB pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família. **Revista Gaucha de Enfermagem**, Porto Alegre. V.31, n.2, p.314-320, 2010.

MUSSE, J. De O. *et al.* Avaliação de competências de Agentes Comunitários de Saúde para coleta de dados epidemiológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n.2, p. 525-536, 2015.

OTIENO, C. F.; KASEJE, D.; OCHIENG, B. M.; GITHAE, M. N. Reliability of community health worker collected data for planning and policy in a peri-urban area of Kisumu, Kenya. **Journal of Community Health**, 37(1), 48–53, 2011.

RIBEIRO, L. C. *et al.* Avaliação da cobertura do sistema de informação da atenção básica em saúde (SIAB): Uma aplicação da metodologia de amostragem para garantia da qualidade de lotes. **Revista Atenção Primária a Saúde**, v. 10, n. 2, p. 1-22, 2007.

SALA, A. *et al.* Cadastro ampliado em saúde da família como instrumento gerencial para diagnóstico de condições de vida e saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.6, p. 1556-1564, nov-dez, 2004.

SANTOS, S.; KOK, F. (Orgs). **Tem alguma pessoa com deficiência na sua família?** Campina Grande: EDUEPB, 2015.

SANTOS, K. T.; *et al.* Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família? **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p.1023-28, 2011.

TIBIRIÇÁ, S. H. C. *et al.* O potencial do cadastro das famílias no sistema de informação da atenção básica em saúde, como base para determinação da amostra em pesquisas na área da saúde. **Revista de Atenção Primária a Saúde**, v. 12, n. 2, 2009.

WEIGELT, L. D; MANCIO, J. G; PETRY, E. L. S. Indicadores de saúde na visão dos gestores dos municípios no âmbito da 13ª coordenadoria regional de saúde - RS. **Revista Barbarói**, n. 36, p. 191-205, 2012.

WELLER, M. *et al.* Consanguineous unions and the burden of disability: A population-based study in communities of Northeastern Brazil. **American Journal of Human Biology**, v. 24, n. 6, p. 835-840, 2012.

8

**CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE
DE FAMÍLIAS EM SITUAÇÃO DE
VULNERABILIDADE SOCIAL**

Melissa Motta Felício¹

Josevania da Silva¹

Suenny Fonseca de Oliveira²

Marize Barros de Souza³

Ardigleusa Alves Coêlho¹

1 Universidade Estadual da Paraíba.

2 Universidade Federal de Campina Grande.

3 Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

1 INTRODUÇÃO

Definir saúde não é uma tarefa fácil, seu conceito é amplo e vai além do que pode ser considerado como “ausência de alguma doença ou enfermidade”, envolve diferentes fatores, sendo esses biológicos, psicológicos e sociais (ALVES; RODRIGUES, 2010). O conceito de saúde mais difundido é o da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1998) que afirma que a saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social”. Na concepção de Batistella (2007), esse conceito carece de objetividade, tornando-se impossível medir o nível de saúde da população, além disso, as pessoas não estão sempre em estado de bem-estar, portanto esse conceito pode ser considerado utópico e inalcançável.

Atualmente, a busca da saúde e a luta contra doenças estão em pauta como principal conteúdo de discussão pública global. Essa discussão se torna cada vez mais evidente e enfatizada, devido ao presente momento que a humanidade está vivenciando, a pandemia do coronavírus. Segundo Carvalho e Buss (2012), a definição de saúde exige uma complexa produção social, na qual seus resultados deveriam influenciar nas decisões políticas em prol do bem-estar da população.

No que diz respeito ao processo saúde-doença, é possível abarcar os determinantes sociais da saúde (DSS), que são formados por diferentes aspectos: sociais, econômicos, étnicos, psicológicos e comportamentais, e influenciam diretamente nesse processo (BUSS; FILHO, 2007). Além disso, os determinantes estão relacionados às condições de vida e trabalho dos indivíduos inseridos em um determinado contexto, por exemplo, habitação, saneamento, serviços de saúde e educação (BATISTELLA, 2007).

Ademais, os DSS relacionam-se às questões de vulnerabilidade social, que é determinada por diferentes fatores, que fragilizam os direitos da cidadania para os indivíduos, através das precariedades, tanto em âmbitos sociais, como também, nas questões afetiva-relacionais. A vulnerabilidade, por sua vez, é atrelada às iniquidades em saúde, que são desigualdades de saúde consideradas injustas e inaceitáveis, podendo ser evitadas (CARMO; GUIZARDI, 2018). Um exemplo de iniquidade é a maior chance de uma criança morrer antes do primeiro ano de vida, pelo fato de ter nascido no Nordeste, diferentemente de alguma outra criança que nasceu no Sudeste (BATISTELLA, 2007; BUSS; FILHO, 2005).

No estudo do processo saúde-doença, há um enfoque para além do aspecto biológico, que contribui para uma compreensão mais abrangente das ações de saúde, incluindo os diversos fatores que implicam na vida dos

sujeitos inseridos em contextos específicos, que influenciam nos seus estados de saúde e no acesso aos direitos sociais (LAURELL, 1982). A saúde é um direito social e sua não efetivação para determinados grupos sociais pode ser caracterizada como iniquidades em saúde, que incidem diretamente na questão da vulnerabilidade social (BUSS; FILHO, 2005).

Assim, através dos estudos e pesquisas sobre as condições de vida e saúde das famílias em situação de vulnerabilidade social é possível contribuir na atuação no campo da saúde, de modo a favorecer a construção de medidas úteis e necessárias para a coletividade. Além disso, enfatizar o termo vulnerabilidade proporciona a renovação de práticas de saúde coletiva em nível transdisciplinar, pois se utiliza da construção de diversos saberes e setores, como o social, a saúde, a educação e a economia, ou seja, na perspectiva da intersectorialidade, permitindo uma reflexão crítica às mudanças políticas, culturais, sociais, tecnológicas e individuais, que impactem no adoecimento do sujeito e da sociedade.

1.1 Objetivos

Este estudo teve como objetivo geral investigar as condições de vida e saúde das famílias em situação de vulnerabilidade social.

2 MÉTODOS

Estudo transversal, com abordagem quanti-qualitativa, utilizando dados de prontuários e relatórios de cadastro e acompanhamento de 168 famílias residentes no Distrito de Galante – PB, cadastradas e acompanhadas pelo Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), entre 2010 e 2020.

Foram incluídas no estudo famílias com renda per capita média de até R\$630,03, que se refere ao indicador de renda do município de Campina Grande na PNUD 2010; com, no mínimo, três meses de acompanhamento no CRAS. Foram excluídas as famílias com, no mínimo, três meses de acompanhamento que não foram visitadas em domicílio pela equipe técnica do CRAS.

Os dados foram coletados de prontuários e relatórios de cadastro e acompanhamento das famílias acompanhadas pelo CRAS, elaborados pelos profissionais da Instituição, através do preenchimento do formulário, contendo variáveis sociodemográficas e questões fechadas e uma questão aberta definida com base no objetivo do estudo. O preenchimento foi

realizado pela própria pesquisadora, entre os meses de outubro e dezembro de 2020.

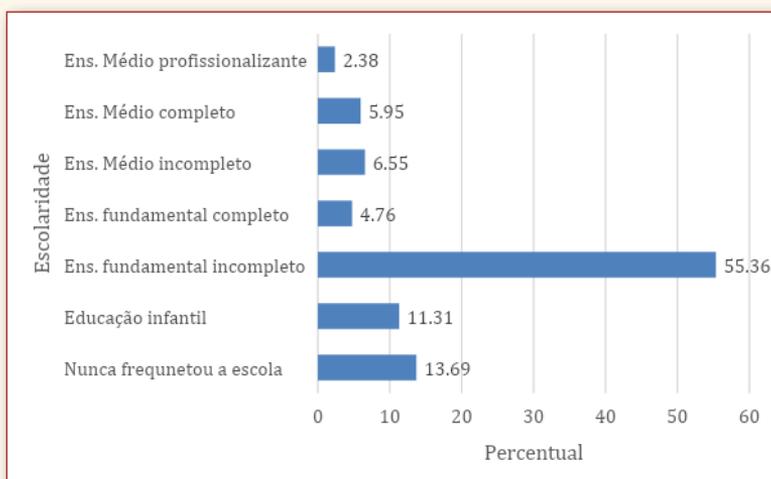
Os dados quantitativos foram tratados por meio da estatística descritiva e os qualitativos foram submetidos à análise de conteúdo de Bardin (2016). Os dados qualitativos foram obtidos dos registros realizados pela equipe profissional do CRAS nos prontuários e relatórios. A análise qualitativa possibilitou a categorização temática das motivações do acompanhamento da família pelo serviço do CRAS, explicitado na Tabela 3.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (Parecer: 3.790.105). Durante a sua execução, foram observadas as disposições da Resolução nº 446/2012, do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos de forma direta e indiretamente.

3 RESULTADOS

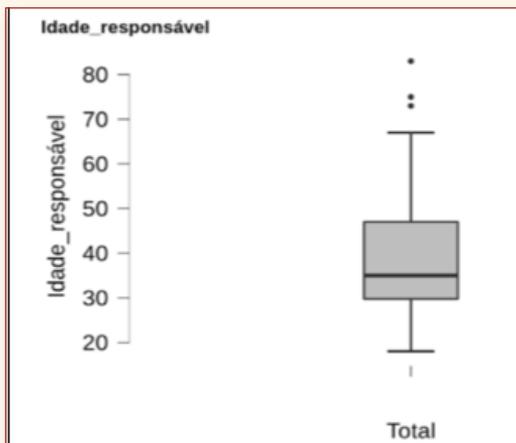
As famílias em situação de vulnerabilidade social têm como responsável familiar indivíduos com idade mediana de 35 anos (idade mínima 18 e, máxima de 83 anos), 91,07% (153) do sexo feminino; 55,36% (93) não concluíram o ensino fundamental e apenas uma pequena parcela cursou ou está cursando o ensino médio técnico (2,38%) (04) e nenhum indivíduo foi identificado com escolaridade em nível superior (Figuras 1 e 2, respectivamente).

Figura 1 - Distribuição do membro familiar responsável, segundo nível de escolaridade, em um Distrito Rural do Agreste Paraibano, 2020.



Fonte: Dados da pesquisa no CRAS, 2020.

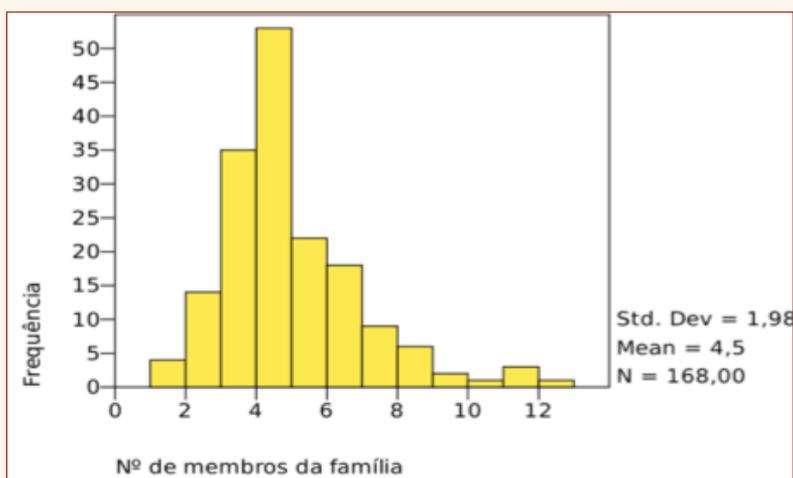
Figura 2 – Distribuição, por idade, do membro familiar responsável, em um Distrito Rural do Agreste Paraibano, 2020.



Fonte: Dados da pesquisa no CRAS, 2020.

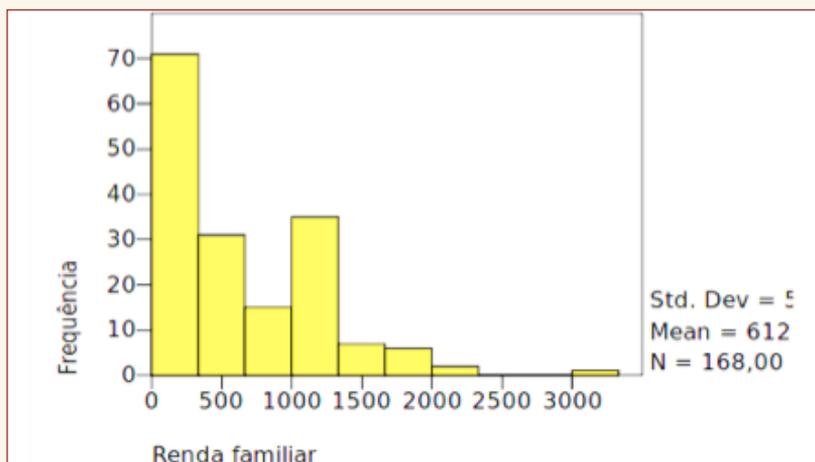
A respeito do número de membros da família (Figura 3), considerando aqueles que residem na mesma moradia, foi verificada média de 4,5 pessoas por família (DP=1,98, variando de um único membro a 12 membros por família).

Figura 3 - Número de membros por família acompanhados pelo CRAS, em um Distrito Rural do Agreste Paraibano, 2020.



Fonte: Dados da pesquisa no CRAS, 2020.

Figura 4 - Distribuição da renda familiar das famílias acompanhadas pelo CRAS, em um Distrito Rural do Agreste Paraibano, 2020.



Fonte: Dados da pesquisa no CRAS, 2020.

Com relação à renda familiar, foi observada a média R\$ 612,20 (DP=567,10, variando de R\$ 0,00 a R\$ 3.135,00). Entre as 168 famílias, 14,88% (25) não possui nenhuma fonte de renda; 11,35% (19) possuem um salário mínimo e, apenas, 0,6% (01) possui mais de três mil reais como renda mensal familiar, fruto de pensão e do Benefício de Prestação Continuada (BPC), que é um benefício da assistência social no Brasil, da qual consiste em uma renda de um salário mínimo para idosos e deficientes que não conseguem se manter e não possam ser mantidos por suas famílias.

No que se refere aos aspectos das condições de saúde, foi possível identificar que 20,83% (35) das famílias possuem, pelo menos, um membro com alguma condição vulnerável de saúde e 25% (42) faz uso de algum tipo de medicamento controlado.

Entre as condições de saúde (Tabela 1), todas se enquadram na condição crônica, e não foi possível identificar condições agudas. Dentre as condições crônicas, o transtorno mental foi a condição mais prevalente (48,57%) e 17,14% correspondem a algumas condições que estão presentes desde o nascimento, classificadas como condições crônicas congênitas: Síndrome de Down (5,71%), Hidrocefalia (5,71%), Microcefalia (2,86%) e a cardiopatia infantil (2,86%).

Tabela 1 - Principais condições de saúde referidas pelas famílias em situação de vulnerabilidade social acompanhadas pelo CRAS, em um Distrito Rural do Agreste Paraibano, 2020.

Condições de saúde (Condição Crônica)	Frequência	%
Transtorno Mental	17	48,57
Doença renal	2	5,71
Deficiência física	2	5,71
Síndrome de Down	2	5,71
Microcefalia	2	5,71
Hidrocefalia	1	2,86
Cardiopatía infantil	1	2,86
HIV/ aids	1	2,86
Escoliose torácica	1	2,86
Surdez profunda	1	2,86
Epilepsia	1	2,86%
Tetralogia	1	2,86%
Paralisia cerebral	1	2,86%
Deficiência visual	1	2,86%
Osteoartrite	1	2,86%
Total	35	100%

Fonte: Dados da pesquisa no CRAS, 2020.

Na Tabela 2, observa-se que 61% da participação de membros familiares em grupos sociais e comunitários estão inseridos em atividades grupais realizadas pelo próprio CRAS. O grupo mais expressivo sendo o Serviço de Convivência oferecido para crianças e adolescentes (35%), seguido da participação no Grupo de Mulheres (24%) e o Grupo de Idosos (2%). Foi observada também a participação em grupos religiosos (39%).

Tabela 2 - Participação em grupos sociais e comunitários referida pelas famílias em situação de vulnerabilidade social acompanhadas pelo CRAS em um Distrito Rural do Agreste Paraibano, 2020.

Participação em Grupos sociais e comunitários	Tipos	Frequência	%
Grupos do CRAS (n=61)	Grupos de convivência crianças e adolescentes	35	35%
	Grupo de Mulheres	24	24%
	Grupo de Idosos	2	2%
Grupos Religiosos (n=39)		39	39%
Total		100	100%

Fonte: Dados da pesquisa no CRAS, 2020.

Na Tabela 3, é possível compreender os motivos do acompanhamento e/ou como a família havia chegado até o CRAS. Fica nítido que, para as famílias em situação de vulnerabilidade social, a busca por encaminhamentos e demandas constitui o principal motivo para procura do CRAS.

Tabela 3 - Distribuição dos motivos (n e %) referida pelas famílias em situação de vulnerabilidade social acompanhadas pelo CRAS, em um Distrito Rural do Agreste Paraibano, 2020.

Motivos explicitados	Frequência	%
Encaminhamentos / Demandas (n= 62)		
Demanda espontânea	38	22,62
Encaminhado pela saúde	17	10,12
Demanda de atendimento. psicológico	6	3,57
Encaminhado por outra Política de A. Social	1	0,59
Aspectos da renda (n= 52)		
Sobrevive de ajuda de pessoas	34	20,24
Única renda é PBF	8	4,76
Única renda BPC	5	2,98
Renda é fruto do BPC e PBF	2	1,19
Possui Aluguel Social	2	1,19
Renda é fruto do BPC e pensão	1	0,59
Aspectos intrafamiliares (n= 31)		
Violência doméstica	10	5,96
Trabalho infantil	9	5,36
Gravidez na adolescência	6	3,58

Motivos explicitados	Frequência	%
Abuso sexual infantil	3	1,79
Membro em reclusão máxima	1	0,59
Mãe solo	1	0,59
Pai solo	1	0,59
Intersetorialidade (n= 23)		
Acompanhado pelo Conselho Tutelar	16	9,52
Um membro é acompanhado pelo CAPS	7	4,17
Total	168	100

Fonte: Dados da pesquisa no CRAS, 2020.

Foi observado que 36,9% das famílias se enquadraram em algum tipo de encaminhamento e demanda. A procura do CRAS por demanda espontânea foi observada em 22,62% das famílias, isso ocorre porque, muitas vezes, algum membro da família procura para tirar dúvidas acerca de algum benefício e direito, como também, pelo interesse na participação dos grupos existentes no CRAS, que fornecem atividades para crianças, adolescentes, mulheres e idosos, como relatado anteriormente. Além disso, outro fator observado foi a quantidade de encaminhamentos realizados pela área da saúde (10,12%), que demonstra um trabalho em conjunto e conexão da rede de serviços públicos ofertados para essa população.

Acerca dos aspectos da renda (Tabela 3), 30,95% (n=52) da população estudada se enquadra nessa categoria. Verifica-se que 20,24% das famílias não possuem nenhum tipo de renda e sobrevivem de ajuda de outras pessoas (amigos, familiares distantes, vizinhos e conhecidos) e 4,76% possuem, como única renda, o benefício do Programa Bolsa Família.

Os aspectos intrafamiliares correspondem a 18,46% do total da amostra, fica evidente a situação de violência doméstica (5,96%) (10) e a situação do trabalho infantil (5,36%).

E a última categoria, intersetorialidade, representando 13,69% (n=23) da amostra, é dividida em dois tipos de acompanhamentos que são realizados com as famílias, além do acompanhamento do CRAS, sendo eles: o Conselho Tutelar (9,52%), que se deve às situações de conflito familiar e negligência com os cuidados de crianças e adolescentes e o acompanhamento realizado pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), pelo menos, a um membro da família (4,17%), que atuam com uma gama de intervenções com foco no cuidado na área da saúde mental.

4 DISCUSSÃO

A investigação sobre as condições de vida e saúde de famílias em situação de vulnerabilidade social evidenciou a prevalência de condições crônicas, principalmente o transtorno mental. O aumento da vulnerabilidade das famílias ao adoecimento mental, no contexto estudado, pode estar relacionado ao fato de não possuir nenhuma renda, nem mesmo algum benefício social para atender as suas necessidades básicas, uma vez que a pobreza é um determinante econômico e social para a saúde mental dos indivíduos (ALVES; RODRIGUES, 2010). Segundo esses autores, no desenvolvimento de um transtorno mental pode ser explicado por duas teorias. A causalidade social associa o baixo nível socioeconômico a piores condições ambientais, recursos escassos, eventos de vida estressantes, ou seja, a pobreza material. E ainda é possível que a ocorrência de um transtorno mental esteja condicionada a baixa escolaridade, desemprego e conflitos familiares, ou seja, há uma seleção social, na qual os problemas de saúde mental são mais frequentes em populações com baixo nível socioeconômico. Contudo, na gênese dos transtornos mentais as duas teorias não são excludentes. A causalidade social pode compreender questões de ansiedade e depressão, enquanto a seleção social pode ser mais válida nas psicoses e situação de abuso de substâncias. Por fim, a pobreza pode estar relacionada a prestação de cuidados à saúde mental ou a falta deles, tendo em vista algumas barreiras de acesso que essa população sofre, não só nos cuidados de saúde mental especializados, mas também nos cuidados básicos.

O fato das famílias em situação de vulnerabilidade social não possuírem nenhuma renda e nem mesmo algum benefício social, pode estar associado às exigências para adesão e manutenção das famílias em Programas de transferências de renda com condicionalidade, a exemplo do Programa Bolsa Família, criado em 2004, com objetivo do combate à pobreza e à desigualdade no Brasil, para atender às famílias que vivem em situação de pobreza e de extrema pobreza. No entanto, para manter esse benefício social e estar recebendo mensalmente, é preciso cumprir com algumas condicionalidades, como a comprovação da frequência escolar das crianças e dos adolescentes de 6 a 17 anos, informações das crianças de 0 a 6 anos que deverão ter o calendário vacinal, o peso e a altura acompanhados, além de dados das mulheres em idade fértil para identificação das gestantes e acompanhamento do pré-natal. Além disso, é necessário manter as informações atualizadas a cada dois anos, mesmo que não ocorram alterações (BRASIL, 2004). Porém, muitas vezes, sustentar essas condições pode ser

um desafio para famílias que estão em situação de vulnerabilidade social e tem acesso precário à saúde, educação e informação.

Cabe ressaltar que o contexto de trabalho também se relaciona com os aspectos da escolaridade. Na presente pesquisa, a maioria dos membros responsáveis pela família não concluíram o ensino fundamental, além da maior parte das famílias possuírem, pelo menos, um membro que não concluiu a educação básica. De acordo com Souza (2012), a principal dimensão do capital humano é a escolaridade e seu impacto na saúde está relacionado a prever melhores condições socioeconômicas, por exemplo, acesso a serviços, renda e emprego. Além do mais, o baixo nível educacional está associado a comportamentos não saudáveis, já que uma boa escolaridade favorece a compreensão de formas de prevenção, recuperação e cuidados das condições de doença e saúde.

De acordo com estudo realizado sobre os determinantes sociais da saúde que influenciam o processo de viver saudável em uma comunidade vulnerável (DALCIN *et al.*, 2016), as fragilidades do viver saudável são impactadas pelas insuficiências das necessidades básicas, como alimentação, trabalho, segurança, moradia, condições financeiras e de estudo, além das relações interpessoais. Em relação a esse último aspecto, pode-se fazer referência aos aspectos intrafamiliares destacados na presente pesquisa, da qual tiveram números expressivos à situação de violência doméstica, trabalho infantil e gravidez na adolescência. Relações frágeis entre familiares e a comunidade impactam negativamente no viver saudável, que refletem na pouca participação popular, depressão, altos índices de gravidez na adolescência, tráfico de drogas e prostituição (DALCIN *et al.*, 2016).

Dessa forma, a situação de vulnerabilidade está relacionada à exposição a agravos à saúde, tanto em uma perspectiva individual, quanto coletiva, enfraquecendo as formas de enfrentamento às adversidades. Portanto, para compreensão do processo saúde-doença, entende-se que o risco diz respeito às probabilidades e chances de adoecimento segundo fatores de exposição, enquanto a vulnerabilidade indica a iniquidade social. Assim, a vulnerabilidade é antecessora dos riscos, pois ela determina as diversas formas de exposição do adoecimento (AYRES *et al.*, 2006 *apud* BERTOLOZZI *et al.*, 2009).

5 IMPLICAÇÕES

O conhecimento das características dos grupos em vulnerabilidade social e de populações específicas poderá contribuir para uma reflexão acerca

das iniquidades sociais e condições socioeconômicas, além de subsidiar a formulação de políticas públicas, a atuação dos profissionais com um olhar ampliado e contextualizado acerca dos determinantes sociais da saúde, que possibilite a oferta de práticas mais efetivas à promoção da saúde e melhoria da condição de vida e saúde, tais como estratégias de segurança alimentar, incentivos a educação, geração de emprego e renda.

O Sistema Único de Saúde, no contexto das políticas públicas, é um dos principais mecanismos para a efetivação dessas práticas, por constituírem espaços de promoção de direitos e superação das desigualdades sociais, que promovem a cidadania e a participação dos sujeitos, bem como a construção da emancipação do indivíduo, em prol do seu bem-estar e autonomia, comprometendo-se com o coletivo.

A vulnerabilidade reflete em problemas de saúde e uma das suas expressões é por meio das iniquidades em saúde. Para que as condições de saúde sejam melhoradas é preciso uma intensificação no âmbito das políticas sociais e de saúde pública, de acordo com a realidade da população, possibilitando o alcance desse direito a todos. Assim, é preciso desenvolver políticas públicas pautadas nas realidades sociais, na qual os determinantes sociais da saúde (DSS) são conhecimentos fundamentais.

REFERÊNCIAS

ALVES, A. A.; RODRIGUES, N. F. R. Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, vol. 28, nº 2, p. 127-131, dez., 2010. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpsp/v28n2/v28n2a03.pdf>. Acesso em Outubro de 2020.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2016.

BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, A.F., CORBO, A. D. (Orgs.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, p. 51-86, 2007.

BERTOLOZZ, M. R. *et. al.* Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Rev Esc. Enferm. USP**. 43(Esp 2), p. 1326-30, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a31v43s2.pdf>. Acesso em Maio de 2020.

BRASIL. **Lei Nº 10.836, de 09 de Janeiro de 2004**. Cria o Programa Bolsa Família, altera a Lei nº 10.689, de 13 de junho de 2003, e dá outras providências. Brasília (DF),

2004. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l10.836.htm. Acesso em Setembro de 2020.

BUSS, P. M.; FILHO, A. P. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1), p. 77-93, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>. Acesso em Maio de 2020.

CARMO, M. E. do; GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cad. Saúde Pública**, 34(3):e00101417, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n3/1678-4464-csp-34-03-e00101417.pdf>. Acesso em Maio de 2020.

CARVALHO, A. I. de; BUSS, P. M. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Cebes, p. 141-166, 2012.

DALCIN, C. B. *et al.* Determinantes sociais de saúde que influenciam o processo de viver saudável em uma comunidade vulnerável. **Rev. enferm. UFPE on line.**, Recife, 10(6):1963-70, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11207/12778>. Acesso em: Setembro de 2020.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. **Revista Latinoamericana de Salud**, Trad NUNES, E. D. México, p. 7-25, 1982. Disponível em: https://unarus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/6126/mod_resource/content/1/Conteudo_on-line_2403/un01/pdf/Artigo_A_SAUDE-DOENCA.pdf. Acesso em: Maio de 2020.

SOUZA, D. E. de. Escolaridade como determinante da saúde autorreferida numa amostra da população de Salvador – Bahia – Brasil. In.: SOUZA, D. E. de. **Determinação Social da Saúde: Associação entre sexo, escolaridade e saúde autorreferida**. Tese (Doutorado). Universidade Federal da Bahia. p. 76-97, 2012. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10927/1/Tese%20Dami%C3%A3o%20Ernane%20Souza.%202012.pdf>. Acesso em: Agosto de 2020.

9

**ANÁLISE DO CONSUMO DE
BENZODIAZEPÍNICOS EM UMA
CIDADE DO INTERIOR DA PARAÍBA**

José Ewayr Mariano de Araújo¹
Lucenildo Laerty da Silva Sales¹
Carla Campos Muniz Medeiros¹
Danielle Franklin de Carvalho¹
Mônica Oliveira da Silva Simões¹

¹ Universidade Estadual da Paraíba.

1 INTRODUÇÃO

Benzodiazepínicos são medicamentos que possuem efeitos sedativos, ansiolíticos, hipnóticos, anticonvulsivantes e de relaxamento muscular, constituindo os psicotrópicos com os mais elevados níveis de uso em escala mundial. Entretanto, mesmo sendo eficientes no tratamento de problemas como insônia e ansiedade, podem acabar acarretando diversos efeitos adversos (OLIVEIRA *et al.*, 2020). Estudos indicam que essa classe farmacológica representa cerca de 50% dos psicotrópicos prescritos em território brasileiro e que este consumo aumenta duas vezes a cada ano (SILVA; FERNANDES; JÚNIOR, 2018). Além disso, sua utilização também é exacerbada em diversos outros países latinoamericanos como Venezuela, Argentina, Uruguai e Chile (FEGADOLLI; VARELA; CARLINI, 2019).

Grande parte desse alto consumo global está associado à prática cada vez mais frequente da medicalização, processo que acaba considerando circunstâncias rotineiras passíveis de tratamento, incluindo o sofrimento e outras questões de saúde mental, visto que muitas delas se encontram no limite do que pode ser considerado normal, a exemplo de quadros leves de ansiedade e depressão. Esta problemática acaba tornando rotineiro realizar tratamentos exclusivamente farmacológicos, deixando de lado muitas alternativas viáveis e melhores para o paciente em longo prazo, tudo isso em conjunto com prescrições de profissionais que não estão suficientemente preparados para lidar com esse panorama, acabam por acarretar uma utilização irracional desse grupo de medicamentos (MOSFIK; BRZOZOWSKI; CICHOTA, 2020).

No Brasil, a Portaria 344, de 12 de maio de 1998, é responsável por aprovar o regulamento técnico e todos os procedimentos que envolvem esses medicamentos (BRASIL, 1998). Mas, mesmo com todas as orientações e normas estipuladas pela legislação, o uso inadequado dos benzodiazepínicos ainda é considerado um problema de saúde pública e as repercussões provenientes de sua utilização, tanto nas doses usuais, quanto por longos períodos de tempo, como dependência, sedação exagerada, dificuldades cognitivas, tolerância e modificações motoras, são demasiadamente preocupantes (FEGADOLLI; VARELA; CARLINI, 2019).

Além disso, a síndrome de abstinência pode acometer cerca de metade dos usuários de benzodiazepínicos que passaram por um tratamento de pelo menos doze meses. Manifestações como sudorese, tremores, letargia, palpitações, insônia, náuseas, aborrecimento, problemas para se concentrar e agitação podem aparecer entre dois a três dias depois do fim da utilização

dos fármacos de meia-vida curta e entre cinco a dez dias dos de meia-vida longa (FIORELLI; ASSINI, 2017).

Por serem uma classe medicamentosa largamente utilizada no mundo inteiro, todos esses problemas envolvendo os benzodiazepínicos são comuns e não recebem a devida atenção por parte dos gestores, profissionais da saúde e usuários. É necessário informá-los e conscientizá-los, principalmente os próprios pacientes em tratamento com benzodiazepínicos, que, na grande maioria das vezes, não conhecem os males causados pela utilização em longo prazo e muitas vezes desnecessária desses medicamentos.

1.1 Objetivo

Analisar o consumo de benzodiazepínicos numa cidade do interior da Paraíba.

2 METODOLOGIA

Estudo retrospectivo e com abordagem quantitativa, baseado na análise de dados provenientes do Hórus (Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica) sobre o consumo de medicamentos do grupo dos benzodiazepínicos, numa cidade do interior da Paraíba, durante o período compreendido entre janeiro e dezembro de 2020.

O objeto de estudo foi composto por pacientes moradores da cidade e que utilizaram a Farmácia Básica Municipal como forma de ter acesso aos medicamentos benzodiazepínicos: Alprazolam 1mg, Bromazepam 3mg, Bromazepam 6mg, Clonazepam 0,5mg, Clonazepam 2mg, Clonazepam 2,5mg/ml, Diazepam 5mg e Diazepam 10mg, que são disponibilizados gratuitamente e dispensados mediante a apresentação da notificação de receita B, cartão do SUS e documento de identificação. A pesquisa das informações no Sistema Hórus aconteceu no mês de maio de 2021, teve duração de oito dias e foi realizada através da aba “Relatórios” e “Entradas e Saídas”, em que tornou-se possível saber quais os medicamentos mais dispensados.

As variáveis relacionadas ao perfil farmacoterapêutico (quantos e quais são os medicamentos utilizados) foram analisadas através do software SPSS versão 22.0. Foi feita a distribuição da variável “medicamentos” por frequência de consumo e a classificação dos doze meses do ano em dois grupos: primeiro e segundo semestres. Em seguida, foi calculada a média (percentil 50) de dispensação de medicamentos entre os meses do ano e, a partir deste valor, foi possível realizar teste estatístico para verificar se houve aumento

ou redução (significativa ou não) entre as quantidades de medicamentos dispensadas nos dois grupos: quantidades dispensadas no primeiro semestre de 2020 e quantidades dispensadas no segundo semestre de 2020.

Depois, foi realizado o teste *Qui-quadrado* para comparar a variação na frequência de dispensação dos medicamentos entre os dois semestres do ano. A utilização dos dados do Sistema Hórus foi permitida pela Secretaria Municipal de Saúde da cidade.

3 RESULTADOS

A Tabela 1 mostra a quantidade de medicamentos (comprimidos e frascos) dispensados mensalmente, durante os meses de Janeiro a Dezembro de 2020, na Farmácia Básica Municipal.

Tabela 1 – Frequência de dispensação de medicamentos benzodiazepínicos, 2020.

Medicamentos	Alprazolam 1mg n(%)	Bromaze- pam 3mg n(%)	Bromaze- pam 6mg n(%)	Clonaze- pam 0,5mg n(%)	Clonaze- pam 2mg n(%)	Clonazepam 2,5mg/ml n(%)	Diazepam 5mg n(%)	Diazepam 10mg n(%)
Meses								
Janeiro	0	570	420	1320	0	23	180	1200
Fevereiro	0	210	390	780	0	10	270	480
Março	930	0	420	1560	3480	18	180	1830
Abril	900	0	420	1260	3900	24	180	960
Maiο	780	0	180	1440	2800	10	90	1350
Junho	960	0	180	1500	620	0	150	750
Julho	1140	0	60	1860	4740	0	330	1230
Agosto	690	0	690	750	1500	0	210	660
Setembro	600	450	250	1110	2820	34	300	690
Outubro	690	540	0	2370	2730	24	240	720
Novembro	780	300	30	660	2330	14	180	820
Dezembro	690	330	760	570	3250	20	180	940

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Dos oito medicamentos disponibilizados pela atenção primária, os mais dispensados durante 2020 foram, respectivamente, clonazepam 2mg (28.170 comprimidos), clonazepam 0,5mg (15.180 comprimidos), diazepam 10mg (11.630 comprimidos), alprazolam 1mg (8.160 comprimidos), bromazepam 6mg (3.800 comprimidos), diazepam 5mg (2.490 comprimidos), bromazepam 3mg (2.400 comprimidos) e clonazepam 2,5mg/ml (177 frascos).

Por sua vez, a Tabela 2 divide o ano de 2020 em seus dois semestres (de Janeiro a Junho e de Julho a Dezembro) e, utilizando o cálculo do percentil 50, compara os níveis de dispensação nestes períodos.

Tabela 2 – Comparativo de dispensação de medicamentos benzodiazepínicos entre o primeiro e o segundo semestre de 2020.

Medicamento	Primeiro Semestre (n)	Segundo Semestre (n)	P
Alprazolam 1mg			
< 1290 comprimidos	6	6	-
≥ 1290 comprimidos	0	0	
Bromazepam 3mg			
< 105 comprimidos	4	2	0,587
≥ 105 comprimidos	2	4	
Bromazepam mg			
< 320 comprimidos	4	2	0,587
≥ 320 comprimidos	2	4	
Clonazepam 0,5mg			
< 1320 comprimidos	2	4	0,587
≥ 1320 comprimidos	4	2	
Clonazepam 2mg			
< 2765 comprimidos	3	3	1,000
≥ 2765 comprimidos	3	3	
Clonazepam 2,5mg/ml			
< 16 frascos	3	3	1,000
≥ 16 frascos	3	3	
Diazepam 5mg			
< 180 comprimidos	2	0	0,455
≥ 180 comprimidos	4	6	
Diazepam 10mg			
< 880 comprimidos	2	4	0,587
≥ 880 comprimidos	4	2	

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Por meio do teste *Qui-quadrado* foi possível observar quais foram os meses em que a busca por benzodiazepínicos se intensificou, correspondentes aqueles em que o número de comprimidos ou frascos dispensados foi maior que a média calculada.

O alprazolam 1mg não apresentou modificação alguma entre os dois semestres do ano, possuindo uma mesma média de dispensação, e, por causa disso, não houve mudança significativa na dispensação. Já o bromazepam 3mg apresentou um aumento da sua dispensação em 4 meses do segundo semestre, o mesmo aconteceu com o bromazepam 6mg.

O clonazepam, em suas apresentações de 0,5mg e 2mg, representaram os medicamentos com a maior movimentação durante o ano de 2020, porém a versão de 0,5mg foi menos dispensado no segundo semestre, enquanto o de 2mg exibiu as mesmas proporções nos dois semestres, coisa que também ocorreu ao clonazepam 2,5mg/ml, na forma farmacêutica de solução oral, também permanecendo com uma dispensação estável durante todo o ano de 2020, inclusive sendo o benzodiazepínico menos utilizado pela população em geral.

O diazepam 5mg, um dos menos prescritos e utilizados, mostrou o maior aumento no segundo semestre em comparação a todos os outros medicamentos, apresentando níveis de dispensação maiores do que a média em todos os 6 meses correspondentes a esse período do ano.

Já o medicamento supracitado, em sua apresentação de 10mg, foi o terceiro mais dispensado em 2020, mas apresentou uma proporção semelhante ao que aconteceu com o clonazepam 2mg, mostrando uma queda na quantidade dispensada nos últimos 6 meses do ano. Todavia, mesmo havendo um aumento dos níveis de dispensação no segundo semestre, este não se mostrou significativo quando comparado ao anterior.

4 DISCUSSÃO

Durante os meses de abril, maio e junho de 2020, todos os medicamentos benzodiazepínicos foram dispensados para o período de dois meses, em razão da publicação excepcional da RDC Nº 357, em 24 de março 2020, que deu permissão temporária de dispensar medicamentos sujeitos a controle especial, suficientes para até seis meses de tratamento, em decorrência da pandemia do novo coronavírus.

Mas, por questões logísticas, só foi possível disponibilizar o necessário para 60 dias e durante os três meses citados, fato este que impactou bastante nas quantidades de medicamentos relatadas no primeiro semestre de 2020. Mesmo assim, a pandemia de COVID-19 acabou elevando o número de usuários de benzodiazepínicos por problemas acarretados pelas medidas de isolamento social, do sentimento de medo e da ansiedade trazidas por este

novo contexto, como nos descrevem os achados de Terto e colaboradores (TERTO *et al.*, 2021).

Apesar dos níveis de dispensação de alguns medicamentos terem diminuído ou se estabilizado nos últimos seis meses do ano, eles ainda permaneceram altos, principalmente quando atentamos ao tamanho da população, que, de acordo com o IBGE, é composta por aproximadamente 14.759 pessoas, e, além do serviço público, também têm acesso a esses medicamentos por drogarias privadas (IBGE, 2021).

Medicamentos, como o clonazepam, diazepam, alprazolam e bromazepam, que apresentaram números expressivos de comprimidos dispensados, chamam a atenção para o tamanho desta problemática, principalmente relacionado aos usuários de longa data, que muitas vezes não têm acesso a um acompanhamento com psiquiatra e que sofrem com dependência, efeitos adversos e abstinência ao cessar a utilização.

A abstinência se mostra um fator de grande dificuldade para o paciente ao tentar finalizar o tratamento em um tempo seguro, já que este é um efeito comum em usuários de benzodiazepínicos, como exposto por Mosfiak, Brzozowski e Cichota (2020), em uma pesquisa em que 66,13% dos participantes relataram apresentar abstinência ao não tomar a medicação, mesmo que por um único dia (MOSFIAK; BRZOZOWSKI; CICHOTA, 2020).

Um elemento responsável pelo elevado nível de utilização dessa classe farmacológica é, sem dúvidas, a prescrição. Fase importantíssima e que carece de uma maior atenção por parte de alguns profissionais, que acabam por medicalizar desnecessariamente o paciente, ao tentar identificar a gravidade de problemas como ansiedade e insônia, ignorando alternativas diferentes de tratamento, como medidas não farmacológicas ou até mesmo a escolha de outras classes medicamentosas que não interfiram tanto na vida do usuário em longo prazo, por possuírem princípios ativos mais leves e, até mesmo, de origem natural, como os fitoterápicos.

Tanto, que estudos como o de Pessolato e colaboradores (2021) destacam os efeitos benéficos deste grupo de fármacos, como, por exemplo, a planta Valeriana, indicada como sedativo, e o Maracujá, que além dos efeitos sedativos, apresenta também propriedades ansiolíticas e anticonvulsivantes parecidas com os benzodiazepínicos (PESSOLATO *et al.*, 2021).

Fiorelli e Assini (2017), em uma revisão de literatura, observaram a prescrição de benzodiazepínicos entre os anos de 2004 e 2014 no Brasil e, dentre diversos relatos, um deles mostrou que os pacientes em tratamento por período de 2 a 8 anos, demonstraram sentir falta de orientações médicas

suficientes, chegando a utilizar os medicamentos com outros fins além de suas indicações propriamente ditas (FIORELLI; ASSINI, 2017).

Fegadolli, Varela e Carlini (2019) nos trazem outro lado desta realidade, o dos profissionais prescritores atuantes na atenção básica. Estes relatam não iniciar tratamentos com benzodiazepínicos frequentemente, mas apenas dar continuidade a um previamente implementado, tendo o papel de renovar as notificações de receitas para que o usuário continue tendo acesso ao medicamento. Além disso, há o problema da falta de medicamentos no setor público, que possivelmente serviriam como outra alternativa aos benzodiazepínicos, assim como a necessidade de sanar as queixas dos pacientes rapidamente e a prevalência de diagnósticos indevidos, elementos que acabam por agravar ainda mais uma situação que já se mostra complicada (FEGADOLLI; VARELA; CARLINI, 2019).

5 CONCLUSÃO

O uso racional de medicamentos compreende um assunto demasiadamente discutido, mas que não deixa de ser importante, visto que elementos como automedicação e uso indiscriminado são extremamente comuns e podem causar diversos males aos usuários, como aparecimento de reações adversas, intoxicação e dependência.

Benzodiazepínicos representam uma classe farmacológica que necessita de cuidado especial, já que podem acarretar o aparecimento de todos esses malefícios e devem ser empregados apenas naqueles pacientes que realmente necessitem de sua indicação, evitando ao máximo o uso desnecessário, que representa um grave problema de saúde pública. A terapêutica em longo prazo pode acarretar distúrbios neurológicos graves e trazer sequelas ao paciente por toda a vida. É necessária a avaliação individual e a implementação de estratégias terapêuticas não farmacológicas que reduzam o consumo de medicamentos dessa categoria.

Também é necessário acompanhar adequadamente o paciente com problemas de saúde mental em todo o seu espectro, desde os sinais mais leves até os mais complexos. Um atendimento cauteloso é fundamental para evitar que ocorra a medicalização, pois analisar a gravidade do que é relatado pelo indivíduo é imprescindível na hora de prover um tratamento que seja realmente eficaz em longo prazo e que não vai surtir um efeito meramente momentâneo, mas deixar outras complicações a serem resolvidas posteriormente.

Entretanto, não há como negar que existem problemas advindos dos próprios pacientes. Muito deles, por não possuírem conhecimento sobre medicamentos e todos os males causados pelo uso indiscriminado em longo prazo, não se esforçam o suficiente para diminuir a utilização de benzodiazepínicos e finalizar o tratamento quando se faz necessário, chegando, até mesmo, a pressionar o profissional a continuar prescrevendo tais medicamentos.

Tendo em vista a quantidade reduzida de participantes deste estudo, que são provenientes de um município com poucos habitantes, quando comparada com grandes cidades, pode haver complicações no momento de comparar os resultados obtidos com ambientes urbanos maiores, entretanto, é interessante perceber a prevalência de problemas de saúde mental e o consequente uso de medicamentos em uma cidade do interior, onde a vida é considerada mais tranquila, e refletir que essa realidade é ainda mais corriqueira nos locais com maiores densidades populacionais.

Daí a relevância de estudos como este, que abordem a utilização de medicamentos e apontem os desafios da assistência farmacêutica na saúde pública, levantando informações valiosas que podem conscientizar gestores, profissionais e usuários sobre a utilização correta e responsável dos benzodiazepínicos, alertando para o perigo das reações adversas e intoxicações, bem como ajudando na elaboração de políticas que melhorem a assistência à saúde de modo geral e, conseqüentemente, a qualidade de vida da população.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde/SNVS. Portaria nº344 de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 31 de dez. de 1998.

FEGADOLLI, C. VARELA, N. M. D. CARLINI, E. L. de A. Uso e abuso de benzodiazepínicos na atenção primária à saúde: práticas profissionais no Brasil e em Cuba. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 35, n. 6, 2019.

FIORELLI, K. ASSINI, F. L. A prescrição de benzodiazepínicos no Brasil: uma análise da literatura. **Abcs Health Sciences**, [S.L.], v. 42, n. 1, 26 abr. 2017.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pb/tavares.html>. Acesso em: 03 de junho de 2021.

MOSFIAK, M. A. BRZOZOWSKI, F. S. CICHOTA, L. C. Análise do consumo de benzodiazepínicos em um município do norte do rio grande do sul, brasil. **Rev. Saúde Col. Uefs**, Feira de Santana, v. 10, p. 49-57, 2020.

OLIVEIRA, A. L. M. L. *et al.* Aumento da utilização de benzodiazepínicos entre idosos mais velhos: projeto bambuí. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S.L.], v. 23, 2020.

PESSOLATO, J. P. *et al.* Avaliação do consumo de Valeriana e Passiflora durante pandemia COVID-19/ Assessment of Valerian and Passiflora consumption during a pandemic COVID-19. **Brazilian Journal Of Health Review**, [S.L.], v. 4, n. 2, p. 5589-5609, 2021.

SILVA, E. G. FERNANDES, D. R. TERRA JÚNIOR, A. T. Uma abordagem ao uso indiscriminado de medicamentos benzodiazepínicos. **Revista Científica Faema**, Ariquemes, v. 9, p. 610-614, maio/jun. 2018.

TERTO, K. Y. S. *et al.* Riscos relacionados ao uso crescente e indiscriminado de benzodiazepínicos para fins sedativos: uma revisão de literatura. **Archives Of Health**, Curitiba, v. 2, n. 4, p. 2325-2328, jul. 2021

10

ELABORAÇÃO DE UM GUIA FARMACOTERAPÊUTICO DE MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS PEDIÁTRICOS

Joycyelly Gomes Abdala Brandão¹

¹ Universidade Estadual da Paraíba.

1 INTRODUÇÃO

O câncer desenvolve-se através da divisão rápida, incontrolável e agressiva de células, que invadem tecidos e órgãos muito rapidamente, formando uma massa de células malignas denominada de tumor ou neoplasia maligna (INCA, 2017). Em razão dessas características, o câncer é considerado uma das doenças mais agressivas que existem, acometendo não somente adultos, mas também crianças e adolescentes. Na faixa etária de 1 a 19 anos, o câncer representa a primeira causa de morte por doenças, correspondendo a 8% dos óbitos, não apenas no Brasil, bem como em países desenvolvidos (INCA, 2021). Nos Estados Unidos, por exemplo, o câncer infanto-juvenil é a segunda causa de mortalidade na faixa etária de 0 a 14 anos, ficando atrás apenas das mortes por causas externas, quando se fala em países em desenvolvimento, em que as crianças correspondem a cerca de 50% da população, a taxa de mortalidade chega a 1%, pois a maior causa de mortes em países assim, nessa faixa etária, ainda são as doenças infecciosas (SILVA *et al.*, 2018).

Existem muitos tipos de cânceres que acometem essa parcela da população, no entanto os mais comumente encontrados são: as leucemias; os do sistema nervoso central; os do sistema linfático; neuroblastomas; retinoblastomas dentre outros. O tratamento convencional para o câncer infanto-juvenil inclui: cirurgia, radioterapia e quimioterapia, em que diferentemente do que ocorre em adultos, a quimioterapia é aquela que demonstra uma melhor resposta terapêutica, visto que a maioria das doenças malignas infantis é bastante sensível a ela (SIEBEL *et al.*, 2012). A quimioterapia pode ser feita isoladamente ou em conjunto com outros agentes citotóxicos, em que chamamos de poliquimioterapia, entretanto esse tratamento não apresenta especificidade considerável, atingindo, assim, tanto células neoplásicas, quanto saudáveis, causando os chamados efeitos adversos (BONASSA, 2005).

Nesse contexto, é de suma importância a presença do profissional farmacêutico com foco em criar um acompanhamento farmacoterapêutico que vise o bem-estar geral do paciente. Diante de uma terapia medicamentosa, o profissional farmacêutico usa de suas atribuições para selecionar os medicamentos essenciais, afim de que haja um uso racional dos mesmos e o sucesso do tratamento seja garantido (WILKEN, 2010). Esta seleção ou padronização é materializada num guia farmacoterapêutico e nele devem constar informações relevantes para o uso adequado dos medicamentos, a saber: nome do medicamento; denominação genérica; composição;

forma farmacêutica; indicação; efeitos adversos, além de seguir modelos de referência, como a da Organização Mundial da Saúde (OMS) e a RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais) (WANNMACHER, 1998).

Esse uso adequado, racional e seguro de medicamentos é resultado, também, da contribuição das farmácias hospitalares no processo de cuidado à saúde do paciente por meio da prestação de assistência de qualidade. A farmácia hospitalar é um departamento com autonomia técnica e científica, dirigida por um farmacêutico hospitalar, responsável por orientar pacientes, tanto ambulatoriais, quanto internos, com foco na eficácia da terapia proposta, pesquisa, ensino e racionalização de custos (CRF-SP, 2010), objetivando, assim, o uso correto dos medicamentos prescritos pelos médicos, efetivando a qualidade da assistência prestada.

Essa assistência está amparada nos conceitos e objetivos da assistência e atenção farmacêutica. A atenção farmacêutica surgiu em 1990, como uma filosofia proposta por Linda Stand, que trouxe uma reformulação da prática profissional, prática essa que permitiu a interação do farmacêutico com o paciente, buscando atender suas necessidades farmacoterápicas (HEPLER; STRAND, 1990). Segundo a OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde), a atenção farmacêutica é uma prática, dentro do contexto da assistência farmacêutica, que envolve ações, valores éticos, comportamentos, compromissos e co-responsabilidades na promoção e prevenção das doenças e recuperação da saúde. A OMS ampliou o benefício da atenção farmacêutica para toda comunidade e ainda reconheceu o farmacêutico como um dispensador de atenção à saúde, que pode e deve participar ativamente na prevenção e promoção da saúde, junto aos demais membros da equipe de saúde (OMS, 1993).

No Brasil, a assistência farmacêutica passou a ser tratada como política pública no ano de 1971, com a criação da Central de Medicamentos (CEME), momento em que sua principal ação era oferecer medicamentos à população sem condições econômicas para adquiri-los (BRASIL, 2004). Nesse mesmo sentido, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 3.916/1998, instituiu a Política Nacional de Medicamentos, estabelecendo que a gestão da farmácia hospitalar é de responsabilidade do farmacêutico e deve estar focada em oferecer assistência farmacêutica (SBRAFH, 2007). Em 2004, foi criada a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), como parte integrante da Política Nacional de Saúde. A PNAF entende a assistência farmacêutica como uma política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais, tendo como alguns dos seus eixos estratégicos, a manutenção e a qualificação dos serviços de assistência farmacêutica na

rede pública de saúde, valorização e qualificação de recursos humanos, a descentralização das ações, bem como a promoção do uso racional de medicamentos, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo (BRASIL, 2004).

Para que se efetive a assistência farmacêutica é necessária à formulação de uma política de uso racional de medicamentos, por meio da criação da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), sendo ela um importante instrumento para que a gestão em saúde seja realizada com segurança, qualidade e efetividade. Neste sentido a OMS, busca, desde 1998, promover a criação de Comissões de Farmácia e Terapêutica, (CFT) a qual deverá ter caráter consultivo e deliberativo, com objetivo de selecionar medicamentos a serem utilizados, auxiliar na formulação de diretrizes para seleção, padronização, prescrição, aquisição, distribuição e uso de medicamentos na instituição (CFF, 2011). A CFT possui caráter multiprofissional e é recomendado que seja formada por: um farmacêutico chefe da Farmácia ou farmacêutico indicado por ele; um médico representante da Clínica Médica; um médico representante da Clínica Cirúrgica; um médico representante da pediatria; um médico presidente da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH); um enfermeiro chefe de enfermagem (CAVALLINI; BISSON, 2010).

É importante a composição da Comissão, pois o envolvimento desses profissionais contribui para a garantia da prevenção dos erros de medicação, “e de forma geral, o médico é responsável pela prescrição; o farmacêutico, pela verificação da prescrição médica, manipulação e dispensação e o enfermeiro, pela administração” (CARVALHO, 2015, p. 68). As atribuições do farmacêutico na CFT incluem: elaborar política de dispensação de medicamentos e atualizar a padronização e aplicação conforme a instituição; fixar critérios para obtenção de medicamentos que não constem na padronização; validar protocolos de tratamento elaborados por diferentes serviços clínicos; aumentar a investigação sobre a utilização de medicamentos; participar ativamente de educação permanente em terapêutica dirigida à equipe de saúde; assessorar todas as atividades relacionadas à promoção do uso racional (CRF - SP, 2010).

Em razão disto, faz-se necessário o agrupamento dessas informações e isto deve ser feito através da construção de um guia farmacoterapêutico (GFT). Esse guia constitui-se em uma importante ferramenta de trabalho para o farmacêutico, fundamental na racionalização do uso de medicamentos e instrumento de apoio para consulta de informações sobre medicamentos, é um poderoso instrumento para aprimorar a qualidade, segurança e controlar o custo da farmacoterapia (REINERT, 2007). A OMS alerta os países para

a necessidade de se criar e organizar um guia terapêutico, com o objetivo de racionalizar o consumo, estabelecendo critérios para a utilização dos medicamentos e facilitando, desta forma, as opções da equipe de saúde. Neste sentido, a *Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria* recomenda que o GFT deva ser fácil de usar e seu conteúdo precisa ser completo, atualizado, rigoroso e conciso (ORDOVÁS *et al.*, 2002).

O GFT define uma lista de medicamentos e fornece informações confiáveis e atualizadas aos prescritores e aos demais profissionais de saúde, proporcionando várias vantagens à instituição, seja ela pública ou privada. O conteúdo do Guia deve ser atualizado e embasado cientificamente, tornando-o confiável e utilizável pelos profissionais da equipe de saúde. O Guia é, sem dúvida, uma fonte de informações, que se divide em: informações terapêuticas e farmacológicas, apresentando manifestações gerais das doenças, descrição do medicamento, características farmacológicas do medicamento, indicação, contraindicação, precauções, posologia, via de administração, duração do tratamento, interações, efeitos adversos. Informações farmacêuticas tais como nome genérico, grupo terapêutico, forma farmacêutica, concentração, apresentação; recomendações gerais quanto à prescrição, dispensação e cuidados com os medicamentos (BRASIL, 2006).

Dessa forma, percebe-se que o Guia deve ser de fácil manuseio, sua estrutura e formatação devem ser bem estabelecidas, de forma a atender às necessidades e especificidades de cada instituição. A função do Guia Farmacoterapêutico é disponibilizar informações seguras e atualizadas para o uso dos medicamentos selecionados e padronizados na instituição, bem como, facilitar o acesso da equipe de saúde a essas informações.

1.1 Objetivo

O presente estudo tem por objetivo selecionar e estudar os medicamentos antineoplásicos utilizados pelo setor de oncologia pediátrica de um hospital universitário, realizando sua padronização com a confecção de um guia farmacoterapêutico.

2 MÉTODOS

O estudo realizado caracteriza-se como descritivo, sendo ele realizado no setor de oncologia pediátrica do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), localizado na cidade de Campina Grande – PB, no período referente aos meses de novembro de 2016 a abril de 2017.

Foram inclusos os medicamentos antineoplásicos utilizados em pacientes de 0 a 18 anos, de ambos os sexos, admitidos para internação no setor de oncologia pediátrica, a partir do início do estudo. Foram realizadas algumas pesquisas no referido setor, oriundas de um projeto de iniciação científica feito por algumas discentes de graduação do curso de farmácia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), a partir dessas pesquisas, fez-se um levantamento de dados sobre tais medicamentos, utilizados no setor supracitado. Tal levantamento consistiu em analisar a miúde, as prescrições dos pacientes acompanhados na oncopediatria do HUAC, listando assim todos os antineoplásicos utilizados para o tratamento dos mesmos, dessa forma foi elaborado a lista de padronização dos mesmos com o auxílio e aprovação periódica da CFT, culminando na elaboração do Guia Farmacoterapêutico de Medicamentos Antineoplásicos (GFTMA).

Este foi produzido através de uma ampla revisão bibliográfica em fontes terciárias, como livros pertencentes a bibliotecas ou não; fontes secundárias, como indexação de resumos de literaturas científicas; fontes primárias, como artigos em periódicos e revistas biomédicas e, ainda, fontes alternativas através de consultas a meios eletrônicos. Foram analisados artigos disponibilizados em bases de dados fidedignas, como Scielo, Pubmed, BVS, para embasar cientificamente dados já descritos em todo o artigo. Em específico para a elaboração do Guia foram utilizadas importantes informações do livro Lexi-Comp Manole (LACY *et al.*, 2009), uma fonte abrangente para médicos e profissionais da saúde, e o Dicionário Terapêutico Guanabara (KOROLKOVAS *et al.*, 2015).

3 RESULTADOS

O formato utilizado para discriminação dos medicamentos e elaboração do Guia segue a seguinte ordem: nome comercial; apresentação; indicação; contraindicação; mecanismo de ação; dose usual para crianças; ajuste de dose; interações; reações adversas e observações relevantes. Os medicamentos que foram incluídos no Guia Farmacoterapêutico, foram estudados e descritos como supracitado, segue como foi definido essa descrição na Tabela 1.

Tabela 1 - Guia Farmacoterapêutico.

ASPARAGINASE	
NOME COMERCIAL/ APRESENTAÇÃO	Elspar ®/ frasco-amp. de 10 ml com pó liófilo injetável.
INDICAÇÃO	Tratamento da leucemia linfocítica aguda, linfoma.
CONTRAINDICAÇÃO	Hipersensibilidade à asparaginase ou a qualquer componente da formulação; história de anafilaxia causada pela asparaginase; pancreatite ou histórico de pancreatite ativa. Gravidez e Lactação.
MECANISMO DE AÇÃO	Atua inibindo a síntese protéica, hidrolisando a asparagina em ácido aspártico e amônia. As células leucêmicas necessitam de asparagina exógena, especialmente os linfoblastos, visto que, diferentemente das células normais, as leucêmicas não sintetizam asparagina.
DOSE USUAL: CRIANÇAS	Intravenoso (I.V): infusão para indução: 1.000 unidades/kg/dia por 10 dias Consolidação: 6.000 – 10.000 unidades/m ² /dia por 14 dias Intramuscular (I.M): 6.000 unidades/m ² nos dias 4, 7, 10, 13, 16, 19, 22, 25 e 28.
INTERAÇÕES	A asparaginase pode aumentar a toxicidade da vincristina e da prednisona; bem como, reduzir o efeito do metotrexato, interrompendo sua ação.
REAÇÕES ADVERSAS	Efeitos imediatos: febre, calafrios, náusea e vômito em 50 a 60% dos pacientes. > 10%: <ul style="list-style-type: none"> • Endócrinas e metabólicas: hiperglicemia. • Gastrointestinais: cólicas abdominais, vômito, pancreatite aguda, anorexia, náusea. • Hematológicas: deficiência grave de proteína C e redução de anti-trombina III, hiperfibrinogenemia e depressão dos fatores de coagulação V e VIII, redução variável nos fatores VII e IX. • Hepáticas: aumentos de transaminases, bilirrubina e fosfatase alcalina. • Hipersensibilidade: anafilaxia, angioedema, artralgia, broncoespasmo, hipotensão arterial, reações alérgicas agudas (urticaria, rash cutâneo, febre). • Renais: azotemia. • Sistema Nervoso Central (SNC): desorientação ou convulsões, coma, agitação, alucinações, calafrios, confusão mental, depressão, fadiga, febre, sonolência. 1 a 10%: <ul style="list-style-type: none"> • Endócrinas e metabólicas: hiperuricemia • Gastrointestinais: estomatite < 1%: <ul style="list-style-type: none"> • Alucinações, aumento da amônia sérica, cefaléia, cetoacidose, esteatose hepática, hemorragia intracraniana, insuficiência renal aguda, redução da albumina, sintomas parkinsonianos, trombose cerebrovascular, leucopenia, trombocitopenia, mielossupressão.

ASPARAGINASE	
OBSERVAÇÕES	<p>O <i>Institute for Safe Medication Practices</i> (ISMP) inclui este medicamento na lista daqueles que apresentam maior risco de dano significativo ao paciente, quando utilizado incorretamente.</p> <p>No que se trata de reações alérgicas, em comparação com as vias I.M e subcutânea, a administração I.V é a que mais pode causar reação. Doses maiores que 6.000 a 12.000 unidades/m² aumentam o risco de reação.</p>
DOXORRUBICINA	
NOME COMERCIAL/ APRESENTAÇÃO	Rubex®/ frasco-amp. com 10, 50 e 100 mg Cloridrato de doxorubicina®/ frasco-amp. com 50 e 100 mg
INDICAÇÃO	Tratamento de leucemias; linfoma de Hodgkin e não Hodgkin; mieloma múltiplo; sarcoma ósseo e não ósseo; carcinoma de pescoço e cabeça; sarcoma de Ewing; tratamento do tumor de Wilms.
CONTRAINDICAÇÃO	Hipersensibilidade à doxorubicina ou a qualquer componente da formulação, gravidez, lactação, arritmias, ICC (insuficiência cardíaca compensada), supressão da medula óssea preexistente.
MECANISMO DE AÇÃO	Inibe a síntese de DNA e RNA, também age como potente quelante do ferro; o complexo ferro-doxorubicina pode ligar-se ao DNA e a membranas celulares e produzir radicais livres que, imediatamente, fazem clivagem do DNA e de membranas celulares.
DOSE USUAL: CRIANÇAS	<p>I.V.: de 35-75 mg/m², dose única, repetindo a cada 21 dias, ou, de 20-30 mg/m², 1 vez/semana, ou, 60-90 mg/m², administrados sob forma de infusão contínua, ao longo de 96 horas a cada 3-4 semanas.</p> <p>Ajuste de dose: No comprometimento hepático: *TGP/TGO 2-3 vezes o limite normal superior: administrar 75% da dose, *TGP/TGO > 3 vezes o limite normal superior ou bilirrubinas séricas de 1,2-3 mg/dL (20-51 µmol/L): administrar metade da dose, *Bilirrubinas séricas de 3,1-5 mg/dL (51-85µmol/L): administrar 25% da dose, *Bilirrubinas séricas > 5 mg/dL (85µmol/L): não administrar.</p>
INTERAÇÕES	A ciclosporina pode aumentar os níveis de doxorubicina, aumentando a toxicidade hematológica ou podendo induzir ao coma ou crises convulsivas. A ciclofosfamida aumenta a toxicidade cardíaca da doxorubicina; a mercaptopurina aumenta a toxicidade da doxorubicina. Outros medicamentos hepatotóxicos podem aumentar o risco de toxicidade.
REAÇÕES ADVERSAS	<p>> 10%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cardiovasculares: edema periférico. • Dermatológicas: alopecia, eritrodisestesia palmo-plantar ou síndrome mão-pé, rash cutâneo. • Gastrointestinais: estomatite, vômito, náuseas, constipação, anorexia, diarreia, dispepsia, obstrução intestinal. • Hematológicas: mielossupressão, neutropenia, trombocitopenia, anemia. • Neuromusculares e esqueléticas: fraqueza, dorsalgia, lombalgia. • Respiratórias: faringite, dispneias. • SNC: febre, cefaleia, dor.

DOXORRUBICINA	
REAÇÕES ADVERSAS	<p>1 a 10%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cardiovasculares: dor torácica, edema, hipotensão arterial, taquicardia, parada cardíaca, vasodilatação. • Dermatológicas: ressecamento da pele, acne, alteração da cor da pele, dermatite, equimose, furunculose, prurido, rash cutâneo maculopapular, rash cutâneo vesículo-bolhoso. • Endócrinas e metabólicas: desidratação, hiperbilirrubinemia, hiperglicemia, hipocalcemia, hipocalemia. • Gastrointestinais: ascite, caquexia, disfagia, esofagite, flatulência, glossite, sangramento retal, ulceração bucal, xerostomia. • Geniturinárias: dor pélvica, incontinência urinária, leucorréia, poliúria, sangramento vaginal, urgência miccional. • Hematológicas: aumento do tempo de protrombina, hemólise. • Hepáticas: aumento do TGP. • Locais: flebite • Neuromusculares e esqueléticas: parestesia, artralgia, fraturas patológicas, mialgia, neuralgia, neuropatia. • Oculares: conjuntivite, retinite, ressecamento dos olhos. • Renais: albuminúria, hematúria. • Respiratórias: apnéia, aumento da tosse, derrame pleural, epistaxe, pneumonia, rinite, sinusite. • SNC: agitação, ansiedade, calafrios, confusão mental, depressão, insônia, tontura, vertigem. <p>< 1%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abscesso, arritmia ventricular, asma, cardiomegalia, cegueira, colite, derrame pericárdico, diabetes melito, enxaqueca, glicosúria, hemorragia, insuficiência hepática, insuficiência renal, necrose cutânea, pancreatite, reação anafilática, síncope, sepse, síndrome cerebral aguda.
OBSERVAÇÕES	<p>O <i>Institute for Safe Medication Practices</i> (ISMP) inclui este medicamento na lista daqueles que podem apresentar maior risco de causar dano significativo ao paciente quando utilizados incorretamente. Os efeitos da doxorubicina podem ser diminuídos por: aminoglutetimida, carbamazepina, fenitoína, fenobarbital, nafcilina, nevirapina, rifamicina e outros indutores da CYP3A4.</p>

METOTREXATO	
NOME COMERCIAL/ APRESENTAÇÃO	Metotrexato®/ frasco-amp. de 2 mL c/ 50 mg Metotrexato®/ injetável: Frasco-amp. de 20 mL c/ 50 mg; Frasco-amp. de 20 mL c/ 500 mg.
INDICAÇÃO	Tratamento do carcinoma de cabeça e pescoço, linfoma não Hodgkin, leucemia linfocítica aguda, leucemia mielocítica aguda, mieloma múltiplo e tumores trofoblásticos.
CONTRAINDICAÇÃO	Hipersensibilidade ao Metotrexato, gravidez, lactação, distúrbios renais ou hepáticos graves, discrasias sanguíneas anteriores e imunodeficiência (AIDS).
MECANISMO DE AÇÃO	Inibe a síntese de DNA, ligando-se irreversivelmente à diidrofolato redutase, inibindo a formação de folatos reduzidos e à timidilato sintetase, acarretando a inibição da síntese de purinas e ácido timidílico.

METOTREXATO	
DOSE USUAL: CRIANÇAS	<p>Oral, I.M.: 7,5-30 mg/m²/semana ou a cada 2 semanas. I.V.: 10-18.000 mg/m², sob forma de bolus ou infusão contínua ao longo de 23-41 horas.</p> <p>Tumores sólidos pediátricos: < 12 anos: 12-25 g/m² ≥ 12 anos: 8 g/m²</p> <p>LLA: I.V. ataque: dose de 100 mg/m² sob a forma de bolus, seguido de infusão de 900 mg/m²/dia ao longo de 23-41 horas.</p> <p>Leucemia meníngea: Intratecal: 10-15 mg/m² OU esquema de dose baseado na idade.</p> <p>Ajuste de dose</p> <p>No comprometimento renal: Clcr 61-80 mL/min – reduzir dose para 75%; Clcr 51-60 mL/min – reduzir dose para 70% ; Clcr 10-50 mL/min – reduzir dose para 30-50% ; Clcr < 10 mL/min – evitar uso.</p> <p>No comprometimento hepático: Bilirrubinas 3,1-5 mg/dl ou TGO/TGP > 180 unidades: administrar 75% da dose usual.</p>
INTERAÇÕES	<p>Terapia concomitante com AINEs acarreta grave supressão na medula óssea, anemia aplásica, e toxicidade gastrointestinal. Penicilina, probenecida, sulfonamidas e tetraciclina podem aumentar a concentração de metotrexato. A administração concomitante de metotrexato com ciclosporina pode acarretar níveis altos e tóxicos de ambos.</p>
REAÇÕES ADVERSAS	<p>>10%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dermatológicas: hiperemia cutânea • Endócrinas e metabólicas: defeito da oogênese ou espermatogênese, hiperuricemia. • Gastrointestinais: anorexia, diarreia, gengivite, mucosite, náusea, vômito. • Hematológica: leucopenia, trombocitopenia. • Renais: insuficiência renal, nefropatia. • Respiratória: faringite • SNC: cefaleia intensa, rigidez nuchal, vômito, febre. <p>1 a 10%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cardiovascular: vasculite • Dermatológica: alopecia, despigmentação, fotossensibilidade, rash cutâneo • Endócrinas e metabólicas: diabetes • Geniturinária: cistite • Hematológica: hemorragia • Hepáticas: cirrose e fibrose portal, elevação aguda de enzimas hepáticas. • Neuromusculares e esqueléticas: artralgia • Renais: disfunção renal pelo aumento abrupto da creatinina sérica e do BUN. • Respiratórias: pneumonite associada à febre, tosse e infiltrado intersticial pulmonar. • SNC: calafrios, crises convulsivas, encefalopatia, febre, mal-estar, tontura. <p><1%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anafilaxia, disfunção cognitiva, eritema multiforme, insuficiência hepática, leucoencefalopatia, necrose de tecidos moles, pericardite.

METOTREXATO	
OBSERVAÇÕES	<p>O <i>Institute for Safe Medication Practices</i> (ISMP) inclui este medicamento na lista daqueles que podem apresentar maior risco de causar dano significativo ao paciente quando utilizados incorretamente. Não deve ser administrado com refeições. Agente perigoso, utilizar precauções adequadas para manipulação e descarte. O risco é relacionado à dose cumulativa e à exposição prolongada.</p> <p>Ocorreram erros (resultando em morte) quando o metotrexato oral foi administrado como dose diária em vez da dose semanal recomendada.</p>
VINCISTINA	
NOME COMERCIAL/APRESENTAÇÃO	<p>Oncovin®/ frasco com 1 mg Vincristina®/ frasco de 10 mL com 1mg, 1,5 mg ; frasco-amp com 1 mg.</p>
INDICAÇÃO	<p>Tratamento das leucemias linfocítica aguda e crônica; leucemia mielocítica crônica; linfomas de Hodgkin e não Hodgkin; tratamento do neuroblastoma, rabdmiossarcoma.</p>
CONTRAINDICAÇÃO	<p>Hipersensibilidade à vincristina ou a qualquer componente da formulação; gravidez; lactação; pacientes com a forma desmielinizante da síndrome de Charcot-Marie-Tooth.</p>
MECANISMO DE AÇÃO	<p>Vincristina liga-se à tubulina e inibe a formação de microtúbulos, interrompendo o desenvolvimento celular, interfere também na síntese protéica e de ácido nucléico ao bloquear a utilização de ácido glutâmico.</p>
DOSE USUAL: CRIANÇAS	<p>Crianças de até 10 kg ou com área da superfície corporal < 1 m²: Terapia inicial: 0,05 mg/kg 1 vez/semana e, em seguida, titular a dose. I.V</p> <p>Crianças acima de 10 kg ou com área da superfície corporal ≥ 1 m²: 1-2 mg/m²; podendo ser repetida 1 vez/semana por 3-6 semanas; Dose única máxima: 2 mg. I.V</p> <p>Neuroblastoma: infusão I.V contínua com doxorubicina: 1 mg/m²/dia por 72 horas.</p> <p>Ajuste da dose</p> <p>No comprometimento hepático: a bula aprovada pelo FDA (Food and Drug Administration) recomenda a seguinte diretiva:</p> <p>Bilirrubinas séricas > 3 mg/dL: administrar 50% da dose normal</p> <p>Alguns médicos adotam as seguintes diretivas:</p> <p>Bilirrubinas séricas > 3 mg/dL ou TGO de 60-180 unidades: administrar 50% da dose normal.</p> <p>Bilirrubinas séricas 3,0 – 5,0 mg/dL: administrar 25% da dose.</p> <p>Bilirrubinas séricas acima de 5,0 mg/dL ou TGO acima de 180 unidades: evitar o uso.</p> <p>Floyd, 2006:</p> <p>Bilirrubinas séricas de 1,5-3 mg/dL ou TGO/TGP de 2-3 vezes o limite superior normal ou fosfatase alcalina elevada: administrar 50% da dose.</p>

INTERAÇÕES	<p>Se administrado concomitantemente com alopurinol, colchicina ou probenecida, pode elevar as concentrações de ácido úrico. Medicamentos que causam discrasias sanguíneas podem aumentar seus efeitos leucopênicos e/ou trombocitopênicos. Doxorubicina e prednisona podem aumentar acarretar aumento na mielodepressão.</p> <p>Inibidores da CYP3A4, como por exemplo: antifúngicos azólicos, diclofenaco, eritromicina, propofol, imatinibe, isoniazida, podem aumentar os níveis e efeitos da vincristina.</p> <p>Indutores da CYP3A4, como por exemplo: carbamazepina, fenitoína, fenobarbital, nevirapina, rifampicina, podem diminuir os níveis e efeitos da vincristina.</p> <p>A vincristina deve ser administrada 12-24 horas antes da asparaginase para minimizar o efeito tóxico.</p>
OBSERVAÇÕES	<p>Somente deve ser administrada via intravenosa, fatal quando administrada via intratecal. O <i>Institute for Safe Medication Practices</i> (ISMP) inclui este medicamento na lista daqueles que podem apresentar maior risco de causar dano significativo ao paciente quando utilizados incorretamente.</p> <p>Se combinada com mitomicina C pode causar falta de ar aguda e broncoespasmo grave.</p>

Fonte: Elaborado pelos autores, 2020.

4 DISCUSSÃO

De posse da lista dos medicamentos antineoplásicos utilizados pelas crianças internadas no setor de oncologia do HUAC, parte oriunda das pesquisas feitas nos prontuários dos pacientes, parte informada pela farmacêutica da instituição, foi dado início a construção do Guia Farmacoterapêutico. O GFT apresenta-se como um instrumento importante por disponibilizar as informações básicas e fundamentais para toda a equipe multiprofissional sobre cada um dos medicamentos, bem como contribuir para uso mais criterioso e racional dos medicamentos.

O Guia Farmacoterapêutico mostra-se como uma ferramenta complementar à relação de medicamentos selecionados, sendo extremamente importante por disponibilizar as informações básicas e fundamentais sobre cada um dos medicamentos e auxiliar os prescritores na definição crítica do tratamento mais adequado para cada paciente.

Outras instituições a nível estadual também possuem guias farmacoterapêuticos, por exemplo, o Hospital Napoleão Laureano situado no município de João Pessoa, capital do Estado, possui o “Guia farmacoterapêutico para a utilização dos MPP” (FERREIRA, 2015), a saber, os MPP são grupos de fármacos que podem conferir risco aumentado a quem faz seu uso, possui ainda o “Guia farmacoterapêutico para promoção do uso racional de antineoplásicos” (CARVALHO, 2015); outro hospital, também situado na cidade de João

Pessoa, o Hospital Universitário Lauro Wanderley, possui um guia farmacoterapêutico (PEREIRA, 2017). Em nível nacional, muitas instituições possuem guias para auxílio da comunidade hospitalar, como o Hospital Universitário Getúlio Vargas, da Universidade Federal do Amazonas, possui o “Manual Farmacoterapêutico Hospitalar” com informações completas sobre uso racional de medicamentos, intoxicações e riscos associados ao uso de medicamentos (ARAÚJO *et al.*, 2021).

O GFT define uma lista de medicamentos e fornece informações confiáveis e atualizadas aos prescritores e aos demais profissionais de saúde, proporcionando várias vantagens à instituição, seja ela pública ou privada. O conteúdo do Guia deve ser atualizado e embasado cientificamente, tornando-o confiável e utilizável pelos profissionais da equipe de saúde. Deve ser conciso, completo e de fácil consulta, além disso, deve ser revisado periodicamente, para que, quando necessárias, sejam incluídas possíveis alterações na lista de medicamentos (MARIN *et al.*, 2003).

A presença do guia dentro de uma unidade hospitalar demonstra o cuidado da equipe multiprofissional com seu paciente. O conhecimento sobre como interagem os medicamentos, por exemplo, podem evitar danos severos à saúde dos usuários. Ademais, a padronização dos medicamentos, culminando com a construção do guia, diminui custos para a instituição. Em seu estudo, Pereira (2017) apresenta que a construção do guia foi responsável por incluir 20 novos medicamentos que não faziam parte da lista recente da instituição, mas que estavam presentes, por exemplo, nas fichas de conciliações medicamentosas, além de excluir 11 medicamentos que não vinham sendo prescritos há, pelo menos, 6 meses e não se apresentavam disponíveis no mercado para aquisição.

Sua formatação deve favorecer a consulta de forma prática e objetiva. É necessário conter nele todos os medicamentos identificados por grupo terapêutico, informações farmacêuticas, propriedades farmacológicas e terapêuticas. Além disso, normas e procedimentos para prescrição, dispensação e uso (BRASIL, 2006).

5 IMPLICAÇÕES

Este trabalho demonstrou a importância indispensável da seleção e padronização dos medicamentos, bem como a edição do Guia Farmacoterapêutico no ambiente hospitalar, criando, para o Hospital Universitário Alcides Carneiro, um material completo e adequado para manuseio e consulta dos farmacêuticos e do corpo clínico.

Foram incluídos 28 medicamentos antineoplásicos no Guia Farmacoterapêutico da oncologia pediátrica do HUAC, sendo extremamente imprescindível por disponibilizar as informações básicas e fundamentais para toda a equipe multiprofissional, sobre cada um dos medicamentos selecionados. Ele deve ser usado como um instrumento de consulta rápida, que orienta a prescrição e dispensação de medicamentos, contribuindo para uso mais criterioso e racional dos medicamentos, visando um tratamento melhor e mais seguro para o paciente, além de contribuir na diminuição de custos relacionados à compra de medicamentos desnecessários ou que já deixaram de ser usados pelo setor. Pode-se corroborar ainda, os casos de outras instituições que possuem guias farmacoterapêuticos, como os hospitais Napoleão Laureano e Lauro Wanderley, já citados anteriormente, que mostraram a importância da presença do guia na condução do tratamento medicamentoso dos seus pacientes, além da importância do profissional farmacêutico compondo a equipe multiprofissional na seleção, padronização e criação do guia, promovendo, assim, o uso racional de medicamentos, a manutenção da qualidade dos serviços de saúde prestados pelas instituições, bem como a economia, extinguindo, dessa forma, a aquisição de medicamentos que não são mais utilizados.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. E. de A. *et al.* **Manual farmacoterapêutico hospitalar**. Rio Branco: Stricto Senso, 2021. Disponível em: <https://sseditora.com.br/ebooks/manual-farmacoterapeutico-hospitalar/>. Acesso em: 31 de outubro de 2021.

BONASSA, E. **Enfermagem em terapêutica oncológica**. 3ª ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 338, de 06 de maio de 2004**. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Seção 1 n. 96, 20 de maio de 2004. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Assistência farmacêutica na atenção básica**: instruções técnicas para sua organização. Ed. – Brasília, 2006.

CARVALHO, R.M. C. de. **Avaliação da prescrição médica na pediatria de um hospital oncológico do estado da Paraíba: elaboração de um guia farmacoterapêutico para promoção do uso racional de antineoplásicos**. Monografia apresentada ao Departamento de Farmácia – CCS da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2015.

CAVALLINI, M. E.; BISSON, M. P. **Farmácia hospitalar: um enfoque em sistemas de saúde**. 2 ed. São Paulo: Manole, 2010.

CFF - Conselho Federal de Farmácia. Comissão de Farmácia Hospitalar. Comissão de Farmácia e Terapêutica. Pharmacia Brasileira nº 83. Outubro-Novembro, 2011.

CRF-SP - Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. **Farmácia Hospitalar**. Abril de 2010. Disponível em <http://www.crfsp.org.br/farmaceutico/cartilha/Farmacia%20Hospitalar.pdf>. Acesso em: 28 Agos. 2017.

FERREIRA, E. Dos S. **Implantação de práticas seguras para o uso de medicamentos no Hospital Napoleão Laureano: elaboração de um guia farmacoterapêutico para a utilização dos MPP**. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Farmácia – CCS da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 37. p., 2015.

HEPLER, C.D., STRAND, L. M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. **Am J. Hops. Pharm.** v.47, p. 533-543, 1990.

INCA. **Câncer infanto-juvenil 2021**. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-infantojuvenil>. Acesso em 25 Out. 2021.

INCA. **O que é o câncer?** 2015. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br>. Acesso em: 03 Mar. 2017.

KOROLKOVAS, A. *et al.* **Dicionário Terapêutico Guanabara**. 21 ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

LACY, C. F.; *et al.* **Manole: uma fonte abrangente para médicos e profissionais da saúde**. Barueri, SP: Lexi-Comp INC, 2009.

MARIN, N. *et al.* **Assistência farmacêutica para agentes municipais**. Rio de Janeiro: CCD, 2003.

OMS. FIP. El papel Del Farmacéutico en el Sistema de atención a La Salud: Atención Farmacéutica. Informe de la Reunión de la OMS Tokio, Japón, 31 de Agosto AL 3 de Septiembre 1993. **Buenas Prácticas de Farmácia: Normas de Calidad de Servicios Farmacéuticos**. Tóquio: FIP, 1993.

ORDOVÁS, J.P. *et al.* Farmacia Hospitalaria – TOMO I – Selección de medicamentos y Guía Farmacoterapéutica. **Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria**. 63-79, 2002.

PEREIRA, P. A. R. **Atualização da padronização de medicamentos e elaboração do guia farmacoterapêutico de um hospital universitário**. Monografia apresentada ao Departamento de Farmácia – CCS da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 150 p., 2017.

REINERT, F.R. **Guia Farmacoterapêutico de Medicamentos Antineoplásicos: uma ferramenta para o uso racional**. Trabalho de Conclusão de Curso – Curso de Farmácia, Universidade Regional de Blumenau, 2007.

SIEBEL, R.S, *et al.* Estudo de prescrições de antineoplásicos e antimicrobianos em uma unidade de oncologia pediátrica. **Revista HCPA**, v.32, n.3, p.303-3010, 2012. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/hcpa/article/viewFile/30268/22053>. Acesso em 04/03/2017.

SILVA, M. G. P. *et al.* Tendências da morbimortalidade por câncer infantojuvenil em um polo de fruticultura irrigada. **Cadernos Saúde Coletiva [online]**. 2018, v. 26, n. 1, pp. 38-44. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/pt4f95pFwRdMQy-FMDJ3x7p/?lang=pt&format=html#> Acesso em 31 Out. 2021.

SBRAFH - SOCIEDADE BRASILEIRA DE FARMÁCIA HOSPITALAR. **Padrões mínimos para farmácia hospitalar**. Goiana - Belo Horizonte: SBRAFH, 2007.

WANNMACHER, L. **Fundamentos da terapêutica racional**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 317-327, 1998.

WILKEN, P.R.C; BERMUDEZ, J.A.Z. **A Farmácia no Hospital: como avaliar?** Rio de Janeiro: Editora Ágora da Ilha, 2010. Disponível em: <http://farmaciabrasileira.blogspot.com.br/2010/06/farmacia-hospitalar-selecao-e.html>. Acesso em 04 Mar. 2017.

11

PERFIL SOCIOECONÔMICO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS E REDE DE SUPORTE AOS SEUS FAMILIARES

Humberto Medeiros Wanderley Filho¹
Manuela Carla de Souza Lima Daltro¹
Edvaldo de Sousa Costa Neto¹
Roberto Alexandre Franken¹

¹ Instituto Federal da Paraíba.

1 INTRODUÇÃO

Durante a infância e a adolescência os transtornos psiquiátricos são muito prevalentes, afetando aproximadamente 1 em cada 10 crianças brasileiras (ANSELMINI *et al.*, 2010). Transtornos mentais, neurológicos e de uso de substâncias representam 13% do total dos gastos relacionados às doenças humanas, ultrapassando o ônus causado por doenças cardiovasculares e pelo câncer (COLLINS *et al.*, 2011). Na saúde mental, as demandas de crianças e adolescentes são largamente negligenciadas, especialmente em países de baixa renda, mesmo que os transtornos mentais sejam bastante frequentes nesta faixa etária (KIELING *et al.*, 2011). Estudos mostram que 50% ou mais de pacientes com transtornos mentais revelam o início dos seus sintomas ainda na infância (KESSLER *et al.*, 2005).

Diversas mudanças ocorreram após o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, especialmente no que se refere ao cuidado em saúde das pessoas com transtornos mentais. Essas mudanças estão descritas nas diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental. Mângia e Nicácio (2001) relatam que as redes de serviços de saúde mental buscam a integralidade e humanização do cuidado e colocam como objetivo de suas ações o acesso à saúde e melhoria da qualidade de vida a partir do desenvolvimento de projetos terapêuticos orientados para a promoção da saúde e participação dos sujeitos e familiares na sociedade, respeitando suas crenças e valores.

Diante disso, Morgado e Lima (1994) defendem que a família precisa da ajuda de profissionais da saúde mental, pois estudos como os de Sadigursky (1997) e Daltro (2015) têm chamado a atenção para a sobrecarga que a família enfrenta quando, dentro da composição familiar, existe uma pessoa com transtorno mental, principalmente por ocasião do processo de desinstitucionalização, trazendo consigo consequências como sobrecarga emocional e conflitos familiares.

O modelo de atenção à pessoa com transtorno mental, proposto a partir da Reforma Psiquiátrica, determina o crescente processo de desinstitucionalização dos indivíduos com transtornos mentais, fazendo com que os tratamentos aconteçam no contexto das dinâmicas familiares e propondo o protagonismo da família nesse processo (CAMPOS *et al.*, 2011). Porém, de acordo com Borba, Schwartz e Kantorsi (2008), o que realmente acontece é que os serviços existentes não estão dando conta da totalidade das pessoas com transtorno mental, deixando a desejar no que se diz respeito ao apoio à família, tão especificado nas diretrizes de Saúde mental.

A preocupação sobre como e em que momento as pessoas procuram ajuda para resolver suas demandas ou problemas de saúde tem estado cada vez mais presente em estudos sobre planejamento, organização e avaliação de serviços assistenciais de saúde. A intenção é subsidiar a escolha de estratégias adequadas que garantam acesso aos usuários em momento oportuno e de forma contínua, propiciando vínculo com a equipe de profissionais de saúde e, conseqüentemente, adesão ao tratamento proposto (TRAVASSOS *et al.*, 2002).

A pesquisa da dissertação de mestrado de Daltro (2015), que buscou estudar a qualidade de vida na perspectiva dos cuidadores de crianças e adolescentes com transtornos mentais e variáveis determinantes, demonstrou que a qualidade de vida desses cuidadores é merecedora de atenção, pois crianças e adolescentes estão em desenvolvimento e a saúde deles depende da saúde do cuidador. Dessa forma, surgiu a necessidade de conhecer o perfil socioeconômico de crianças e adolescentes com transtornos mentais e se existe rede de suporte aos seus familiares.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Traçar o perfil socioeconômico de crianças e adolescentes com transtornos mentais e rede de suporte aos seus familiares.

2.2 Objetivos Específicos

- Avaliar o recebimento de benefícios assistenciais;
- Descrever a rede de suporte formal e informal;
- Verificar o suporte social e engajamento político-social.

3 MÉTODOS

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa de campo, com abordagens qualitativa e quantitativa e com objetivos exploratórios. A coleta de dados foi realizada em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi) na cidade de Patos - PB, no ano de 2018, após aprovação do Comitê de Ética em pesquisa das Faculdades Integradas de Patos. Participaram da pesquisa 31 responsáveis de crianças e adolescentes com transtornos, atendidas nesse CAPSi selecionado.

Foram incluídos no estudo os indivíduos que eram responsáveis diretos (que dispensavam mais de 50% de seu tempo) pelos cuidados prestados à criança ou adolescente com transtornos mentais que apresentavam diagnóstico clínico emitido por um médico e estavam em acompanhamento no CAPSi, em Patos. Foram excluídos do estudo os indivíduos que não eram responsáveis diretos pela criança ou adolescente e os cuidadores que não responderam por completo a entrevista.

Para a coleta de dados foi utilizado formulário semiestruturado e entrevista semiestruturada. O formulário teve por objetivo obter informações sobre o perfil demográfico e socioeconômico dos cuidadores e crianças, e foi composto por questões temáticas que envolveram: dados pessoais, incluindo idade, escolaridade, ocupação, estado civil, religião, parentesco com a criança/adolescente; estrutura familiar, incluindo número de pessoas que moravam na casa, sendo as famílias classificadas como nucleares (uma só união entre adultos), monoparental (um progenitor com seus descendentes), extensa (diversos progenitores e seus descendentes) ou reconstruída (nova união conjugal com ou sem descendentes de relações anteriores de um ou dos dois cônjuges).

O formulário ainda apresentava: dados sociodemográficos, contendo local em que os indivíduos residem, saneamento básico, renda mensal por morador da casa, número de pessoas que trabalham e se a criança recebia benefício assistencial; rede de cuidados, questionando se a criança faz uso de medicamentos psiquiátricos e, caso faça uso, se recebe o medicamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), se faz algum outro tipo de tratamento e qual é esse tratamento.

As entrevistas foram gravadas em áudio, realizadas em um encontro, sendo posteriormente transcritas e categorizadas. Elas foram divididas em três categorias temáticas: Rede de Suporte Social (você recebe ajuda de alguém, seja família, amigos, vizinhos, profissionais, igreja, entre outros?); Engajamento Político-Social (você participa de algum grupo, associação para lutar pelos direitos de seus filhos?); Uso de medicamentos e tratamentos (Fale sobre medicação: você compra, é por doação ou entrega pela farmácia do SUS? É regular ou irregular? Recebe tudo ou somente alguns medicamentos? Os médicos se preocupam em prescrever medicamentos disponíveis? Há necessidade de aparelhos ou suportes mecânicos? O atendimento é feito sempre pela mesma equipe ou cada vez outra?).

Os dados quantitativos foram cotados utilizando o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS 22.0). Os dados das entrevistas foram analisados através do Sistema descritivo e interferencial. Pinheiro

(2000) coloca que é preciso, na análise dos dados, haver uma apreensão global da entrevista em seus aspectos dinâmicos e interativos, e partir, então, para a identificação de temas, que vão emergindo das falas dos entrevistados, de forma que eles sejam uma primeira organização das falas.

Esta pesquisa seguiu as normas da resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde e foi encaminhada para o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos das Faculdades Integradas de Patos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Participaram do estudo 31 cuidadores de crianças e adolescentes com transtornos mentais que tiveram disponibilidade para participar do estudo durante o período de coleta dos dados. A idade dos cuidadores variou de 20 a 60 anos. Como resultados, identificou-se que 11 (35,5%) cuidadores tinham ensino fundamental, e 11 (35,5%) tinham ensino médio completo, 10 (32,3%) eram donas de casa, 27 (87,2%) eram mães das crianças, as quais 18 (58,1%) eram casadas e 22 (71%) eram católicos. Percebeu-se ainda que 22 (71%) eram de família extensa, a renda familiar de 14 (45,1%) era maior que > 1 salário mínimo e 11 (35,5%) recebiam BPC (Tabela 1).

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos cuidadores de crianças e adolescentes com transtornos mentais, atendidas no CAPSi, da cidade de Patos-PB, 2019

Variável	n	%
Idade		
20 a 30 anos	4	12,9
30 a 40 anos	16	51,6
40 a 50 anos	9	29
50 a 60 anos	2	6,5
Escolaridade		
Analfabeto	2	6,5
Ensino Fundamental	11	35,5
Ensino Médio incompleto	2	6,5
Ensino Médio completo	11	35,5
Ensino Superior completo	5	16
Profissão		
Do lar	10	32,3
Profissionais de limpeza	4	12,9
Agricultora	7	22,6

Profissionais de nível superior	4	12,9
Profissionais de serviços pessoais	6	19,3
Grau de Parentesco		
Mãe	27	87,2
Pai	2	6,4
Avó	2	6,4
Estado Civil		
Solteiro (a)	11	35,5
Casado (a)	18	58,1
Divorciado (a)	1	3,2
Viúvo (a)	1	3,2
Religião		
Católica	22	71
Evangélica	8	26
Nenhuma	1	3
Tipo de Família		
Família monoparental	9	29
Família extensa	22	71
Renda Familiar		
< que 1/4 salário mínimo	3	9,7
>1/4 e <1/2 salário mínimo	1	3,2
> igual 1/2 e < 1 salário mínimo	13	42
> 1 salário mínimo	14	45,1
Recebimento de Algum Tipo de Benefício Assistencial		
Não	11	35,5
Bolsa família	6	19,3
BPC	11	35,5
Outros	3	9,7

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

O papel da família no acompanhamento de toda a trajetória de tratamento de crianças e adolescente com transtornos mentais torna-se necessário e indispensável, pois é a família que dá apoio de forma positiva no desenvolvimento do tratamento.

A escolaridade variou entre ensino fundamental e ensino médio completo, e esses resultados se assemelharam ao estudo de Barroso, Bandeira e Nascimento (2007), que ressaltam a importância de conhecer a escolaridade dos cuidadores, pois são eles que recebem as informações e orientações da equipe de saúde. Já Laham (2003) aponta que o nível de escolaridade pode

influenciar nos sentimentos dos cuidadores e a pouca aprendizagem dificulta a compreensão do que acontece com o paciente.

Em relação ao tipo de ocupação em que se encontravam os cuidadores, verificou-se que 10 (32,3%) eram donas de casa e a maioria estava desempregada ou somente cuidando da casa. Estes dados se relacionam à responsabilidade da mulher diante das construções históricas e sociais determinadas pela divisão de gênero do trabalho e perpetuadas pelo modo de produção e de acumulação da sociedade (DIEHL; SENNA, 2016). Tunali e Power (2002) revelam que, devido à necessidade de dispensar grande parte do tempo com a criança, na maioria das vezes, os cuidadores não conseguem dedicar-se à sua carreira profissional, tendo que, com frequência, abandoná-la.

O grau de parentesco dos cuidadores mais prevalente foram as mães das crianças, correspondendo a 27 (87,2%). Pereira *et al.* (2014) relataram em sua pesquisa que a mãe geralmente é a cuidadora principal da criança com necessidade especial, pois na maioria das vezes a família não está preparada psicologicamente para a situação e abandona a criança com a mãe. São gerados conflitos afetivos entre o casal devido à grande responsabilidade que terão com o filho deficiente, seja em relação ao custo financeiro, discriminação da sociedade e familiares, ou até mesmo do próprio pai (VIEIRA *et al.*, 2014).

Em relação ao estado civil, a maioria dos participantes eram casados, correspondendo a 18 indivíduos (58,1%). Féres-Carneiro (1992) retrata a configuração da família na qual o funcionamento traduz a saúde mental dos seus membros. Segundo Zamberlan e Biasoli-Alves (1997), a promoção de um saudável e adequado desenvolvimento da criança está fortemente relacionada com a qualidade das relações e interações constituídas entre os membros da família.

No que diz respeito a religião apontada pelos participantes da pesquisa, 22 (71%) apontaram ser da religião católica. No estudo de Cavalheri (2010), com familiares de pacientes de CAPS, mostrou que todos entrevistados tinham religião e a recorriam, pedindo a ajuda divina para enfrentar as dificuldades encontradas no cuidado com os pacientes. No tipo de estrutura familiar dos participantes da pesquisa, 22 (71%) apontaram participar de uma família extensa, ou seja, aquela que é formada além de pai, mãe e filhos, com a participação de outros sujeitos da família. No estudo de Osório (2009), a família tem um papel fundamental na importância da formação do indivíduo, visto que é o alicerce e a base principal para o desenvolvimento humano.

Sobre a renda familiar dos participantes da pesquisa, 14 (45,1%) relataram receber mais que 1 salário mínimo e 11 (35,5%) recebiam o BPC. Sabe-se que um dos critérios para acessar o Benefício de Prestação Continuada – BPC para pessoa com deficiência é o fato de não haver a possibilidade do beneficiário em prover o seu próprio sustento e ele deverá apresentar “incapacidade para a vida independente”, segundo o que preconiza a Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS. Pode-se inferir que o Benefício de Prestação Continuada - BPC contribuiu para que o beneficiário aumente seu poder de consumo e supra suas necessidades (medicamentos, alimentação, lazer, etc.).

Dentre os usuários atendidos no CAPSi, 16 (51,6%) tinham idade entre 5 e 9 anos, o diagnóstico mais frequente foi o autismo, correspondendo a 21 (67,7%), e a maioria era do sexo feminino, correspondendo a 28 (90,3%). Dentre os usuários, 27 (81,1%) relataram que fazem uso de medicamentos, 19 (61,4%) recebiam às vezes pelo SUS e 18 (58,1%) faziam outras formas de tratamento.

Tabela 2 – Características sócio demográficas e clínicas das crianças e adolescentes com transtornos mentais, atendidas no CAPSi, da cidade de Patos-PB, 2019.

Variável	n	%
Idade		
5-9 anos	16	51,6
10-14 anos	13	41,9
15-17 anos	2	6,5
Diagnóstico		
Retardo mental	5	16,2
Autismo	21	67,7
TDAH	1	3,2
Esquizofrênia	1	3,2
Nenhum	3	9,7
Sexo		
Masculino	3	9,7
Feminino	28	90,3
Fazem Uso de Medicamentos		
Sim	27	87,1
Não	4	12,9
Recebimento pelo SUS		
Sim	6	19,3
Não	6	19,3

Variável	n	%
Às vezes	19	61,4
Outras Formas de Tratamento		
Sim	18	58,1
Não	13	41,9

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

O CAPSi é um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psicologicamente. Estão incluídos nessa categoria crianças e adolescentes com autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais (BRASIL, 2004).

Em relação ao diagnóstico da criança, o atual estudo revela que o autismo corresponde a 21 (67,7%) usuários. Ferreira e Smeha (2018) discorrem que o autismo é a patologia mais encontrada nessa faixa etária, acometendo 1 a cada 59 crianças. O autismo é classificado como um transtorno invasivo do desenvolvimento que envolve graves dificuldades ao longo da vida nas habilidades sociais e comunicativas, além daquelas atribuídas ao atraso global do desenvolvimento, e também comportamentos e interesses limitados e repetitivos (FERREIRA; SMEHA, 2018).

Dentre os 31 participantes, 27 (87,1%) apontaram fazer uso de algum tipo de medicamento para tratamentos psicológicos. No Brasil, ainda há pouca investigação sobre o predomínio do uso de psicofármacos, principalmente no que se trata do cuidado da saúde mental infanto-juvenil, pois é um assunto que, além de esperanças, carrega também preocupações no que se trata do uso indiscriminado e sem indicação. Sobre os medicamentos recebidos através do SUS, apenas 6 (19,3%) apontaram receber os medicamentos através da rede pública de saúde, 6 (19,3%) apontaram não receber através do SUS e 19 (61,4%) apontaram que o recebimento não acontece de forma continuada.

Através das falas dos cuidadores obtidas nas entrevistas, foi possível compreender como os cuidadores descobriram a doença das crianças e adolescentes, em que a maioria detectou ainda na infância. Neste sentido, é importante detectar precocemente o transtorno psicológico que acomete crianças e adolescentes e, por esse motivo, o CAPSi possui equipe multiprofissional, necessários para o acompanhamento e tratamento (INSERM, 2005). As falas a seguir apontam, também, a importância do CAPSi nesse processo inicial de detecção: "Através da voz dele, ele não falava direito. Foi a procura de um fonoaudiólogo, a 'fono' falou que o problema não era

na voz e, sim, um problema mais além, e que procurasse um profissional no CAPSi”. (Cuidador 01, 2019). “Descobri através de uma amiga, onde ela relatava que meu filho era diferente, daí trouxe ele ao CAPSi e fiz todos os procedimentos necessários para o fechamento do diagnóstico”. (Cuidador 02, 2019). “Descobri desde pequeno, ele nasceu laçado, era muito agressivo. Demorou muito a falar, e percebi que ele precisava de um cuidado especial, daí fiz um ‘eletro’”. (Cuidador 03, 2019)

Procurou-se conhecer quais os serviços ou profissionais os cuidadores procuraram a fim de diagnosticar algum tipo de transtorno mental nas crianças e adolescentes, sendo apontados: neuropediatra, psicopedagogo, psiquiatra, fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional, educador físico, pedagogo e fisioterapeuta. Além disso, apontaram o Centro Especializado em Reabilitação (CER) e CAPSi como rede de suporte. Essa rede deve articular-se com os mais diversos serviços e políticas, com intuito de garantir a estes o melhor desenvolvimento das suas capacidades, através da oferta de cuidados médicos, psicológicos, de assistência social, além de grupos com objetivos diversos.

No que tange as formas informais de tratamento, 27 (87%) já procuraram rezadeira, macumbeira, centro espírita, conselhos de vizinhos e/ou igreja, entre outros, em busca de ajuda para tratamento de seu filho, 3 (10%) não procuram e 1 (3%) já pensou em procurar, mas ainda não teve oportunidade.

Dyniewicz (2004) relata que as pessoas, ao serem acometidas por alguma doença, procuram as próprias crenças religiosas e espirituais para encarar e superar as dificuldades, amparadas na fé e ligação divina em busca de ânimo e força para não se “entregarem” à doença. Buscar apoio e forças na espiritualidade ou religiosidade é uma estratégia acessível, pois a sociedade oferece vários serviços religiosos que são usados efetivamente pelos indivíduos, influenciados pelos outros membros da sua rede de apoio (AQUINO, 2007).

Em relação à rede de suporte social, os cuidadores foram questionados sobre a oferta de algum tipo de apoio por parte da família, amigos, vizinhos, profissionais, dentre outros. A maioria dos entrevistados relataram não recebem nenhum tipo de suporte, correspondendo a 27 (87%) dos indivíduos da pesquisa, enquanto 4 (13%) recebiam ajuda por parte das famílias. De acordo com Melman (2008), isto gera uma sobrecarga familiar, que é um conceito desenvolvido para definir os encargos econômicos, físicos e emocionais a que os familiares estão submetidos e o quanto a convivência com indivíduo adoecido representa em peso material, subjetivo, organizativo e social.

5 IMPLICAÇÕES

Este trabalho pôde descrever o perfil socioeconômico de crianças e adolescentes com transtornos mentais e rede de suporte aos seus familiares, revelando o autismo como frequente entre a população estudada, desafios na Rede de Atenção à Saúde e itinerário terapêutico da saúde mental no município e forte presença do saber e crenças populares como formas de tratamento.

Compreender o perfil das crianças e adolescentes com transtornos mentais pode trazer evidências sobre os fatores associados ao adoecimento dentro do processo saúde-doença, bem como visualização mais clara do público em questão. Além disso, este estudo possibilitou a aquisição de informações relevantes sobre como os cuidadores estão lidando com o transtorno mental dos pacientes e como configura-se a rede de apoio que recebem, tanto no âmbito social quanto relacionado aos serviços ofertados pelo SUS.

Foram relatadas dificuldades na articulação dos serviços, refletindo no convívio das crianças e adolescentes nos outros espaços sociais para além do CAPSi. Esse dado contribui para que sejam discutidas formas de sanar essa fragilidade, à medida que estratégias de articulação de serviços e itinerário terapêutico podem auxiliar na melhoria do atendimento prestado, repercutindo não somente na saúde do paciente que está sendo assistido, mas também no contexto familiar e social em que está inserido.

O estudo aponta as diversas fragilidades e os desafios a serem percorridos para uma rede de suporte adequada às necessidades das crianças e adolescentes com transtornos mentais e aos seus familiares, possibilitando assim novas formas de cuidados e atenção à saúde desse público específico.

REFERÊNCIAS

ANSELMINI, L. *et al.* Prevalence of psychiatric disorders in a Brazilian birth cohort of 11-years-old. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 45, p. 135-142, 2010.

AQUINO, V. V.; ZAGO, M. M. F. O significado das crenças religiosas para um grupo de pacientes oncológicos em reabilitação. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 15, n. 1, 2007.

BARROSO, S. M.; BANDEIRA, M.; NASCIMENTO, E. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. **Revista Psiquiatria Clínica**, v. 4, n. 6, p. 270-277, 2007.

BORBA, L. O.; SCHWARTZ, E.; KANTORSI, L. P. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. 4, p. 588-594, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação Geral de Saúde Mental. Laços - saúde mental em rede. **Caderno eletrônico da reforma psiquiátrica**. Brasília (DF): MS; 2004.

CAMPOS, R. O. *et al.* Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4643-52, 2011.

CAVALHERI, S. C. Transformações do módulo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 1, p. 51-57, 2010.

COLLINS, P. Y. *et al.* Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. **World Psychiatry**, v. 6, n. 3, p. 168-76, 2007.

COSTA, L. F.; PENSO, M. A.; FERES-CARNEIRO, T. Reorganizações familiares: as possibilidades de saúde a partir da separação conjugal. **Revista Teoria e Pesquisa**, v. 8, p. 495-503, 1992.

DALTRO, M. C. S. L. **Qualidade de vida de cuidadores de crianças e adolescentes com transtornos mentais**. Dissertação (Mestrado). São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, 2015.

DALTRO, M. C. S. L.; MORAES, J. C.; MARSIGLIA, R. G. Cuidadores de crianças e adolescentes com transtornos mentais: mudanças na vida social, familiar e sexual. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 27, n. 2, p. 544-555, 2018.

DIEHL, B. T.; SENNA, T. S. A construção da identidade da mulher no espaço público: um processo relacionado ao poder. **Revista Humanidades**, v. 31, n. 1, p. 23-41, 2016.

DYNIWICZ, A. M. Research methodology for nurses at a university hospital. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 354-363, 2005.

FÉRES-CARNEIRO, T. **Família e saúde mental**. Revista Psicol. teor. pesqui ; 8(supl): 485-493, 1992.

FERREIRA, M.; SMEHA, L. N. A experiência de ser mãe de um filho com autismo no contexto da monoparentalidade. **Psicologia em revista**, v. 24, n. 2, p. 462-481, 2018.

INSERM. Transtornos mentais: detecção e prevenção na criança e no adolescente. **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, v. 8, n. 3, p. 395-405, 2005.

KESSLER, R. C. *et al.* Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. **Archives of General Psychiatry**, v. 62, n. 6, p. 593-602, 2005.

KIELING, M. D. *et al.* Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. **The Lancet**, v. 378, p. 1515-1525, 2011.

LAHAM, C. F. **Percepção de perdas e ganhos subjetivos entre cuidadores de pacientes atendidos em um programa de assistência domiciliar**. Dissertação (Mestrado). São Paulo: Faculdade de Medicina, 2003.

MÂNGIA, E. F.; NICÁCIO, F. Terapia ocupacional em saúde mental: tendências principais e desafios contemporâneos. In: DE CARLO, M. M. R. P.; BARTALOTTI, C. C. **Terapia ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo: Plexus, 2001.

MELMAN, J. **Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares**. 3. ed. São Paulo: Escrituras, 2008.

MORGADO, A.; LIMA, L. A. Desinstitucionalização: suas bases e a experiência internacional. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 43, n. 1, p. 19-28, 1994.

OSÓRIO, L. C. **Manual de terapia família**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

PEREIRA, A. R. P. F. *et al.* Análise do cuidado a partir das experiências das mães de crianças com paralisia cerebral. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 23, n.2, p. 616-625, 2014.

SADIGURSKY, D. **Desinstitucionalização do doente mental: expectativas da família**. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 1997. Tese de doutorado em Enfermagem. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

TRAVASSOS, C. *et al.* Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 11, n. 5, p. 365-373, 2002.

TUNALI, B.; POWER, T. G. Coping by Redefinition: cognitive appraisals in mothers of children with autismo and children without autismo. **Journal of autism and developmental disorders**, v. 32, n. 1, p. 25-34, 2002.

ZAMBERLAN, M. A. T.; BIASOLI-ALVES, Z. M. M. Detecção de níveis de riscos psicossociais através do inventário Home em ambientes de populações urbanas de baixa renda. In. ZAMBERLAN, M. A. T.; BIASOLI-ALVES, Z. M. M. **Interações familiares – teoria, pesquisa e subsídios à intervenção**. Londrina: UEL, 143-161, 1997.

12

**SINAIS E SINTOMAS DE SOFRIMENTO
PSÍQUICO EM UNIVERSITÁRIOS DE
ENFERMAGEM**

Richelle da Silva Paula¹
Kerolainy Lima Guedes²
Melissa Mota Felício²
José Evandro Silva Soares³
Erijackson de Oliveira Damião²
Ardigleusa Alves Coêlho²

1 Secretaria Municipal de Saúde de Lagoa de Dentro – PB.

2 Universidade Estadual da Paraíba.

3 Secretaria Municipal de Saúde de Boqueirão – PB.

1 INTRODUÇÃO

Estudos têm revelado que a vida acadêmica compromete a saúde mental dos estudantes universitários (SANTANA *et al.*, 2018; GRANER; CERQUEIRA, 2019). O ato de ingressar na faculdade representa um marco divisório entre a vida de adolescente e a vida adulta marcada por uma nova etapa da vida e pela oportunidade de estar no ensino superior, além disso, o estudante pode se sentir frustrado diante das demandas do curso escolhido (PEDRO *et al.*, 2017).

Os potenciais estressores do ambiente acadêmico estão relacionados à transição do ensino médio para o ensino superior, ao período de provas, as atividades extraclases (SILVA *et al.*, 2018), às relações sociais entre professor-aluno-colegas (ENCINA; MEZA; AUCHTER, 2018) e os associados à prática clínica dos estudantes (BEANLANDS *et al.*, 2019).

O despreparo para lidar com as dificuldades do meio acadêmico pode acarretar altos níveis de estresse, afetando o desempenho acadêmico e o bem-estar do estudante, desencadeando fatores capazes de levar a sofrimentos psíquicos (ALMEIDA *et al.*, 2018). Os efeitos do estresse afetam a saúde física e mental do indivíduo, como também, seu autocuidado, sendo esses efeitos ainda piores nos alunos do último ano da graduação (BEANLANDS *et al.*, 2019).

As preocupações com a vida acadêmica levam a episódios que podem gerar alterações psicológicas negativas. A ocorrência de situações como a mudança e perda do controle em um novo ambiente, as diferenças culturais inerentes a esse novo ambiente, questões financeiras, a sobrecarga de atividades escolares e a dificuldade de gerenciar a vida acadêmica e a vida pessoal e social (SILVA *et al.*, 2019), podem desencadear níveis elevados de tensão, desgaste, exaustão, estresse e ansiedade (ALMEIDA *et al.*, 2018). O estresse, geralmente, tem causa externa, podendo ser de curto prazo, já a ansiedade é persistente, mesmo não havendo um fator estressor, o que causa problemas psicológicos, podendo impactar o desempenho acadêmico do estudante (RAMÓN-ARBUÉS *et al.*, 2020).

Estudos buscam identificar a associação entre os fatores relacionados à formação e saúde dos estudantes. Temas relacionados à maior prevalência de adoecimento mental e transtornos psiquiátricos em alunos da área da saúde são recorrentes na literatura. O desenvolvimento dos transtornos mentais é resultante da interação de uma multiplicidade de fatores individuais e ambientais. Entre os fatores individuais, destacam-se aqueles

relacionados ao corpo (aspecto biológico) e à subjetividade (aspectos psicológicos) (CARVALHO, 2016).

Dentre os transtornos mentais, os transtornos mentais comuns (TMC) ou transtornos psiquiátricos menores constituem quadros menos graves e ocorrem com maior frequência. A sintomatologia associada ao TMC envolve alterações de memória, dificuldade de concentração e de tomada de decisões, insônia, irritabilidade, fadiga e redução da capacidade funcional e somatização, assim como queixas somáticas (cefaleia, falta de apetite e tremores) diretamente associadas à depressão, ansiedade, frustração e raiva (ENCINA; MEZA; AUCHTER, 2018; PEDRO *et al.*, 2017; PARREIRA *et al.*, 2017).

A prevalência de transtorno mentais comuns em estudantes é considerada alarmante. Pesquisa realizada por Graner e Cerqueira (2019) envolvendo estudantes brasileiros, evidenciou variação de TMC de 18,5% a 44,9%, o que contribui para o surgimento de ansiedade e estresse intensos nos graduandos (MOXHAN *et al.*, 2018). Em relação à prevalência de transtorno mental em enfermagem, estudo realizado em uma universidade pública da região Sul evidenciou taxa de 54,4% (PEDRO *et al.*, 2017).

Assim, no cotidiano do curso de Enfermagem as situações vivenciadas pelos discentes durante a sua formação motivaram a realização de um estudo para identificação de sinais e sintomas de sofrimento psíquico em estudantes universitários, particularmente, do curso de enfermagem, partido do pressuposto que os estudantes de enfermagem, em sua maioria, estão expostos a jornadas extensas e cansativas, tem que conciliar trabalho e estudo, possuem afazeres pessoais e também estar longe de seu convívio familiar e social. Portanto, todos esses fatores, de forma individual e sinérgica, aumentam as chances para o surgimento de problemas relacionados à saúde mental, tais como ansiedade, estresse, depressão, desmotivação, queda no desempenho acadêmico, entre outros. A execução do estudo poderá contribuir na produção de conhecimento que propicie intervenções no contexto da saúde mental, que minimizem o sofrimento psíquico no contexto universitário, principalmente em estudantes de enfermagem.

O estudo objetivou traçar o perfil de acadêmicos de enfermagem e listar os principais sinais e sintomas de sofrimento psíquico.

2 MÉTODOS

Estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa, desenvolvido a partir do projeto de pesquisa intitulado “Sinais e Sintomas de Sofrimento Psíquico em Acadêmicos de Enfermagem em uma Universidade

Pública”, que busca identificar sinais e sintomas de sofrimento psíquico em acadêmicos de enfermagem de uma universidade pública.

Participaram do estudo 48 estudantes do curso de Bacharelado de Enfermagem de uma universidade pública estadual, regularmente matriculados no semestre 2019.1, com idade maior ou igual a 18 anos e residente em município do estado da Paraíba, cursando o primeiro, quinto e último período. Os estudantes afastados das atividades acadêmicas por motivos de doenças e/ou licença médica foram excluídos do estudo. Os participantes (N = 48) correspondem aos estudantes que atenderam ao critério de inclusão e aceitaram participar do estudo, representando 57% dos alunos matriculados nos períodos selecionados. O recrutamento de estudantes de períodos específicos é justificado para identificação de sofrimento psíquico ao longo do processo de formação acadêmica: alunos ingressantes (1º período), alunos com metade do curso integralizado (5º período) e aqueles com 100% das disciplinas do curso integralizadas (último período do curso). Optou-se pelo curso de Enfermagem pelo fato de que, na área de saúde, é um dos cursos que exige do estudante o cumprimento de diversas atividades acadêmicas para atender ao perfil de formação exigido pelas Diretrizes Curriculares Nacionais, culminando com exposição a riscos potenciais a saúde mental.

A coleta de dados se deu através do preenchimento de um questionário autoaplicável, contendo variáveis sociodemográficas e uma versão adaptada do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), que identifica sinais e sintomas de sofrimento psíquico (Transtorno Mental Comum) em estudantes do curso de Bacharelado em Enfermagem. O SRQ foi desenvolvido por Harding *et al.* (1980) e afere presença ou ausência de sofrimento psíquico ou distúrbios psiquiátricos comuns ou menores, tais como a depressão leve, ansiedade e agravos psicossomáticos. O questionário caracteriza-se por apresentar questões com respostas dicotômicas (sim/não) e foi validado no Brasil por Mari e Williams (1986). Na versão brasileira foram excluídos os distúrbios psicóticos e mantida uma versão com vinte itens, dos quais 4 são sobre sintomas físicos e 16 referem-se a distúrbios psicoemocionais.

O preenchimento do questionário foi realizado pelo estudante após o seu aceite em participar do estudo, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Para preservar a identidade de cada participante, os instrumentos de coleta de dados foram identificados por um código numérico, recebendo o código 01 o primeiro participante e procedendo a numeração sucessiva à medida que o instrumento de coleta de dados era preenchido até último participante (código 48).

Os dados coletados foram armazenados em um banco de dados e procedeu-se a análise estatística descritiva. Foi calculada a frequência absoluta e a frequência relativa das variáveis sociodemográficas e dos fatores associados ao sofrimento psíquico elencados no *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) agrupados por: fator I - humor ansioso e depressivo; fator II - sintomas somáticos; fator III - decréscimo de energia; fator IV - pensamentos depressivos. Foi realizada análise bivariada entre as manifestações do SRQ-20 com maior frequência e variáveis sociodemográficas (sexo, idade (por faixa etária), cor/raça, renda familiar, religião e reside com a família).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), sob nº 4.638.034. Durante a execução da pesquisa foram observadas às diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos conforme preconizado na Resolução CNS nº 466/2012.

3 RESULTADOS

Participaram do estudo 48 estudantes do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). A maioria dos estudantes estava na faixa etária entre 20 e 29 anos (70,8%), com predominância do sexo feminino (91,7%), afrodescendentes (54,2%), com renda inferior a dois salários-mínimos (68,8%), praticantes do catolicismo (58,3%), residindo com a família (81,3%) e sem histórico de transtorno mental na família (93,8%), como pode ser observado na Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização dos participantes segundo variáveis sociodemográficas, Campina Grande, 2019.

Variáveis	Frequência	%
Faixa Etária		
18 – 19	9	18,8
20 – 29	34	70,8
30 e mais	5	10,4
Sexo		
Masculino	4	8,3
Feminino	44	91,7
Cor/Raça*		
Branca	21	43,8
Parda	24	50,0

Variáveis	Frequência	%
Preta	2	4,2
Renda Familiar		
Inferior a 2 SM	33	68,8
2 SM e mais	15	31,3
Religião		
Católica	28	58,3
Protestante	10	20,8
Cristã	5	10,4
Não declarada	4	8,3
Outra	6	12,1
Mora com a família		
Sim	39	81,3
Não	9	18,8
Histórico de transtorno mental na família*		
Sim	2	4,2
Não	45	93,8

*Excluído: valores ignorados.

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Os fatores associados aos Transtornos Mentais Comuns (TMC), elencados no *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), agrupados por fator, encontram-se listados na Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição dos respondentes segundo fatores associados ao sofrimento psíquico do, Campina Grande, 2019.

Manifestações	Frequência	%
Humor depressivo – ansioso		
Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)	39	81,3
Assusta-se com facilidade?	10	20,8
Tem se sentido triste ultimamente?	26	54,2
Tem chorado mais do que de costume?	18	37,5
Sintomas somáticos		
Você tem dores de cabeça frequentes?	25	52,1
Dorme mal?	24	50,0
Tem sensações desagradáveis no estômago?	22	45,8
Tem má digestão?	11	22,9
Tem falta de apetite?	17	35,4

Manifestações	Frequência	%
Tem tremores nas mãos?	8	16,7
Decréscimo de energia vital		
Você se cansa com facilidade?	32	66,7
Tem dificuldades para tomar decisões?	29	60,4
Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	28	58,3
Tem dificuldades de pensar com clareza?	20	41,7
Sente-se cansado(a) o tempo todo?	5	10,4
Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa-lhe sofrimento)?	4	8,3
Pensamentos depressivos		
Tem tido ideia de acabar com sua vida?	33	68,8
Tem perdido o interesse pelas coisas?	21	43,8
Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	6	12,8
É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	5	10,4

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Ao analisar o fator I, “Humor depressivo”, ansioso, nota-se que as questões “sente-se nervoso, tenso ou preocupado?” e “tem se sentido triste ultimamente?”, destacaram-se com maior frequência de respostas afirmativas, respectivamente 81,3% e 54,2%.

No que diz respeito ao fator II, “Sintomas somáticos”, observa-se que 52,1% dos entrevistados referiram dores de cabeça frequentemente.

Em relação ao fator III, “Decréscimo de energia vital”, a maior frequência foi observada na questão “Você se cansa com facilidade?” (66,7%). Cabe destacar que maioria dos entrevistados também afirmaram ter dificuldade em tomar decisões (60,4%) e dificuldades de ter satisfação em suas atividades diárias (58,3%).

No fator IV, que descreve sintomas característicos de pensamentos depressivos, chama atenção à questão “Tem tido ideia de acabar com sua vida?” que obteve a maior frequência (68,8%).

Na Tabela 3, ao observar o perfil dos estudantes de enfermagem com sinais e sintomas de sofrimento psíquico, verifica-se que, em todos os fatores que apresentaram maior frequência, as manifestações de sofrimento psíquico atingem o sexo feminino, a faixa etária 20 a 29 anos, com cor/raça parda, católica, moram com a família e possuem renda familiar inferior que dois salários-mínimos (Salário-mínimo vigente no Brasil em junho/2019 = R\$ 998,00).

Tabela 3 – Distribuição dos estudantes entrevistados por principais manifestações associadas a sofrimento psíquico e variáveis sociodemográficas, Campina Grande, 2019.

Manifestação	Frequência	Sexo (%)	Faixa Etária (%)	Cor/Raça (%)	Renda (%)	Religião (%)	Reside c/ família (%)
		Feminino	20 - 29 anos	Parda	Inf. a 2 SM	Católica	
Humor depressivo – ansioso							
Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)	39	89,7	74,4	53,8	69,2	59	82,1
Sintomas somáticos							
Você tem dores de cabeça frequentes?	25	88	60	60	64	52	92
Decréscimo de energia vital							
Você se cansa com facilidade?	32	93,9	65,6	56,3	62,5	59,4	54,4
Pensamentos depressivos							
Tem tido ideia de acabar com sua vida?	33	90,9	63,6	57,6	63,6	60,6	87,9

Fonte: Pesquisa de Campo, 2019.

4 DISCUSSÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2009) revelou em seu relatório sobre a saúde das mulheres no mundo, que as mulheres estão mais suscetíveis a desenvolver transtornos mentais, devido aos diversos papéis que a população feminina assume, tais como: a situação social, econômica, como também, situações de discriminação sexual, a violência doméstica e sexual. Numa pesquisa (BRESOLIN *et al.*, 2020) no Rio Grande do Sul, com 792 estudantes de diferentes cursos da área da saúde, observou-se prevalência mais elevada de depressão moderada/grave nas estudantes do sexo feminino (25,9%) e mais fortemente nos cursos de Fonoaudiologia e Enfermagem, com prevalência de 47,6% e 34,2%, respectivamente.

Um dos prováveis fatores para maior acometimento de casos com o sexo feminino pode ser explicado pelo fato da mulher, ainda, atualmente, enfrentar diversos percalços para ingressar em uma carreira que possibilita “maior independência social e econômica, enfrentando mais conflitos que os homens e por isso tendem a reagir com maior grau de ansiedade em condições de pressão psicológica” (CARVALHO *et al.*, 2015, p.1.296). No estudo realizado por Tesfahunegn e Gebremariam (2019), na Etiópia, demonstrou que as mulheres têm 1,7 vezes mais chances de desenvolverem sofrimento mental do que os homens. As possíveis razões apontadas pelos autores podem ser a natureza biológica da mulher em responder aos estressores e os fatores de risco ambientais, como a violência.

No tocante as queixas somáticas, similarmente aos achados do atual estudo, pesquisa realizada por Encina, Meza e Auchter (2018), com alunos da graduação de enfermagem que concluíram o primeiro ano do curso, evidenciou-se que 70% dos estudantes indicaram insônia, 62% indicaram dor de cabeça, 58% informaram tensão muscular e 34% indicaram tremores devido ao estresse. Estudo realizado por Borine, Wanderley e Bassitt (2015) sobre o estresse entre alunos de diferentes cursos, mostrou que as maiores médias foram entre os alunos de Fisioterapia (15,11), Odontologia (13,67), Enfermagem (12,64) e Medicina (11,3%). A iniciação à prática clínica, o contato com pacientes com doenças graves e terminais, conflitos éticos, vulnerabilidades sociais e as fragilidades do sistema são fatores apontados por Bresolin *et al.* (2020) como desencadeadores de sintomas de sofrimento psíquico, como a depressão.

Os achados sobre as manifestações de sofrimento psíquico em acadêmicos de enfermagem (Tabela 2) corroboram com Castro (2017), ao referir que estudantes universitários são mais suscetíveis a sofrimento psíquico (CASTRO, 2017). Pesquisa divulgada pela Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior (Andifes), realizada em 2016, com 940 mil graduandos, revelou que 7 a cada 10 alunos de instituições federais do Brasil sofrem de algum tipo de dificuldade mental e emocional, como estresse, ansiedade e depressão (UNISUL, 2019). Segundo Mortier *et al.* (2015), o surgimento precoce de transtornos mentais são responsáveis por cerca de 5% das evasões universitárias e que estudantes com transtornos psiquiátricos têm duas vezes mais chances de abandonar a graduação.

Desperta a atenção, o fato de que, entre as manifestações relativas a pensamentos depressivos mensuradas neste estudo, por meio do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), a ideação suicida foi a mais frequente entre os estudantes de enfermagem entrevistados. Existem vários fatores referidos na literatura relacionados à ideia de suicídio, o que pode se manifestar em um evento multifatorial ou multidimensional. Os fatores mais comuns são desesperança, impulsividade, agressividade, percepção do corpo, dificuldades de interagir e falta de pertencimento social. As variáveis demográficas e socioeconômicas, a orientação sexual, a prática religiosa, histórico de comportamento suicida na família e entre amigos, consumo de álcool e sintomas depressivos também estão relacionados à ideação suicida (SANTOS *et al.*, 2017).

O estudo de Cuesta *et al.* (2015), com 100 estudantes entre 18 e 24 anos de uma universidade particular da cidade de Medellín, mostraram que 16% dos estudantes referiram ideação suicida, com maior prevalência no sexo

feminino com menos de 21 anos. Na mesma direção, estudo realizado por Santos *et al.* (2017), na Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), com 637 estudantes, evidenciou que 9,9% deles apontaram que, nos últimos 30 dias, haviam tido pensamentos suicidas, especialmente aqueles com níveis econômicos mais baixos.

Portanto, entre os universitários, à ideação suicida pode surgir associada a vários fatores, podendo apresentar-se em um momento único da vida em que diversas transformações estão ocorrendo, como os desafios próprios do desenvolvimento pessoal, social e acadêmico, que demandam maturidade e autonomia para tomada de decisões frente às novas regras do ambiente acadêmico (PEREIRA; CARDOSO, 2015).

Ao longo do tempo vem sendo observado, o aumento significativo no número de casos de suicídio entre jovens em todo o país. Segundo a OMS, no Brasil, cerca de 12 mil pessoas cometem suicídio por ano, o que representa quase 6% da população. No mundo, esse número chega a 800 mil casos/ano (BRASIL, 2020).

Os desafios enfrentados durante a graduação podem desencadear nos estudantes uma visão negativa do curso o que pode vir a interferir na prática da profissão e, se não houver uma intervenção ao longo do curso, essa visão negativa pode aumentar e causar sofrimento constante com desenvolvimento de transtornos psíquicos (BRESOLIN *et al.*, 2020). Neste contexto, o apoio da família é importantíssimo para que o aluno consiga lidar com os desafios da vida acadêmica, tanto no âmbito emocional como também no financeiro, visto que muitos estudantes residem com os pais. A situação financeira é considerada um fator de estresse ao estudante e a falta de apoio da família pode ser a causa de sofrimento psicológico (TORRE *et al.*, 2019).

Os achados do atual estudo mostraram que as principais manifestações de sofrimentos psíquicos foram mais frequentes em estudantes que se declararam como católicos, contudo a religião é considerada um importante fator de resiliência para os acadêmicos. Estudantes religiosos apresentam uma maior capacidade de lidar com situações estressantes, além de possuir uma outra visão de mundo, sendo capazes de resolver problemas, perdoar e sentir gratidão (DILBER *et al.*, 2016).

O ingresso na graduação é um dos momentos mais difíceis para o estudante. Representa um período de grandes desafios e adaptações. É importante que o aluno, excepcionalmente em seu primeiro e último ano de curso, seja acompanhado, para que se possa avaliar sua adaptação e medidas de enfrentamento do estresse ao longo da graduação, o que permitirá que ferramentas de prevenção e promoção sejam desenvolvidas e, dessa

forma, evitar que os futuros profissionais cheguem ao mercado de trabalho já adoecidos (TORRES *et al.*, 2019). Além disso, as situações estressantes do ambiente acadêmico devem ser discutidas durante a elaboração do Projeto Pedagógico do Curso (PPC), de modo a planejar estratégias que reorientem e redefinam as práticas clínicas e que não se tenha no futuro um profissional adoecido (RODRIGUES *et al.*, 2015).

Apesar da relevância dos achados do atual estudo, aponta-se como uma das limitações à inclusão do aluno de um único curso de graduação da área da saúde, em uma Universidade Pública. Talvez, os achados encontrados não traduzem a realidade dos outros cursos universitários no contexto do estudo.

5 IMPLICAÇÕES

Ao traçar o perfil de acadêmicos de enfermagem e listar os principais sinais e sintomas de sofrimento psíquico, fica evidente a vulnerabilidade em que a população universitária, especialmente os graduandos de enfermagem, está exposta, desde o ingresso na universidade e durante a sua trajetória acadêmica para formação profissional.

Apesar da necessidade de realização dos estudos para aprofundar a temática na perspectiva qualitativa, cabe destacar que o fato de que alguns estudantes não aceitaram participar do estudo constituiu um dos desafios para execução da pesquisa. A proposta inicial visava à aplicação do instrumento com todos os alunos matriculados nos períodos selecionados para coleta de dados. Tal fato pode vir a ser um alerta da dificuldade do aluno em lidar com as situações vivenciadas no cotidiano do curso, contudo, os achados do estudo dão visibilidade às manifestações de sofrimento psíquico em estudantes do curso de enfermagem com um sério problema, que requer uma atuação precoce da gestão acadêmica para uma escuta qualificada do estudante e planejamento de estratégias em saúde mental, com o intuito de minimizar os estressores do ambiente acadêmico de estudantes de enfermagem e nos demais cursos de saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L. Y. *et al.* Avaliação do apoio social e estresse em estudantes de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm USP**, v. 52, p. 1-8, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/WMkqg9DjzJDdkyfNyLYC9qB/abstract/?lang=pt>. 2 mar. 2019.

BEANLANDS, H. *et al.* Decreasing stress and supporting emotional well-being among senior nursing student_a pilot test of an evidence-based intervention. **Nurse Education Today**, v. 76, p. 222-227, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30849666/>. Acesso em: 2 dez. 2020.

BRASIL. Secretaria da Saúde. Governo do Estado da Bahia. **OMS alerta: suicídio é a 3ª causa de morte de jovens brasileiros entre 15 e 29 anos**. 2020. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/2020/09/10/oms-alerta-suicidio-e-a-3a-causa-de-morte-de-jovens-brasileiros-entre-15-e-29-anos/>. Acesso em: 13 dez. 2020.

BRESOLIN, J. Z. *et al.* Depressive symptoms among healthcare undergraduate students. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 28, e 3239, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/RZy69Q9dbRhykRHwpG8FQ8L/?lang=pt>. Acesso em: 13 dez. 2020

BORINE, R. C. C.; WANDERLEY, K. S.; BASSITT, D. P. Relação entre qualidade de vida e o estresse em acadêmicos da área da saúde. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, v. 6, n. 1, p. 100-118, 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072015000100008. Acesso em: 2 mai. 2019.

CARVALHO, E. A. *et al.* Índice de ansiedade em universitários ingressantes e concluintes de uma instituição de ensino superior. **Ciênc. Cuid. Saúde**, v. 14, n. 3, p. 1290-1298, 2015. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/23594>. Acesso em: 2 mai. 2019.

CARVALHO, L. As causas dos transtornos mentais. In: SANTANA, C. L. A.; ROSA, A. S. (Org.). **Saúde mental das pessoas em situação de rua: conceitos e práticas para profissionais da assistência social**. São Paulo: Epidaurus Medicina e Arte, 2016.

CASTRO, V. R. Reflexões sobre a saúde mental do estudante universitário: estudo empírico com estudantes de uma instituição pública de ensino superior. **Revista Gestão em Foco**, 9 ed., p. 380-401, 2017. Disponível em: https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/06/043_saude_mental.pdf. Acesso em: 2 mai. 2019.

CUESTA, O. M. B. *et al.* Ideación suicida y factores asociados en jóvenes universitarios de la ciudad de Medellín. **Rev. Arch Med Camagüey**, v. 19, n. 5, p. 469-478,

2015. Disponível em: <http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/3887>. Acesso em: 2 mai. 2019.

DILBER, R. *et al.* Religiosity and mental health in nursing students. **Psychiatra Danubina**, v. 28, n. 2, p. 188-192, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27287795/>. Acesso em: 10 out. 2019.

ENCINA, R. E., MEZA, L. B.; AUCHTER, M. Estrés académico percebido por los estudiantes que finalizan el primer año de licenciatura em enfermería de la UNNE. **Notas de Enfermería**, v. 18, n. 32, p. 27-32, 2018. Disponível em: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/notasenf/article/view/22744/22355>. Acesso em: 13 dez. 2020.

GRANER, K. M., CERQUEIRA, A. T. A. R. Revisão integrativa: sofrimento psíquico em estudantes universitários e fatores associados. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1327-1346, 2019. Disponível em: <https://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/revisao-integrativa-sofrimento-psiquico-em-estudantes-universitarios-e-fatores-associados/16374?id=16374>. Acesso em: 10 out. 2019.

HARDING, T.W. *et al.* Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. **Psychol Med**. V. 10, n2, p.231-41. 1980. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291700043993>. PMID:7384326. Acesso em: 22 fev. 2019.

MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. **Br J Psychiatry**. n.148, p 23-6, Jan. 1986. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3955316/>. Acesso em: 22 fev. 2019.

MORTIER, P. *et al.* The impact of lifetime suicidality on academic performance in college freshmen. **Journal of Affective Disorders**, v. 186, p. 254-260, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4708078/#:~:text=Results,lower%20than%20higher%20average%20AYP>. Acesso em: 10 set. 2019.

MOXHAN, L. J. *et al.* Employment as a predictor of mental health, psychological distress, anxiety and depression. **Journal of Professional Nursing**, v. 34, p. 502-506, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30527700/>. Acesso em: 13 dez. 2020.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Mulheres e saúde**: evidências de hoje agenda de amanhã. Geneva: 2009.

PARREIRA, B. D. M. *et al.* Common mental disorders and associated factors: a study of women from a rural area. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 51, p. 1-8, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/DZ4LVBDqHLDJP43hPQqznhv/?lang=en>. Acesso em: 13 dez. 2020.

PEDRO, C. M. P. *et al.* Distúrbios psíquicos menores em estudantes de graduação em enfermagem: estudo transversal. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 7, n. 4, p. 629-642, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/24949>. Acesso em: 13 dez. 2020.

PEREIRA, A.; CARDOSO, F. Suicidal ideation in university students: prevalence and association with school and gender. **Paidéia**, v. 25, n. 62, p. 299-306, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/paideia/a/DWCcNWp3PBr7Vg8dSwSVbxD/?lang=en>. Acesso em: 10 out. 2019.

RAMÓN-ARBUÉS, E. *et al.* The prevalence of depression, anxiety and stress and their associated factors in college students. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 17, n. 19, p. 1-15, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32987932/>. Acesso em: 13 dez. 2020.

RODRIGUES, E. O. L. *et al.* Situações e fatores de estresse em estudantes de enfermagem na prática clínica. **Invest. y Educ. Enferm**, v. 34, n. 1, p. 211-220, 2016. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072016000100023&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 10 out. 2019.

SANTANA, L. L. *et al.* Estresse no cotidiano de graduandos de enfermagem de um instituto federal de ensino. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**. v. 8, p. 1-11, 2018. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2738>. Acesso em 10 out. 2019.

SANTOS, H. G. B. *et al.* Factors associated with suicidal ideation among university students. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 25, p. 1-8, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1592.2878>. Acesso em: 2 dez. 2020.

SILVA, R. M. *et al.* Health alterations in nursing students after a year from admission to the undergraduate course. **Rev. Esc. Enferm. USP.** 53, e 03450, 2019.. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018008103450> Acesso em: 13 dez. 2020.

TESFAHUNEGN, T. B.; GEBREMARIAM, E. H. Mental distress and associated factors among Aksun university students, Ethiopia: a cross-sectional study. **BMC Psychiatry**, v. 19, n. 71, p. 2-8, 2019. Disponível em <https://bmcp psychiatry.biomed-central.com/articles/10.1186/s12888-019-2051-5>. Acesso em: 13 dez. 2020.

TORRES, J. A. de L. *et al.* Psychological distress, family support and employment status in first-year university students Spain. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 16, n. 1209, p. 2-11, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30987309/>. Acesso em: 13 dez. 2020.

UNISUL. **Suicídio apresenta números expressivos entre jovens universitários.** 2019. Disponível em: <https://hoje.unisul.br/suicidio-numeros-expressivos-jovens-universitarios/>. Acesso em: 13 dez. 2020.

13

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DE USUÁRIOS DE CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Janete Laurentino dos Santos¹
Claudia Santos Martiniano¹
José Evandro Silva Soares¹
Ardigleusa Alves Coelho¹

¹ Universidade Estadual da Paraíba.

1 INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais são caracterizados como doenças crônicas não transmissíveis, constituindo um problema de saúde global (LIMA *et al.*, 2020). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os distúrbios mentais atingem 10% da população mundial, o que representa 700 milhões de pessoas (OMS, 2015). Com isso, configuram-se como uma das principais causas de adoecimento e podem afetar o indivíduo em quaisquer das fases de sua vida, independente de classe social ou sexo, desencadeando respostas psicológicas associadas a alterações em nível de genética, psicológica, biológica ou social (BORBA *et al.*, 2017).

O conhecimento acerca da existência dos distúrbios mentais advém desde os primórdios da história. Na Grécia Antiga, os transtornos mentais eram tidos como uma manifestação divina, diferentemente da Idade Média, em que os transtornos mentais eram considerados como algo maligno ou castigo. Paralelamente a essa realidade, os indivíduos acometidos por doenças mentais não detinham, por sua vez, de controle sob sua razão, com isso eram segregados de toda coletividade social e embarcados em navios conhecidos como “Nau dos loucos”, onde os loucos acreditavam que iam realizar uma viagem, mas o verdadeiro intuito era afastá-los da sociedade (COSTA *et al.*, 2015).

No século XIV, na Europa e na América do Norte, a loucura passa ser denominada de doença mental, transformando a medicalização e a terapêutica como marcos da prática psiquiátrica (TAURO; FOSCACHES, 2018). Com surgimento dos hospitais psiquiátricos (HP), a partir do século XVII, os manicômios são legitimados como os locais especializados para tratamento médico e cura dos transtornos mentais e, na adoção de modelo asilar, principalmente para as pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, que requerem um tratamento prolongado para retorno do doente ao convívio social (OPAS, 2020). Assim, nos séculos subsequentes, foi se consolidando no mundo um paradigma psiquiátrico clássico, que centrava o cuidado em saúde mental baseado no modelo asilar hospitalocêntrico, em que o tratamento dos transtornos mentais consistia no isolamento do louco do convívio social, e a loucura, por ser considerada como um “erro, julgamento equivocado, irresponsabilidade, incapacidade e periculosidade”, necessitava de tratamento moral (AMARANTE; TORRES, 2007, p.45). Na primeira metade do século XX, com a evolução da ciência psiquiátrica, a eletroconvulsoterapia (ETC), outras terapias biológicas e usos de psicotrópicos passam a fazer parte do arsenal terapêutico no tratamento da loucura (BOTTI, 2006).

Neste cenário, após a Segunda Guerra Mundial, na Europa e na América do Norte foram desencadeados eventos precedentes da reforma psiquiátrica contemporânea, sendo elas: a psiquiatria preventista, psiquiatria democrática, antipsiquiatria e a implantação de comunidades terapêuticas (TAURO; FOSCACHES, 2018), visando a defesa humanista da prática do cuidado em saúde mental. Assim, nos anos de 1960, a luta para desinstitucionalizar a loucura ganha força, principalmente na Europa e nos Estados Unidos da América, com o surgimento de várias experiências de reforma psiquiátrica. Embora a reforma psiquiátrica da Itália tenha ganhado grande destaque, outros países como a Espanha, Irlanda e Reino Unido também vivenciaram o processo de reforma psiquiátrica para modificação da forma de cuidar em saúde mental (OPAS, 2020).

No Brasil, a partir de 1970, influenciado pelo modelo de reforma psiquiátrica italiano, inicia-se o movimento pela reforma psiquiátrica brasileira (RPB), pautado na luta pela superação do modelo médico assistencial centrado na cura individual, hospitalocêntrico e fragmentado, vigente no país. Somente no final de 1980, surge a proposta da reforma psiquiátrica brasileira (BEZERRA; DIMENSTEIN; 2011), recomendando mudanças no modelo de atenção em saúde mental. Neste contexto de transformação e organização da reforma psiquiátrica, os ambientes de assistência comunitária são a principal maneira de substituição do modelo asilar e hospitalocêntrico, oferecendo acolhimento à população que sofre de transtornos mentais e efetivando a assistência adequada (SANTOS *et al.*, 2019).

Com isso, um dos marcos da reforma psiquiátrica brasileira foi a desinstitucionalização manicomial, em que os hospitais psiquiátricos deixaram de ser reconhecidos como ambiente de tratamento às pessoas com transtornos mentais e o cuidado em saúde mental passou a ser ofertado em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que visam, sobretudo, humanizar o cuidado, construir a autonomia do sujeito e o protagonismo da pessoa, promovendo o fortalecimento, articulação e integralização dos cuidados oferecidos (DIAS *et al.*, 2017).

Primordialmente, uma das características dos CAPS é assegurar o vínculo entre indivíduo e a equipe/serviço com atendimento territorializado, se constituindo em um espaço adequado à iniciativa da inclusão social e, em função do caráter interdisciplinar e integral, é visto como meio de garantir o atendimento direcionado ao sujeito de acordo com suas necessidades econômicas ou sociais. (PAIVA *et al.*, 2019).

Portanto, os Centros de Atenção Psicossocial se tornaram referência em acolhimento para indivíduos com doença mental, principalmente para

as pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, cuja sintomatologia necessita de cuidados de maneira intensiva, comunitária e com promoção de vida (COSTA *et al.*, 2015).

Na atualidade, os Centros de Atenção Psicossocial compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), correspondendo a serviços de base comunitária e distribuídos em diferentes modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS infantil (CAPSi) II e CAPS álcool e drogas (CAPSad) II, III e IV (BRASIL, 2017), buscando garantir ao indivíduo um lugar adequado a inclusão social e acesso aos serviços de acordo com as suas necessidades (COSTA *et al.*, 2015).

Apesar da instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a precariedade na oferta do cuidado, dificuldade no acesso à rede de atenção e a instabilidade da política e de práticas intersetoriais constituem entraves à efetivação e consolidação da RAPS, principalmente para compreender as especificidades individuais de cada usuário admitido nos diversos pontos de atenção para efetivação do plano de cuidados específicos, baseado em projeto terapêutico singular (PAIVA *et al.*, 2019).

Diante desta problemática, verifica-se a necessidade de realização da pesquisa para responder a seguinte questão norteadora: Qual o perfil sociodemográfico e clínico dos usuários atendidos no Centro de Atenção Psicossocial modalidade III?

Assim, a realização do estudo para caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico dos usuários cadastrados em Centro de Atenção Psicossocial modalidade III poderá vir a contribuir para o direcionamento de intervenções em saúde mental que assegure a gestão do cuidado e o protagonismo dos usuários com transtornos mentais, para a melhoria da qualidade de vida, minimizando as internações hospitalares e provendo a reinserção social.

1.1 Objetivo

Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico dos usuários cadastrados no Centro de Atenção Psicossocial modalidade III.

2 METODO

Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa, realizado no município de Campina Grande. Foram utilizados dados secundários, oriundos de análise documental de prontuários dos usuários acometidos por transtorno mental e acompanhados no Centro de Atenção Psicossocial modalidade III, no período de 2012 a 2016. Destaca-se que este estudo é um

recorte da pesquisa denominada “O Fenômeno *Revolving Door* em usuários de Centro de Atenção Psicossocial em Campina Grande – PB”.

A cidade de Campina Grande está localizada na Mesorregião do Agreste paraibano, com população estimada de 411.807 habitantes, em 2020, distribuídos em, aproximadamente, 591,658 km², sendo composta por três distritos: Galante, Catolé de Boa Vista e São José da Mata (IBGE, 2020).

Por sua vez, a rede de saúde mental do município atualmente atende cerca de 7.500 usuários e seus familiares, sendo composta por oito CAPS, Centro de Conveniência, leitos para internação em Emergência Psiquiátrica e as Residências Terapêuticas (CAMPINA GRANDE, 2015).

O CAPS III, por sua vez, atende usuários com transtorno mental grave e persistente, que residem nos Distritos Sanitários II, V, IV de Campina Grande, tem como objetivo promover a reabilitação psicossocial e inclusão social, com funcionamento durante as 24 horas, os sete dias da semana, incluindo feriados.

A população do estudo é composta por usuários com transtornos mentais atendidos no CAPS entre 2012 a 2016. A amostra foi constituída por 582 usuários com idade igual ou superior a 18 anos, acometidos por transtornos mentais graves e persistentes, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças – CID 10, acompanhados no CAPS III, no período de 2012 a 2016. Foram excluídos do estudo os usuários cujos prontuários não foram localizados nos arquivos do Centro de Atenção Psicossocial.

Na determinação do tamanho da amostra foi utilizada a fórmula: $n = \frac{\pi(1 - \pi)z^2}{D^2}$. Onde: $D = p - \pi = \pm 0,05$; Nível de confiança = 95%; $z = 1,96$ e Desvio padrão da população (π estimado). Para estimar o valor de n foi realizado levantamento da quantidade de usuários atendidos em CAPS e o número de internações nos serviços destinados a internações psiquiátricas em Campina Grande, disponível no Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS). Em seguida, procedeu a extração dos dados de prontuários de usuário com transtorno mental grave e persistente, atendidos entre 2012 e 2016, mediante a utilização de um formulário contendo as variáveis: idade, sexo, tempo de acompanhamento do usuário no CAPS, número de internação e hipótese diagnóstica.

Durante a coleta de dados utilizou-se um formulário contendo as variáveis de estudo a ser preenchido com dados registrados no prontuário dos usuários no período de 2012 a 2016. A coleta de dados foi realizada entre outubro de 2017 e fevereiro de 2020.

Foram realizadas análises descritiva e inferencial das variáveis selecionadas do estudo para caracterização sociodemográfica e clínica dos

participantes. A análise do *Qui-quadrado*, com significância estatística de 95%, foi usada para verificação da associação entre às variáveis sociodemográfica e clínicas e tempo de acompanhamento no CAPS.

O estudo foi conduzido de acordo com os princípios éticos, preconizado na Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas que envolvem seres humanos. O Protocolo de pesquisa tem aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, sob CAAE 75869417.6.0000.5187.

3 RESULTADOS

Participaram do estudo 582 usuários com transtornos mentais acompanhados no Centro de Atenção Psicossocial modalidade III, no período de 2012 a 2016. Na Tabela 1 observa-se que a maioria dos participantes é do sexo feminino (57,6%), com faixa etária predominante entre 20-49 anos (54,6%), tempo de acompanhamento entre 3 – 9 anos (65,8%) e sem histórico de internação (94,3%).

Tabela 1 – Distribuição de usuários com transtornos mentais acompanhados em Centro de atenção Psicossocial por variáveis sociodemográficas e clínicas, em Campina Grande - 2020.

VARIÁVEIS	Frequência (n = 582)	%
Sexo		
Masculino	247	42,4
Feminino	335	57,6
Faixa Etária (em anos)		
20 – 49	318	54,6
50 – 59	148	25,4
60 e mais	109	18,7
Idade ignorada	7	1,2
Tempo de acompanhamento (em anos)		
3 – 9	383	65,8
10 e mais	183	31,4
Ignorado	16	2,7
Nº de Internação		
Nenhuma	549	94,3
1 – 2	21	3,6
3 e mais	12	2,1

Fonte: Centro atenção Psicossocial, 2017/2020.

Na tabela 2, encontra-se a distribuição de usuários com transtornos mentais acompanhados no Centro de Atenção Psicossocial por hipótese diagnóstica, foi possível observar que existe uma predominância do diagnóstico de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (75,1%). Contudo, é importante destacar a frequência de usuários com hipótese diagnóstica ignorada (10,1%).

Tabela 2 – Distribuição de usuários com transtornos mentais acompanhados em Centro de atenção Psicossocial por hipótese diagnóstica, em Campina Grande - 2020.

Hipótese diagnóstica (Grupo de Causa - CID 10)	Frequência	%
Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes	437	75,1
Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o stress e transtornos somatoformes	35	6,0
Transtorno específico da personalidade	21	3,6
Transtornos do humor [afetivos]	17	2,9
Outros transtornos mentais devido a lesão disfunção cerebral e a doença física	7	1,2
Retardo mental	5	0,9
Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência	1	0,2
Hipótese diagnóstica declarada	523	89,9
Hipótese diagnóstica ignorada	59	10,1
TOTAL	582	100,0

Fonte: Centro de Atenção Psicossocial, 2017/2020.

Na tabela 3, com relação à análise da associação entre o tempo de acompanhamento e as variáveis sociodemográficas e clínicas, evidenciou que a maioria dos usuários apresentam tempo de acompanhamento entre 3 e 9 anos, contudo, foi observado predomínio do sexo feminino (53%), usuários na faixa etária de 20 a 49 anos (58,1%), sem histórico de internação psiquiátrica (95,6%) e com diagnóstico de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (83,2%). Nota-se diferença significativa entre as variáveis analisadas e tempo de acompanhamento entre 3 e 9 anos ($p < 0.05$).

Tabela 3 - Análise bivariada entre o tempo de acompanhamento e variáveis demográficas e clínicas de usuários acompanhados pelo CAPS, Campina Grande, 2020.

Variáveis	Tempo de acompanhamento*			P	
		3 – 9 (383)	10 e mais (183)		
Sexo				0,005	
	Masculino	n	180		63
		%	47,0		34,4
Feminino	n	203	120		
		%	53,0		65,6
Faixa Etária*					
20 – 49	n	219	84	0,028	
		%	58,1		46,2
50 – 59	n	92	55		
		%	24,4		30,2
60 e mais	n	66	43		
		%	17,5		23,6
Internação Psiquiátrica					
Sim	n	17	5	0,035	
		%	4,4		2,7
Não	N	366	178		
		%	95,6		97,3
Hipótese Diagnóstica (Grupo de Causa – CID-10)					
Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes	n	288	136	0,013	
		%	83,2		84,5
Transt. neuróticos, transt. relacionados com o stress e transt. somatoformes	n	24	11		
		%	6,9		6,8
Transt. específico da personalidade	N	20	-		
		%	5,8		-
Transtornos do humor [afetivos]	n	10	7		
		%	2,9		4,3
Retardo mental	n	2	2		
		%	0,6		1,2
Outros transt, mentais devido a lesão disfunção cerebral e a doença física	n	2	4		
		%	0,6		2,5
Transt. do comport. e transt, emocionais q/aparecem habitual. durante a infância ou a adolesc.	N	-	1		
		%	-		0,6

*Excluídos os usuários com tempo de acompanhamento ignorado e idade ignorada

** *Qui-quadrado* de Pearson.

Fonte: Centro de Atenção Psicossocial, 2017-2020.

4 DISCUSSÃO

Em consonância ao exposto na tabela 1, um estudo destaca que, ao analisar as variáveis sociodemográficas de usuários do CAPS, também houve uma maior proporção de indivíduos com faixa etária entre 40 e 49 anos (37,88%), associando esta incidência em decorrência de fatores que determinam o processo de saúde-doença, como: moradia insalubre, desemprego, estado civil e a inacessibilidade aos bens de consumo (PEREIRA *et al.*, 2020).

Entretanto, outro estudo de revisão de literatura identificou que a média de idade dos usuários atendidos em Centros de Atenção Psicossocial varia entre 28 a 43 anos e aponta que a população atendida corresponde a 50% para ambos os sexos (TREVISAN; CASTRO, 2017). Considera-se, portanto, que nessa faixa etária as pessoas estão mais suscetíveis a estresses que podem desencadear transtornos mentais em decorrência de ser uma fase de produtiva na qual estão à procura de vaga no mercado de trabalho ou na formação do ciclo familiar (SANTOS *et al.*, 2019).

Ao que se refere ao sexo, foi possível observar que houve predominância das mulheres (55,63%), que pode estar interligado a existência de uma barreira cultural e institucional que fazem os homens buscarem menos os serviços de atenção à saúde (PEREIRA *et al.*, 2020), talvez associado ao modelo hegemônico de masculinidade, que tem relação com hábitos de prevenção historicamente associado às mulheres; a vergonha da exposição frente ao profissional de saúde; o receio de uma saúde com vulnerabilidade e a falta de unidades de saúde específicas para o atendimento a demanda dessa população (CAMPOS; RAMALHO; ZANELLO, 2017).

Pereira *et al.* (2020) destacam, em seu estudo, que, em relação a distribuição dos usuários com transtorno mentais por hipótese diagnóstica, há um predomínio de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (41,3%). Cabe mencionar que em homens a esquizofrenia tem início mais precoce, estando associada a um prognóstico negativo, perpassando o meio social e cursando para um retraimento social, apatia e perda de interesse, dificultando o processo de construção de relacionamentos.

Comumente a esquizofrenia acarreta fragilidades na qualidade de vida do indivíduo e prejuízos de funcionalidade. Em sua sintomatologia, este se caracteriza por alteração na interação social ou ocupacional e, principalmente, por alterações de pensamento, perturbações no humor e perda do senso percepção (SANTOS *et al.*, 2019).

Paiva *et al.*, (2019) por sua vez, destacam em estudo que, dentre os usuários avaliados, houve uma predominância do diagnóstico de esquizofrenia

(35,7%), bem como dos transtornos psicóticos (35,5%), quando associado com a faixa etária de 19 a 29 anos, conotando que o sexo masculino é mais predisposto a ser acometido por esquizofrenia, convergindo com os achados do atual estudo.

Em pesquisa, de caráter exploratório, realizada no CAPS III de município do interior do estado de Minas Gerais foi verificado que a variável do sexo é um fator importante no desenvolvimento da esquizofrenia, observando com isso maior prevalência no sexo masculino, com faixa etária precoce (FONSECA *et al.*, 2016), diferente do atual estudo que foi observado maior prevalência de esquizofrenia em mulheres.

Por fim, baseado no estudo realizado por Paiva *et al.* (2019), foi evidenciado que, ao relacionar o diagnóstico com o número de internações, em sua maioria, os usuários com esquizofrenia ou transtorno bipolar já estiveram em regime de uma a duas internações psiquiátricas progressas.

5 IMPLICAÇÕES

O estudo possibilitou conhecer as caracterizações sociodemográficas e clínicas dos usuários atendidos em Centro de Atenção Psicossocial, evidenciando a singularidade dos usuários da Rede de Atenção Psicossocial e, ainda, reforçando a contribuição dos serviços de base comunitária no cuidado longitudinal centrado no usuário, para redução das internações psiquiátricas, principalmente no contexto estudado.

Ademais, cabe destacar que na oferta de cuidado em saúde mental, a enfermagem tem um papel fundamental como profissional da equipe interdisciplinar no Centro de Atenção Psicossocial e, ao conhecer os aspectos sociodemográficos e clínico dos usuários atendidos nesse serviço, poderá contribuir para a construção de estratégias pautadas no cuidado longitudinal e nos diagnósticos de enfermagem para um melhor direcionamento da assistência, garantindo assim uma terapêutica mais efetiva de cuidado em saúde mental. Contudo, o uso de dados secundários oriundos de prontuário pode vir a ser uma das limitações do estudo, o que não impossibilita a generalização dos achados do atual estudo para usuários com transtorno mentais severos e persistentes atendidos e acompanhados em CAPS no município estudado.

Com isso, advém a importância na obtenção de um olhar sensível, desde a graduação, acerca da especificidade dos transtornos mentais, bem como da inserção do graduando em enfermagem em estágios na área, que proporcione uma vivência em estratégias de intervenção, a exemplo da realização

de oficinas, grupos operativos em saúde mental, integração na equipe interdisciplinar, visando instigar um olhar holístico no cuidado em saúde mental.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. D. C.; TORRE, E. H. G. Avaliação em saúde mental: da mensuração diagnóstica e psicopatológica em direção à complexidade no campo da saúde e das políticas públicas. In: PINHEIRO, R. *et al* (Org.). **Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, p. 41-61, 2007.

BEZERRA, C. G.; DIMENSTEIN, M. O fenômeno da reinternação: um desafio à Reforma Psiquiátrica. **Mental**, Barbacena, v. 16, n. 9, p.417-442, jan/jun. 2011.

BORBA, L. O. et al. The mental disorder profile of patients treated at the center for psychosocial care (CAPS). **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 21, p. 1-8, 2017.

BOTTI, N. C. L. Uma viagem na história da enfermagem psiquiátrica no início do século XX. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 725-729, Dec. 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 3, de setembro de 2017. Dispõe da consolidação das normas sobre as redes do sistema único de saúde, **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, set. 2017.

CAMPINA GRANDE. Prefeitura Municipal de Campina Grande. Secretaria de Saúde. **Centro de Atenção Psicossocial – CAPS Campina Grande**. Campina Grande (PB). 2015.

CAMPOS, I. O.; RAMALHO, W. M.; ZANELLO, V. Saúde mental e gênero: O perfil sociodemográfico de pacientes em um centro de atenção psicossocial. **Estudos de Psicologia**, v. 22, n. 1, p. 68-77, jan/mar. 2017.

COSTA, R. C. *et al*. Perfil Epidemiológico de Usuários Intensivos de um Centro de Atenção Psicossocial. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 9, n. 2, p. 820-829, 2015.

DIAS, P. C. S. *et al*. Epidemiological profile of patients treated at a psychosocial care center ad III. **Acta Scientiarum Health Sciences**, Maringá, v. 39, n. 2, p. 167-173, 2017.

FONSECA, L. L. K. *et al.* Características sociodemográficas e psiquiátricas de pacientes admitidos no centro de atenção psicossocial. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 30, n. 2, p. 1-10, abr/jun. 2016.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades**. 2020. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/campina-grande/panorama>. Acesso em: 15 Jun 2020.

LIMA, L. G. B. *et al.* Características de usuários com diagnóstico de Transtorno Depressivo atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 1, p. 1-9, jan/fev. 2020.

OMS – Organização Mundial da Saúde. OMS alerta que 10% da população global tem distúrbio de saúde mental.

ONU News: Perspectiva Global Reportagens Humanas. 14 jul. 2015. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2015/07/1518201-oms-alerta-que-10-da-populacao-global-tem-disturbio-de-saude-mental>. Acesso em: Fev. 2020.

OPAS - Organización Panamericana de la Salud. **Desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en América Latina y el Caribe**, 2020.

PAIVA, R. P. N. et al. Análise do Perfil de Usuários Atendidos em um centro de atenção psicossocial. **Journal Health NPEPS**, v.4, n.1, p. 132-143, jan/jun. 2019.

PEREIRA, J. S. et al. Perfil sociodemográfico e epidemiológico das mulheres usuárias de um centro de atenção psicossocial. **Revista online de pesquisa cuidado é fundamental**, v. 12, p. 833-839, jan/dez. 2020.

SANTOS, N. H. F. et al. Perfil de Pacientes Atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial. **Rev. Enferm. UFPE on line**, v. 13, 2019.

TAURO, D. V. E.; FOSCACHES, D. A. L. As atuais políticas de saúde mental no Brasil: reflexões à luz da obra de Cornelius Castoriadis. **Mental**, Barbacena, v. 12, n. 22, p. 90-112, jan/jun. 2018.

TREVISAN, E. R.; CASTRO, S. S. Perfil dos usuários dos centros de atenção psicossocial: Uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Saúde Pública**. v. 41, n. 4, p. 994-1012, out/dez. 2017.

14

SUICÍDIO EM CONTEXTOS DE RECESSÃO ECONÔMICA: UMA REVISÃO DE ESCOPO

Daniela Cristina Moreira Marculino de Figueiredo¹

Ronei Marcos de Moraes¹

Larissa Duarte de Britto Lira¹

Kerle Dayana Tavares de Lucena¹

Rodrigo Pinheiro Toledo Vianna¹.

¹ Universidade Federal da Paraíba.

1 INTRODUÇÃO

O suicídio se configura como importante problema de saúde pública no mundo e se encontra entre as dez principais causas de morte (WHO, 2019). Considerando os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) e o suicídio, podemos entender que se trata de um fenômeno multicausal, que envolve a relação entre os fatores socioeconômicos, biológicos, culturais, históricos, relacionados ao acesso e comportamentais, não sendo restritos aos aspectos individuais (WHO, 2010). As recessões econômicas por serem eventos macroeconômicos, se configuram nos determinantes estruturais dos DSS e, assim, podem influenciar na prevalência de agravos à saúde, bem como na mortalidade por algumas causas.

Em situações e períodos de recessão econômica, em que se registram aumento da pobreza e do desemprego, é possível que sejam observados aumentos nas taxas de suicídio. O contexto estrutural socioeconômico dos indivíduos pode influenciar na saúde, uma vez que o acesso aos serviços, condições de moradia, alimentação e as características do ambiente físico variam de acordo com fatores socioeconômicos (WHO, 2010), bem como expõe os indivíduos aos fatores de risco ambientais, fatores comportamentais e psicossociais, como uso de álcool ou tabaco, apatia, percepção de violência, sentimentos de privação e estresse.

Diversos estudos foram realizados no mundo visando avaliar os efeitos das últimas recessões econômicas, sobretudo as ocorridas após 2008, nas taxas de suicídio (BORRELL *et al.*, 2020; FOUNTOULAKIS, 2020; CARRIERE; MARSHALL; BINKLEY, 2019), utilizando modelos variados de análise dos dados, tanto considerando os efeitos imediatos, como os efeitos retardados em diferentes populações e em países ou regiões que implementaram medidas de austeridade ou que mantiveram as políticas de proteção social (TOFFOLUTTI; SUHRCKE, 2014; MATTEI; PISTORESII; DE VOGLI, 2019; NORSTRÖM; GRÖQVIST, 2015).

Contudo, apesar do número de publicações, há escassez de revisões que identifiquem esses estudos e sintetizem seus resultados, de modo a conhecer a relação entre os fenômenos. Seria pertinente ter em conta, do total de estudos que investigaram a relação entre o suicídio e as recessões econômicas, quantos identificaram o aumento nas taxas de suicídio, reforçando, assim, que, nesse contexto, é necessária uma atenção especial para o problema de saúde. Ainda, parece haver uma concentração de estudos em determinadas regiões ou países e assim, há possivelmente lacunas de informação em outros territórios, tornando interessante conhecer essa

distribuição, uma vez que pode ser um elemento importante de investigação e de entendimento do problema em locais onde o mesmo ainda não tenha sido explorado, ou que não contemplou as diversidades populacionais. Além disso, torna-se relevante conhecer os resultados dos estudos já produzidos de modo a entender melhor o evento e, assim, analisar e produzir políticas e ações de prevenção, vigilância e acompanhamento, mais orientadas para as necessidades e especificidades da população em risco.

1.1 Objetivo

Identificar nas publicações científicas as populações mais vulneráveis ao suicídio em contexto de recessão econômica, considerando os determinantes sociais da saúde, bem como apresentar uma visão sintetizada das evidências disponíveis, modelos estatísticos utilizados nos estudos e lacunas de conhecimento, sobre os efeitos das recessões econômicas na mortalidade por suicídio.

2 MÉTODOS

Este estudo do tipo revisão de escopo (*scoping review*), baseou-se nas recomendações do *The Joanna Brigs Institute*, considerando o *framework* desenvolvido por Arksey e O'Malley (ARKSEY; O'MALLEY, 2005). Os autores seguiram as cinco etapas obrigatórias de desenvolvimento desse tipo de estudo (TRICCO; LILLIE; ZARIN *et al.*, 2018), a saber: i. Identificação da questão de pesquisa; ii. Identificação de estudos relevantes; iii. Seleção dos estudos; iv. Mapeamento dos dados; v. Coleta, resumo e relato dos resultados. Esta revisão de escopo incluiu estudos originais, que analisaram a relação entre a recessão econômica e as taxas de suicídio, para conhecer as evidências existentes.

O relatório desta revisão de escopo segue as diretrizes *PRISMA-ScR* (TRICCO; LILLIE; ZARIN *et al.*, 2018).

As questões da revisão (QR) foram:

- QR1. Durante as recessões econômicas ocorre o aumento na mortalidade por suicídio?
- QR2. Onde se concentram as pesquisas sobre os efeitos da recessão econômica nas taxas de suicídio?
- QR3. Qual população apresenta maior risco de suicídio em contextos de recessão econômica?
- QR4. Quais modelos estatísticos foram usados para analisar os dados?

- QR5. Quais são os principais resultados identificados pelos estudos?

Os objetivos e descritores da revisão foram elencados considerando a combinação do acrônimo PCC (População = Países que vivenciaram períodos de recessão econômica; Conceito = Suicídio; e Contexto = Recessão econômica). Considerando a etapa de identificação dos estudos publicados e disponíveis nas bases de dados, foi realizada uma pesquisa inicial na *National Library of Medicine* (PubMed), seguida da análise das palavras do texto contidas no título e resumo, e dos termos do índice aplicados aos artigos relevantes. Com isso, foi desenvolvida uma primeira estratégia de busca utilizando os descritores indexados no vocabulário controlado do *Medical Subject Heading Terms (MeSH)*: *suicid**, *self-harm**, *self-mutilat**, *economic recession*, *economic crisis* e *economic hardship*.

Assim, foi possível construir nova estratégia de busca, a partir da seleção dos descritores e equivalências e, assim, realizar a captura eletrônica dos estudos nas bases de dados *PubMed*, *Web of Science*, *Scopus* e *Embase*. As buscas nas bases de dados foram realizadas entre 26 a 30 de janeiro de 2020. Foram consideradas as publicações científicas disponíveis que analisaram os efeitos das recessões econômicas nos indicadores de saúde, especificamente, para as taxas de suicídio.

A estratégia de busca utilizada para compor a amostra da revisão foi: *suicid* OR self-harm* or self-mutilat* and "economic recession" or "economic crisis" or "economic hardship"*). Mesmo sendo adaptadas as estratégias de buscas, considerando as particularidades das bases de dados, as semelhanças nas combinações dos descritores foram mantidas. Como critérios de elegibilidade para o estudo, foram utilizados: estudos publicados em qualquer idioma (a), nos últimos dez anos (b), do tipo transversal, ecológico ou longitudinal (c), que tratem dos efeitos da recessão econômica nas taxas de suicídio (d) para diferentes populações (e), considerando os determinantes sociais da saúde. Não sendo considerados os estudos duplicados (f), que tratavam dos dados de morbidade (g) e estudos não disponíveis na íntegra (h).

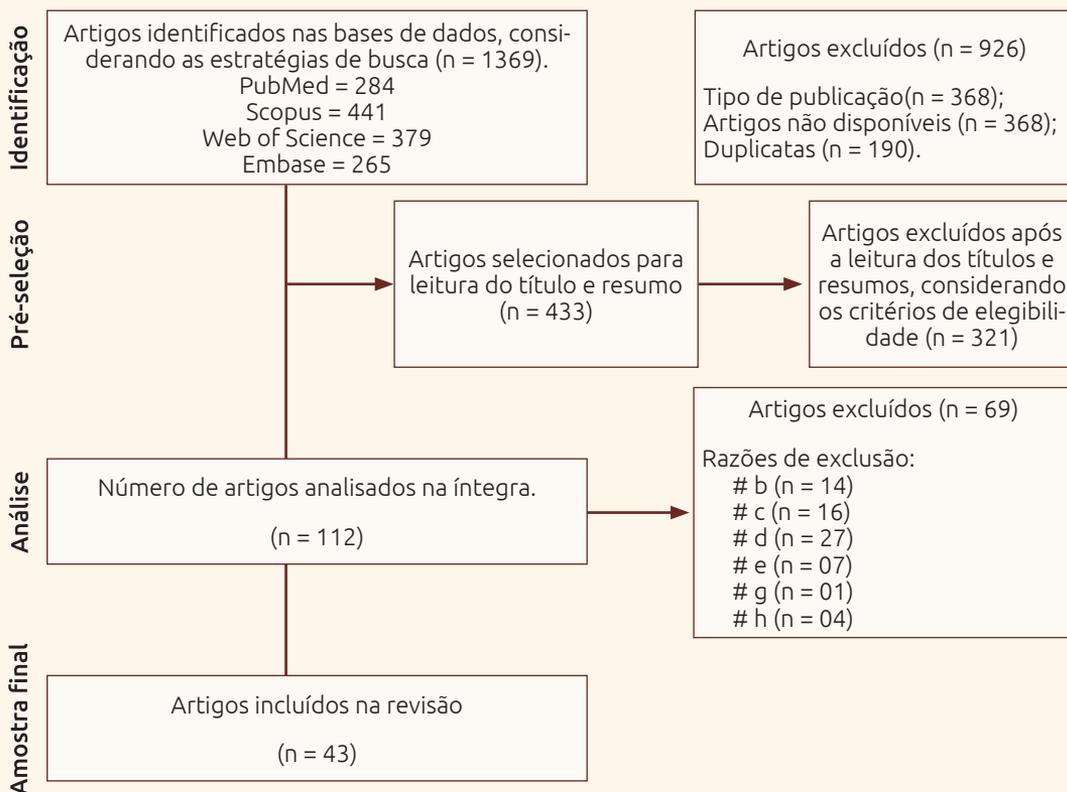
Os estudos identificados utilizando as estratégias de busca nas bases de dados foram exportados para um gerenciador de referências e as duplicatas foram automaticamente removidas usando este dispositivo.

A seleção inicial dos artigos compreende a terceira etapa da revisão, em que foi realizada a leitura dos títulos e resumos por dois autores, às cegas. Os conflitos entre os dois autores foram resolvidos por um terceiro autor. Um formulário de extração de dados foi desenvolvido para coletar as informações necessárias para a síntese dos dados. Após a extração de dados,

utilizando uma amostra aleatória de cinco artigos, foi realizado o refinamento no formulário e, assim, listados os artigos para leitura na íntegra, momento em que é iniciada a quarta etapa, com a análise desses artigos, baseada nas variáveis: título do estudo, ano de publicação, periódico, país/região do estudo, objetivos, desenho, tempo de coleta dos dados, modelos estatísticos utilizados, ocorrência de mudança nas taxas de suicídio com a recessão econômica, população mais vulnerável, resultados encontrados e limitações do estudo.

Por fim, na quinta etapa, os dados foram analisados e os resultados tabulados e descritos. A seleção dos artigos é apresentada em um diagrama de fluxo, na Figura 1. O protocolo da revisão encontra-se disponível na plataforma aberta *Open Software Foundation* (OSF), por meio do endereço: <https://osf.io/v4h85/>.

Figura 1 – Diagrama de fluxo *PRISMA-Scr, Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for scoping reviews* relacionado ao processo de seleção e inclusão dos estudos na revisão, 2010 a 2020.



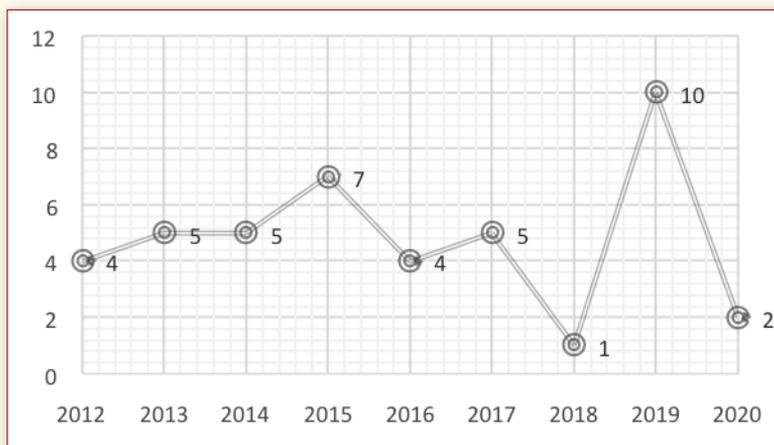
Fonte: Elaborado pelos autores, 2020.

3 RESULTADOS

No total, 1.369 registros foram obtidos utilizando as estratégias de busca. Destes, 926 foram excluídos, sendo 190 duplicatas e os demais (736) por não contemplarem algum dos critérios de elegibilidade, ficando 433 artigos para análise dos títulos e resumos. Destes, 321 foram excluídos após a triagem deixando um total de 112 artigos completos para avaliação. Os motivos para a exclusão durante a revisão de texto completo aparecem na Figura 1, com a maioria dos estudos excluídos porque eles não se concentraram na análise dos efeitos da recessão econômica nas taxas de suicídio (critério de inclusão # d, $n = 27$). Após todas as etapas de triagem e critérios de inclusão/exclusão, foi selecionada uma lista final de 43 artigos.

Identificamos estudos publicados entre os anos 2010 a 2020 (figura 2). Seguindo os critérios de elegibilidade, não há registros de artigos publicados nos anos 2010 e 2011, contudo, os estudos compreendem, em sua metodologia, um recorte temporal de coleta de dados, que variaram do ano de 1960 ao ano de 2017. A partir do ano de 2012 são identificadas quatro publicações, sendo os maiores registros em 2015 ($n = 7$; 16,28%) e em 2019 ($n = 10$; 23,26%). Como a seleção das publicações ocorreu no início do ano de 2020, possivelmente mais artigos poderão ter sido publicados no decorrer desse ano.

Figura 2 - Distribuição das publicações que compõem a amostra da revisão ($n = 43$), ao longo dos anos. 2010 a 2020.



Fonte: Elaborado pelos autores, 2020.

A Tabela 1 apresenta os resultados relacionados à caracterização da amostra, visando conhecer as características gerais dos estudos, considerando os critérios de elegibilidade. Em relação ao desenho, identificamos estudos do tipo ecológico (n = 38; 88,37%) e longitudinais (n = 5; 11,63%). A região do mundo com maior concentração de publicações foi a Europa (n = 29; 67,44%), sendo a Espanha, Reino Unido e Grécia os países mais estudados. Na sequência, a Ásia (n = 6; 13,95%) e Américas (n = 4; 9,30%). Foram identificados dois registros que analisaram os dados de países em diferentes continentes (n= 2; 4,65%). Nas Américas, a maioria das publicações se concentrou nos Estados Unidos. Os dados brasileiros foram analisados em dois estudos, sendo um específico para o Brasil e ou outro considerando diversos países em mais de um continente, sendo esse o único estudo que investigou mais de um país da América Latina.

Em relação ao tempo de coleta de dados, a maioria das publicações analisou, sobretudo, um recorte temporal superior a 10 anos (n= 24; 55,81%). Diversos tipos de modelos estatísticos foram utilizados nos estudos, sendo os mais utilizados para a análise dos dados, o modelo de regressão de *Poisson* (n = 7; 16,28%) e o modelo de regressão de dados em painel (n = 7; 16,28%), seguida da regressão logística binomial (n = 6; 13,95), regressão de *Joinpoint* (n = 4; 9,30%), regressão linear (n = 4; 9,30%) e modelo bayesiano hierárquico (n = 4; 9,30%).

Tabela 1 - Caracterização da amostra de estudos selecionados considerando os critérios de elegibilidade (n = 43). 2010 a 2020.

Caracterização		n	%
Tipo de estudo	Ecológico	38	88,37
	Longitudinal	5	11,63
Região do estudo	Américas	4	9,30
	Ásia	6	13,95
	Europa	29	67,44
	Oceania	2	4,65
	Mais de um continente	2	4,65
Tempo de coleta de dados	≤ 5 anos	4	9,30
	Entre 6 e 10 anos	15	34,88
	≥ 11 anos	24	55,81

Caracterização		n	%
Modelo estatístico utilizado no estudo	Regressão de Poisson	7	16,28
	Regressão de painel (efeitos fixos ou aleatórios)	7	16,28
	Regressão logística binomial	6	13,95
	Regressão Joinpoint	4	9,30
	Regressão linear	4	9,30
	Modelo bayesiano hierárquico e hierárquico misto	4	9,30
	Regressão Cox	3	6,98
	Modelo de equação de estimativa generalizada	3	6,98
	Modelos ARIMA (média móvel integrada autorregressiva)	2	4,65
	Outros ^a	3	6,98

^a modelos diversos encontrados em sete artigos (Regressão de Prais-Winston, Strata-bootstrap).

Fonte: Pesquisa direta, 2020.

A Tabela 2 agrupa as publicações pelas variáveis analisadas, tendo em consideração os determinantes sociais da saúde (estruturais e intermediários) para o suicídio em contexto de recessão econômica, de modo a captar quais populações estariam mais vulneráveis. As variáveis mais presentes nos estudos se concentravam nos determinantes estruturais, sendo o sexo (n = 38; 88,37%) a mais investigada, seguida do emprego/desemprego (n = 25; 58,14%), faixa etária (n = 19; 44,19%) e políticas de proteção social (n = 9; 20,93%).

Considerando os resultados dos estudos, observou-se o aumento nas taxas de suicídio considerando o contexto da recessão econômica nos diversos países analisados. Percebeu-se que o maior risco para o suicídio se concentrou na população masculina (trinta e dois artigos) e desempregada (vinte artigos). Um estudo apontou que países com maior igualdade de gênero minimizaram as consequências suicidas dos choques econômicos, especialmente em homens. A manutenção das políticas de proteção social em períodos de recessão econômica produziu um efeito protetor para o risco de suicídio (quatro artigos), sobretudo na população desempregada e de menor qualificação profissional. Nesse contexto, as populações mais afetadas com os efeitos da recessão foram as de maior escolaridade e qualificação profissional. Alguns estudos identificaram o aumento nas taxas de suicídio na população rural (dois artigos) em determinadas ocupações (gerentes, empregadores, agricultores, silvicultores, artesãos, pescadores, escriturários e trabalhadores com vendas) e em uso de álcool ou outras drogas (dois artigos).

4 DISCUSSÃO

Segundo os resultados da revisão, há a percepção por parte dos autores dos estudos que compuseram a amostra, que as taxas de suicídio podem aumentar em contextos de recessão econômica. Observou-se o aumento no número absoluto de publicações após 2012, em que parte dos estudos analisaram os dados e efeitos imediatos (durante e logo após) da recessão econômica ocorrida após 2008, denominada como a crise do Euro (2008-2012), até o ano de 2015. Já os estudos publicados entre 2017 e 2019 consideraram também os efeitos retardados da recessão nas taxas de suicídio. Sugere-se que os estudos que analisem os efeitos das crises econômicas nos indicadores de saúde, considerem até, pelo menos, três anos de dados pós-crise (BATTY *et al.*, 2018), embora sejam observados aumentos nas taxas de suicídio após o início da recessão em alguns estudos (FOUNTOULAKIS, 2020; MACHADO *et al.*, 2019; HUIKARI; MIETTUNEN; KORHONEN, 2019; RUIZ-PEREZ *et al.*, 2017; SAURINA; MARZO; SAEZ, 2015; POMPILI *et al.*, 2014).

O continente com maior produção científica, considerando a amostra da revisão foi a Europa, com mais da metade dos estudos. Observam-se lacunas de informações em relação ao problema em diversos territórios, a exemplo do América Latina, muito embora seja registrado o aumento nas taxas de suicídio, considerando o período entre 2006 e 2017 (WHO, 2019). No Brasil, por exemplo, segundo relatório da Organização Mundial de Saúde, foi registrado o aumento de 7% nas taxas de suicídio padronizadas por idade, enquanto a taxa global reduziu em 9,8%, no mesmo período supracitado (WHO, 2019).

O desenho ecológico foi o mais identificado nos estudos que compuseram a amostra da revisão, sendo explicado pela maior disponibilidade de dados agregados para grandes recortes temporais. A escolha prioritária pelo modelo do tipo regressão *Poisson* (ALEXOPOULOS; KAVALIDOU; MESSOLORA, 2019; LÓPEZ-CONTRERAS *et al.*, 2019; SOLEYMANI; YIP, 2019; BASTA *et al.*, 2018; ALVAREZ-GALVEZ *et al.*, 2017; BERNAL *et al.*, 2013) e de dados em painel (MATTEI; PISTORESÍ; DE VOGLI, 2019; FERREIRA; MONTEIRO; MANSO, 2019; BLÁSQUEZ-FERNÁNDEZ; CANTARERO-PRIETO; PASCUAL-SAEZ, 2017; KERR *et al.*, 2017), pode ter relação com o tipo de desenho dos estudos, bem como pela distribuição dos dados, da hipótese de aumento na tendência dos dados ao longo dos períodos de estudo, além de considerar a necessidade de corrigir alguns efeitos característicos dos estudos ecológicos, para ajustar os dados aos fatores de confusão, dentre eles as variáveis de suporte social e desemprego (de curta e longa duração)

(FOUNTOULAKIS, 2020; REEVES *et al.*, 2015; BARR *et al.*, 2012), da sazonalidade e da autocorrelação (ALEXOPOULOS; KAVALIDOU; MESSOLORA, 2019; LÓPEZ-CONTRERAS *et al.*, 2019; BASTA *et al.*, 2018; ALVAREZ-GALVEZ *et al.*, 2017; RUIZ-PEREZ *et al.*, 2017; BERNAL *et al.*, 2013), identificada nos dados de suicídio.

Tabela 2 - Principais variáveis dos determinantes sociais da saúde para o suicídio em contexto de recessão econômica, presentes nos artigos de pesquisa identificados na *scoping review* (n= 43). 2010 a 2020.

Determinantes sociais da saúde	Variáveis analisadas	Artigos	n (%)
Determinantes estruturais	Emprego/desemprego	FOUNTOULAKIS, 2020; CARRIERE <i>et al.</i> , 2019; MATTEI <i>et al.</i> , 2019; LÓPEZ-CONTRERAS <i>et al.</i> , 2019; FERREIRA <i>et al.</i> , 2019; IBRAHIN <i>et al.</i> , 2019; BLÁSQUEZ-FERNÁNDEZ <i>et al.</i> , 2017; KERR <i>et al.</i> , 2017; AVENDANO <i>et al.</i> , 2017; RUIZ-PEREZ <i>et al.</i> , 2017; WADA; GILMOUR, 2016; REEVES <i>et al.</i> , 2016; FERNÁNDEZ-NAVARRO <i>et al.</i> , 2016; VÁGERÖ; GARCY, 2016; REEVES <i>et al.</i> , 2015; NORSTRÖM; GRÖNQVIST, 2015; RACHIOTIS <i>et al.</i> , 2015; CHAN <i>et al.</i> , 2014; MILNER <i>et al.</i> , 2014; TOFFOLUTTI; SUHRCKE, 2014; SAURINA <i>et al.</i> , 2013; GARCY; VÁGERÖ, 2013; CHANG <i>et al.</i> , 2013; BARR <i>et al.</i> , 2012; GARCY; VÁGERÖ, 2012.	25 (58,14)
	Políticas de Proteção social ou medidas de austeridade	MACHADO <i>et al.</i> , 2019; MATTEI <i>et al.</i> , 2019; FERREIRA <i>et al.</i> , 2019; ALVAREZ-GALVEZ <i>et al.</i> , 2017; AVENDANO <i>et al.</i> , 2017; WADA; GILMOUR, 2016; REEVES <i>et al.</i> , 2016; NORSTRÖM; GRÖNQVIST, 2015; TOFFOLUTTI; SUHRCKE, 2014	9 (20,93)
	Índice de Desenvolvimento Humano e/ou taxas de pobreza	BORRELL <i>et al.</i> , 2020; CARRIERE <i>et al.</i> , 2019; MACHADO <i>et al.</i> , 2019; YOON <i>et al.</i> , 2019; KERR <i>et al.</i> , 2017; YOON <i>et al.</i> , 2012.	6 (13,95)
	Sexo	BORRELL <i>et al.</i> , 2020; FOUNTOULAKIS, 2020; CARRIERE <i>et al.</i> , 2019; ALEXOPOULOS <i>et al.</i> , 2019; SOLEYMANI; YIP, 2019; MATTEI <i>et al.</i> , 2019; LÓPEZ-CONTRERAS <i>et al.</i> , 2019; FERREIRA <i>et al.</i> , 2019; HUIKARI <i>et al.</i> , 2019; IBRAHIN <i>et al.</i> , 2019; BASTA <i>et al.</i> , 2018; BLÁSQUEZ-FERNÁNDEZ <i>et al.</i> , 2017; KERR <i>et al.</i> , 2017; AVENDANO <i>et al.</i> , 2017; RUIZ-PEREZ <i>et al.</i> , 2017; WADA; GILMOUR, 2016; REEVES <i>et al.</i> , 2016; FERNÁNDEZ-NAVARRO <i>et al.</i> , 2016; VÁGERÖ; GARCY, 2016; CORCORAN <i>et al.</i> , 2015; MILNER <i>et al.</i> , 2015; REEVES <i>et al.</i> , 2015; NORSTRÖM; GRÖNQVIST, 2015; RACHIOTIS <i>et al.</i> , 2015; SANTANA <i>et al.</i> , 2015; SAURINA <i>et al.</i> , 2013; POMPILI <i>et al.</i> , 2014; CHAN <i>et al.</i> , 2014; MILNER <i>et al.</i> , 2014; BERNAL <i>et al.</i> , 2013; SAURINA <i>et al.</i> , 2013; GARCY; VÁGERÖ, 2013; CHANG <i>et al.</i> , 2013; WADA <i>et al.</i> , 2012; YOON <i>et al.</i> , 2012; BARR <i>et al.</i> , 2012; GARCY; VÁGERÖ, 2012.	38 (88,37)

Determinantes sociais da saúde	Variáveis analisadas	Artigos	n (%)
Determinantes estruturais	Faixa etária	FOUNTOULAKIS, 2020; ALEXOPOULOS <i>et al.</i> , 2019; MATTEI <i>et al.</i> , 2019; LÓPEZ-CONTRERAS <i>et al.</i> , 2019; IBRAHIN <i>et al.</i> , 2019; BASTA <i>et al.</i> , 2018; KERR <i>et al.</i> , 2017; AVENDANO <i>et al.</i> , 2017; RUIZ-PEREZ <i>et al.</i> , 2017; WADA; GILMOUR, 2016; REEVES <i>et al.</i> , 2016; CORCORAN <i>et al.</i> , 2015; RACHIOTIS <i>et al.</i> , 2015; SAURINA <i>et al.</i> , 2013; POMPILI <i>et al.</i> , 2014; HOULE; LIGHT, 2014; BERNAL <i>et al.</i> , 2013; KONTAXAKIS <i>et al.</i> , 2013; CHANG <i>et al.</i> , 2013.	19 (44,19)
	Escolaridade	YOON <i>et al.</i> , 2019; AVENDANO <i>et al.</i> , 2017.	2 (4,65)
	Ocupação	ALEXOPOULOS <i>et al.</i> , 2019; YOON <i>et al.</i> , 2019; MILLNER <i>et al.</i> , 2014; CHAN <i>et al.</i> , 2014; WADA <i>et al.</i> , 2012; YOON <i>et al.</i> , 2012.	6 (13,95)
	Moradia	KERR <i>et al.</i> , 2017; REEVES <i>et al.</i> , 2016; HOULE; LIGHT, 2014.	3 (6,98)
	Região do domicílio (urbano/rural)	BORRELL <i>et al.</i> , 2020; CARRIERE <i>et al.</i> , 2019; SANTANA <i>et al.</i> , 2015.	3 (6,98)
Determinantes intermediários	Fatores comportamentais	IBRAHIN <i>et al.</i> , 2019; KERR <i>et al.</i> , 2017.	2 (4,65)
	Circunstancias materiais	BLÁSQUEZ-FERNÁNDEZ <i>et al.</i> , 2017; SANTANA <i>et al.</i> , 2015.	2 (4,65)
	Acesso ao apoio emocional	BASTA <i>et al.</i> , 2018	1 (2,33)

Nota: alguns artigos analisaram mais de uma variável.

Fonte: Pesquisa direta, 2020.

Os estudos exploraram, sobretudo, as variáveis relacionadas aos determinantes estruturais dos DSS. Esses compreendem os contextos socioeconômicos e político (governança, políticas macroeconômicas, políticas sociais, políticas públicas e valores sociais e culturais), os quais dão origem a um conjunto de posições socioeconômicas. Nessas posições, os indivíduos são estratificados considerando a sua classe social, gênero, etnia/raça, educação, ocupação, entre outros fatores (WHO, 2010). Poucos estudos analisaram variáveis dos determinantes intermediários (fatores comportamentais, circunstâncias materiais, de organização e acesso aos serviços de suporte emocional ou ainda fatores psicossociais).

Observou-se que a população masculina apresentou maior risco de suicídio considerando o contexto de recessão econômica, sobretudo associada ao desemprego e nas faixas etárias mais produtivas, mas também nos idosos. Além da interação com os fatores macroeconômicos, esses achados se relacionam com os valores sociais e a cultura da sociedade, ainda tendo como referência forte o modelo patriarcal, construído historicamente, com maior

pressão normativa aos homens quanto ao provimento econômico da família e a forma de reagir ao desemprego, bem como considerando as expectativas relacionadas ao comportamento e atributos da masculinidade, as quais podem influenciar no aumento das taxas de suicídio para os homens, sobretudo nos estratos sociais economicamente desfavorecidos (BATTY *et al.*, 2018). De acordo com Durkheim (2000), em contextos de mudanças importantes na ordem social, considerando crescimento repentino ou recessões ou catástrofes inesperadas, os homens estão mais inclinados à autodestruição. Um dos artigos analisados evidenciou que, em sociedades com maior igualdade de gênero, as consequências suicidas em contexto de recessão foram amortecidas, sobretudo, na população masculina (WADA, 2012), mas não às custas da população feminina, já que não foram observados efeitos prejudiciais das normas igualitárias de gênero sobre o suicídio feminino, o que reforça a importância de também reduzir as desigualdades de gênero, como forma de regulação social e de proteção contra o suicídio.

Outro resultado que merece destaque é a relação entre o aumento nos suicídios e a redução de políticas de proteção social durante os períodos de recessão. Medidas macroeconômicas adotadas pelos governos, bem como a instituição (ou não) ou interrupção de políticas de proteção social podem influenciar na tendência das taxas de mortalidade para diversas causas, inclusive o suicídio. Países que adotaram medidas de austeridade fiscal, como reação política e econômica à recessão econômica, observaram o aumento nas taxas de suicídio (TOFFOLUTTI; SUHRCKE, 2014; MACHADO *et al.*, 2019; FERREIRA; MONTEIRO; MANSO, 2019). A medida de austeridade adotada no período da crise econômica pode piorar a percepção das pessoas com relação à segurança econômica e pode produzir redução de políticas de proteção social e de investimentos em saúde (MACHADO *et al.*, 2019).

4 IMPLICAÇÕES

Considerar os determinantes sociais da saúde que podem influenciar nos indicadores de saúde é um elemento essencial no processo de trabalho dos formuladores de políticas públicas de saúde e na tomada de decisão de gestores e trabalhadores de saúde. Sendo a recessão econômica um evento que produz efeitos nas taxas de suicídio, essa revisão demonstra a importância de analisar esses efeitos nas populações mais vulneráveis. E ainda identificam, nos estudos analisados, as estratégias e políticas que, quando mantidas ou fortalecidas, minimizaram os efeitos da crise econômica nas taxas de suicídio. Nesse sentido, o estudo aponta a proteção

social como fator de proteção para a mortalidade por suicídio. No entanto, na contramão, percebe-se o aumento de medidas de austeridade em países latino americanos, como por exemplo, no Brasil. Como é esperada uma desaceleração econômica, acompanhada do aumento no desemprego e da pobreza no mundo, impulsionada pela pandemia da COVID-19, considerar o fortalecimento de medidas de proteção social e de vigilância em saúde são estratégias importantes, visando minimizar as implicações de uma possível nova recessão econômica nas taxas de suicídio. Além disso, a revisão aponta que nos países latino-americanos essas análises ainda são escassas, bem como há lacunas de investigação quanto às demais variáveis que podem influenciar no aumento das taxas de suicídio. O estudo evidencia essa problemática e aponta a necessidade de ampliar as análises nesses países, considerando ainda as características distintas desses territórios e os determinantes comportamentais e de acesso.

REFERÊNCIAS

ALEXOPOULOS, E.; KAVALIDOU, K., MESSOLORA, F. Suicide Mortality Patterns in Greek Work Force before and during the Economic Crisis. **Int. J. Environ. Res. Public Health**. Basel, v. 16, n. 3, p. 1-9, 2019.

ALVAREZ-GALVEZ, J.; SALINAS-PEREZ, J. A., RODERO-COSANO, M. L. *et al.* Methodological barriers to studying the association between the economic crisis and suicide in Spain. **BMC Public Health**, London, v. 17, n. 694, p. 1-10, 2017.

ARKSEY, H.; O'MALLEY, L. Scoping studies: towards a methodological framework. **Int. J. Soc. Res. Methodol.** United Kingdom, v. 8, n. 1, p. 19-32, 2005.

AVENDANO, M.; MOUSTGAARD, H.; MARTIKAINEN, P. Are some populations resilient to recessions? Economic fluctuations and mortality during a period of economic decline and recovery in Finland. **Eur. J. Epidemiol.**, Netherlands v. 32, p.77–85, 2017.

BASTA, M. *et al.* Suicide rates in Crete, Greece during the economic crisis: the effect of age, gender, unemployment and mental health service provision. **BMC Psychiatry**. London, v. 18, n. 356, p. 1-8, 2018.

BARR, B. *et al.* Suicides associated with the 2008-10 economic recession in England: time trend analysis. **BMJ**. London, v. 345, n.e5142, p.1-7, 2012.

BATTY, G. D. *et al.* Psychosocial characteristics as potential predictors of suicide in adults: an overview of the evidence with new results from prospective cohort studies. **Transl. Psychiatry**. London, v. 8, n. 22, p.1-15, 2018.

BERNAL, J. A. L. *et al.* The effect of the late 2000s financial crisis on suicides in Spain: an interrupted time-series analysis. **Eur. J. Public Health**., London, v. 23, n. 5, p. 1500–1507, 2013.

BLÁSQUEZ-FERNÁNDEZ, C. *et al.* What does it drive the relationship between suicides and economic conditions? New evidence from Spain. **Soc. Indic. Res.** v. 130, p. 1087–1099, 2017.

BORRELL, C. *et al.* Socioeconomic inequalities in suicide mortality in European urban areas before and during the economic recession. **Eur. J. Public Health**. v. 30, n.1, p. 92-98, 2020.

CARRIERE, D. E. *et al.* Response to economic shock: the impact of recession on rural-urban suicides in the United States. **J. Rural Health**. v. 35, n.2, p.1-9, 2019.

CHAN, C. H. *et al.* Suicide rates among working-age adults in South Korea before and after the 2008 economic crisis. **J. Epidemiol Community Health**. v. 68, p.246–252, 2014. doi: 10.1136/jech-2013-202759.

CHANG, S. *et al.* Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. **BMJ**. v. 347, n. f5239, p.1-15, 2013.

CORCORAN, P. *et al.* Impact of the economic recession and subsequent austerity on suicide and self-harm in Ireland: An interrupted time series analysis. **Int J Epidemiol**. v. 4, n.3, p. 969–977, 2015.

DURKHEIM, E. **Suicídio: estudo de sociologia**. 1ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

FERNÁNDEZ-NAVARRO, P. *et al.* Suicide mortality trends in Galicia, Spain and their relationship with economic indicators. **Epidemiol. Psychiatr. Sci.** v. 25, p. 475–484, 2016.

FERREIRA, E. R.; MONTEIRO, J. D, MANSO J. R. P. Death by economic crisis: suicide and self-inflicted injury in the European Union (EU15) during the worst of times. **Society and Economy**. v. 41, n. 1, p.145–164, 2019.

FOUNTOULAKIS, K. N. Suicides in Greece before and during the period of austerity by sex and age group: relationship to unemployment and economic variables. **J. Affect. Disord.** v. 260, n. 2020, p.174–182, 2020.

GARCY, A. M.; VÅGERÖ, D. The length of unemployment predicts mortality, differently in men and women, and by cause of death: a six-year mortality follow-up of the Swedish 1992-1996 recession. **Soc Sci Med**. v.74, p. 1911-1920, 2012.

GARCY, A. M.; VÅGERÖ, D. Unemployment and suicide during and after a deep recession: a longitudinal study of 3.4 million Swedish men and women. **Am. J. Public Health**. v.103, n. 6, p. 1031-1038, 2013.

HOULE, J. N.; LIGHT, M. T. The home foreclosure crisis and rising suicide rates, 2005 to 2010. **Am. J. Public Health**. v. 104, n. 6, p. 1073-1079, 2014.

HUIKARI, S.; MIETTUNEN, J.; KORHONEN, M. Economic crises and suicides between 1970 and 2011: time trend study in 21 developed countries. **J. Epidemiol. Community health**. v. 73, p.311–316, 2019.

IBRAHIM, S.; HUNT, I. M.; RAHMAN, M. S.; *et al.* Recession, recovery and suicide in mental health patients in England: time trend analysis. **BJPsych**. v. 215, p. 608–614, 2019.

KERR, W. C.; KAPLAN, M. S.; HUGUET, N.; *et al.* Economic recession, alcohol, and suicide rates: comparative effects of poverty, foreclosure, and job loss. **Am. J. Prev. Med**. v. 52, n. 4, p. 469-475, 2017.

KONTAXAKIS, V. *et al.* Suicide in Greece: 2001-2011. **Psychiatriki**. v. 24, n. 3, p. 170-174, 2013.

LÓPEZ-CONTRERAS, N. *et al.* Socioeconomic inequalities in suicide mortality in Barcelona during the economic crisis (2006-2016): a time trend study. **BMJ Open**. v. 9, n. e028267, p.1-10, 2019.

MACHADO, D. B. *et al.* Austerity policies in Brazil may affect violence related outcomes. **Cien Saude Colet.** v. 24, n. 12, p. 4385-4393, 2019.

MATTEI, G.; PISTORESINI, B.; DE VOGLI, R. Impact of the economic crises on suicide in Italy: the moderating role of active labor market programs. **Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.** 54(2):201-208, 2019.

MILNER, A.; MORRELL, S.; LAMONTAGNE, A. D. Economically inactive, unemployed and employed suicides in Australia by age and sex over a 10-year period: What was the impact of the 2007 economic recession? **Int. J. Epidemiol.** v. 43, n. 5, p. 1500–1507, 2014.

MILNER, A. J.; NIVEN, H.; LAMONTAGNE, A. D. Occupational class differences in suicide: evidence of changes over time and during the global financial crisis in Australia. **BMC psychiatry.** v. 15, n. 223, p. 1-7, 2015.

NORSTRÖM, T.; GRÖNQVIST, H. The Great Recession, unemployment and suicide. **J Epidemiol Community Health.** v. 69, p.110–116, 2015.

POMPILI, M. *et al.* Suicide in Italy during a time of economic recession: some recent data related to age and gender based on a nationwide register study. **Health Soc Care Community.** v. 22, n. 4, p. 361–367, 2014.

RACHIOTIS, G. *et al.* What has happened to suicides during the Greek economic crisis? Findings from an ecological study of suicides and their determinants (2003-2012). **BMJ Open.** v. 5; n. e007295, p. 1-6, 2015.

REEVES, A.; STUCKLER, D. Suicidality, economic shocks, and egalitarian gender norms. **Eur. Sociol. Rev.** v. 32, n. 1, p. 39-53, 2016.

REEVES, A. *et al.* Economic shocks, resilience, and male suicides in the Great Recession: cross-national analysis of 20 EU countries. **Eur. J. Public Health.** v. 25, n. 3, p. 404–409, 2015.

RUIZ-PEREZ, I. *et al.* Economic crisis and suicides in Spain. Socio-demographic and regional variability. **Eur. J. Health Econ.** v. 18, n. 3, p. 313-320, 2017.

SAEZ, M. *et al.* Evaluation of the biases in the studies that assess the effects of the great recession on health: a systematic review. **Int. J. Environ. Res. Public Health**. v. 16, n. 2479, p. 1-20, 2019.

SANTANA, P. *et al.* Suicide in Portugal: Spatial determinants in a context of economic crisis. **Health Place**. v. 35, p. 85–94, 2015.

SAURINA, C. *et al.* A conditional model for estimating the increase in suicides associated with the 2008-2010 economic recession in England. **J. Epidemiol. Community Health**. v. 67, p.779–787, 2013.

SAURINA, C; MARZO, M.; SAEZ, M. Inequalities in suicide mortality rates and the economic recession in the municipalities of Catalonia, Spain. **Int. J. Equity Health**. v. 14, n. 75, p.1-10, 2015.

SOLEYMANI, M.; YIP, P. S. F. Assessing the impact of the economic crises in 1997 and 2008 on suicides in Hong Kong, Taiwan and South Korea using a strata-bootstrap algorithm. **J. Appl. Stat.** v. 47, n. 4, p. 1-19, 2019.

TOFFOLUTTI, V.; SUHRCKE, M. Assessing the short-term health impact of the Great Recession in the European Union: a cross-country panel analysis. **Prev. Med.** v. 64, n. 1, p. 54-62, 2014.

TRICCO, A. C. *et al.* PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. **Ann. Intern. Med.** v. 169, n. 7, p. 467-473, 2018.

VÅGERÖ, D.; GARCY, A. M. Does unemployment cause long-term mortality? Selection and causation after the 1992-96 deep Swedish recession. **Eur. J. Public Health**. v. 26, n. 5, p. 778-783.

WADA, K. *et al.* Trends in cause specific mortality across occupations in Japanese men of working age during period of economic stagnation, 1980-2005: retrospective cohort study. **BMJ**. v. 344, n. e1191, p.1-13, 2012.

WADA, K.; GILMOUR, S. Inequality in mortality by occupation related to economic crisis from 1980 to 2010 among working-age Japanese males. **Sci. Rep.** v. 6, n. 1, p. 222- 255, 2016.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Suicide in the world**: Global Health Estimates. Geneva: WHO, 2019.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health**. Geneva: WHO, 2010.

YOON, J. *et al.* Suicide trends over time by occupation in Korea and their relationship to economic downturns. **Int. J. Environ. Res. Public Health**. v. 16, n. 2007, p. 1-10, 2019.

YOON, J. *et al.* Investigating the time lag effect between economic recession and suicide rates in agriculture, fisheries, and forestry workers in Korea. **Saf Health Work**. v. 3, n. 4, p. 294-297, 2012.

15

SAÚDE, BEM-ESTAR E ENVELHECIMENTO EM POPULAÇÕES CONSANGUÍNEAS NA PARAÍBA: DESCRIÇÃO DOS MÉTODOS E ACHADOS COM IDOSOS LONGEVOS

Silvana Santos¹

Júlia Cristina Leite Nóbrega¹

Raisa Fernandes Mariz¹

Juliana Barbosa Medeiros¹

Tácila Thamires de Melo Santos¹

Saionara Açucena Vieira Alves¹

Javanna Lacerda Gomes da Silva Freitas¹

Jaíza Marques Medeiros e Silva¹

Elayne Costa Cordeiro¹

Priscilla Yévelin Barros de Melo¹

Leandro Ucela Alves¹

Tarciana Nobre de Menezes¹

¹ Universidade Estadual da Paraíba.

1 INTRODUÇÃO

A longevidade humana é uma realidade mundial e o envelhecimento está associado a características geneticamente complexas, a fatores ambientais e ao estilo de vida, bem como à interação desses componentes (DATO *et al.*, 2017). Neste contexto, estudos envolvendo as interações gene-ambiente e gene-gene podem melhorar a compreensão desses determinantes envolvidos na longevidade humana, assim como dos mecanismos de proteção contra doenças relacionadas à idade. Os estudos genômicos, proteômicos e epigenéticos, associados às análises tradicionais genealógicas, padrões de transmissão em conjuntos de dados multigeracionais e complementados por estudos epidemiológicos, podem potencializar a compreensão do fenômeno da longevidade (VAN DEN BERG *et al.*, 2017).

No Brasil, o Centro de Estudos do Genoma Humano da Universidade de São Paulo vem desenvolvendo pesquisas sobre a genética da longevidade envolvendo idosos com 80 anos ou mais, tendo criado, pela primeira vez, o Arquivo Brasileiro Online de Mutações (ABRAOM), um banco de dados genômicos de idosos brasileiros (NASLAVSKY *et al.*, 2017). Este trabalho foi viabilizado por meio da parceria estabelecida com epidemiologistas da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, que desenvolvem, há quase vinte anos, uma pesquisa longitudinal com várias coortes de idosos do município de São Paulo, conhecida por Estudo Saúde, Bem Estar e Envelhecimento (Estudo SABE/SP), a qual, por sua vez, derivou de uma iniciativa da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), com a participação de países da América Latina, como Barbados, Argentina, Brasil, Chile, Cuba, México e Uruguai.

Essa colaboração entre epidemiologistas e geneticistas deu origem ao projeto intitulado “Envelhecimento e Doenças Genéticas: Genômica e Metagenômica”. Uma das vertentes desse projeto colaborativo foi a ampliação do estudo SABE, em termos metodológicos e populacionais, com a inclusão de análises genômicas e ampliação das populações investigadas com especificidades, como aquelas que vivem em zonas rurais, que apresentam um estilo de mais homogêneo e que mantêm a tradição de casamentos consanguíneos.

Desde meados do século passado, pesquisas têm mostrado que, no Nordeste, havia quinze vezes mais uniões consanguíneas quando comparado ao Sudeste do Brasil (FREIRE-MAIA, 1958; KAKU; FREIRE-MAIA, 1992; FREIRE-MAIA, 1990). Em um estudo mais recente, envolvendo 39 cidades da Paraíba, verificou-se que em média 20% das uniões eram consanguíneas,

variando de 6% a 41%, e sendo mais prevalente no sertão. Diante dessas características, o Estudo SABE de São Paulo foi ampliado para o estado da Paraíba, dando origem ao Estudo SABE-PB.

A consanguinidade parece contribuir positivamente para aumento da fertilidade e expectativa de vida das pessoas (CASELLI *et al.*, 2013). Na Sardenha, uma ilha localizada no Mar Mediterrâneo, conhecida mundialmente pela elevada prevalência de centenários, há elevadas taxas de uniões consanguíneas (DEIANA *et al.*, 1999; POULAIN *et al.*, 2004; LIPSI *et al.*, 2015). Essa população vive relativamente isolada e apresenta baixa taxa de imigração associada à alta frequência de casamentos consanguíneos por várias gerações e seus habitantes apresentam estilo de vida bastante homogêneo (DEIANA *et al.*, 1999; POULAIN *et al.*, 2004; LIPSI *et al.*, 2015). Esse elevado nível de consanguinidade pode ser explicado por alguns fatores, como as crenças culturais, a distância dos centros urbanos, os altos custos de transporte e a infraestrutura deficiente (DI GAETANO *et al.*, 2014). Muitas famílias ainda vivem em pequenas fazendas, de difícil acesso e dispersas em torno de pequenas cidades situadas a centenas de quilômetros de distância do centro urbano mais próximo (WELLER *et al.*, 2012).

Os indivíduos centenários que vivem na Sardenha constituem um grupo excepcionalmente homogêneo (CASELLI *et al.*, 2013; DI GAETANO *et al.*, 2014). Nesta população de idosos longevos, verificou-se uma proporção de 1:1 entre homens e mulheres, o que a distingue de outras populações existentes no mundo (20). Foi levantada a hipótese de que a consanguinidade poderia contribuir para aumentar a expectativa dos idosos do sexo masculino, em virtude da melhor rede de apoio familiar em comunidades consanguíneas (DI GAETANO *et al.*, 2014).

Em razão das semelhanças das populações que vivem no sertão nordestino e a população centenária da Sardenha, aventou-se a hipótese de que a consanguinidade poderia ter um papel positivo sobre a fertilidade e longevidade, especialmente em relação à saúde de idosos do sexo masculino. Por outro lado, essas populações são tri-híbridas sob o ponto de vista genético, tendo em sua constituição as contribuições genéticas dos nativos americanos, de imigrantes europeus desde o início do século XVI, e de africanos, principalmente a partir do século XVII, com o influxo de escravos (SALZANO; SANS; 2014; MYCHALECKYJ *et al.*, 2017). Será que existem variantes genéticas de ancestralidade ameríndia ou afrodescendente que poderiam contribuir para a longevidade?

Cerca de um terço da população brasileira vive no Nordeste e está dispersa em centenas de municípios pequenos, com menos de 25.000

habitantes, em áreas pobres com baixo índice de desenvolvimento humano. Esse relativo isolamento associado às elevadas taxas de consanguinidade e à deriva genética podem ocasionar mudança da frequência de variantes genéticas, inclusive de alelos raros, como aqueles que foram associados à longevidade. Será que algumas dessas populações teriam uma frequência gênica de alelos protetivos e associados à longevidade?

Diante do exposto, a iniciativa deste projeto é inédita ao propor a investigação epidemiológica e genética de populações consanguíneas, cujas características assemelham-se às de outras populações, como as da Sardenha, que mostraram associação com a longevidade. Esta proposta está de acordo com a Agenda de Prioridades de Pesquisa em Saúde, que menciona a necessidade de ampliar o conhecimento científico sobre a magnitude, a dinâmica e a compreensão dos problemas de saúde do idoso e os mecanismos das doenças associadas ao processo de envelhecimento, especialmente a descoberta de marcadores genético-moleculares preditores de fragilidade (BRASIL, 2008).

O objetivo deste trabalho foi, portanto, realizar a descrição detalhada dos aspectos metodológicos do estudo Saúde, Bem-estar e Envelhecimento na Paraíba (SABE/PB), bem como mostrar alguns dados epidemiológicos a respeito da primeira população investigada a fim de avaliar, de maneira geral, a proporção e as diferenças na condição de vida e situação de saúde de homens e mulheres longevos. O foco desta publicação é a descrição metodológica.

2 MATERIAL E MÉTODOS

2.1 População do estudo

Em Brejo dos Santos, segundo estimativas do IBGE para 2018, a população de idosos com 60 anos ou mais compreendia 883 pessoas, correspondendo a 13,72% da população total do município (6.433 pessoas). Já a população de idosos longevos em Brejo dos Santos, com 80 anos ou mais, foi estimada em 197 habitantes em 2017, correspondendo a 3,19% do total da população (IBGE, 2010). Ao todo, foram coletadas informações sociodemográficas e genealógicas de 752 idosos do município, os quais não representam a população total de idosos em virtude do fato de um ACS estar em licença médica, na época da coleta de dados, e sua microárea estar coberta por dois outros agentes somente para execução de ações prioritárias. Desse conjunto, foram identificados 188 idosos com 80 anos ou mais. Entretanto, foram excluídos

os idosos institucionalizados, hospitalizados ou que estavam viajando, fora do município, quando realizada a pesquisa, sendo efetivamente entrevistados 179 idosos longevos com o questionário do inquérito SABE.

2.2 Coleta de dados em campo

A fase preparatória envolveu ações de formação e treinamento da equipe de pesquisadores que foi constituída por dez profissionais, sendo quatro enfermeiras, cinco biólogos e uma fisioterapeuta. Além de estudar artigos científicos e o manual do Estudo SABE-SP, a equipe realizou as entrevistas de simulação para padronização de procedimentos, em seguida, foi realizado um estudo piloto envolvendo 20 idosos do município de Catolé do Rocha, próximo ao município de Brejo dos Santos.

Durante o estudo piloto, os entrevistadores realizaram todos os procedimentos da pesquisa para avaliar o tempo e as necessárias adaptações ou resolver dúvidas da equipe. Ao todo, seis pesquisadores ficaram responsáveis por aplicar o formulário SABE-PB. Foi definido que somente um pesquisador, uma fisioterapeuta, realizaria a aferição das variáveis antropométricas e os testes de capacidade funcional para padronização dos procedimentos. Quatro pesquisadores ficaram responsáveis pela coleta de material biológico e pelo cadastramento dos idosos com 60 anos ou mais.

Os pesquisadores, acompanhados pelos ACS, visitaram os idosos para explicar os objetivos da pesquisa e como ela seria realizada. Ao todo, a pesquisa estava dividida em quatro etapas: 1) cadastro e coleta de dados genealógicos; 2) entrevista com formulário SABE-PB, com duração de até quatro horas; 3) coleta de medidas antropométricas e informações do estado funcional; 4) coleta de sangue para exames bioquímicos e genéticos. Após a explicação, caso aceitassem participar da pesquisa, era agendada a data e horário para as diferentes ações de pesquisa. O questionário era aplicado diretamente ao idoso, mas, caso ele expressasse alguma dificuldade, o respondente próximo (familiar ou cuidador) o auxiliava.

Inicialmente, para realização dos exames bioquímicos, o município tinha disponibilizado o laboratório próprio. Entretanto, nesse serviço não eram realizados todos os exames previstos com metodologia e qualidade compatíveis e comparáveis ao Estudo SABE de São Paulo. Por essa razão, foram realizados contatos com os laboratórios da região, mas nenhum deles tinha condição de realizar os exames bioquímicos em um mesmo dia, envolvendo todos os idosos com 80 anos ou mais. Devido a esses fatos, foi realizada a parceria e contratação do Laboratório Pró-Sangue, do município de Campina

Grande, que tinha plenas condições técnicas com certificação para executar os exames laboratoriais.

Para realizar os exames bioquímicos foi estabelecido um Plano de Ação com os profissionais do laboratório Pró-Sangue, que consistiu no agendamento de um treinamento dos técnicos em Enfermagem e os ACSs no município de Brejo dos Santos, a fim de que todos os idosos fossem devidamente informados a respeito da necessidade de 12 horas de jejum previamente ao exame, assim como, para agendamento do horário do exame. A equipe era composta por um profissional bioquímico responsável pelo gerenciamento da equipe, além de dez técnicos em Enfermagem e quatro enfermeiros da Secretaria de Saúde de Brejo dos Santos e da Universidade Estadual da Paraíba. Antes da ação de coleta de sangue, todos os técnicos foram treinados e avaliados pelo profissional bioquímico para padronização dos procedimentos.

Ao final, foram contabilizados 144 idosos com coleta de amostra de 10 ml de sangue periférico, que foram devidamente identificadas e armazenadas, tendo sido realizados, gratuitamente, os seguintes exames bioquímicos: Glicemia, Glicemia Média Estimada, Hemoglobina Glicada, Triglicerídeos, Colesterol Total, Colesterol HDL, Colesterol não-HDL, Ritmo de filtração glomerular estimado, Ureia, Hormônio tiroestimulante – TSH ultra sensível, Tiroxina Livre – T4 livre, Creatinina, Eritograma (Hemácia, Hemoglobina, Hematócrito, VCM, HCM, CHCM, RDW), Leucograma, Plaquetas. Os resultados dos exames foram entregues aos participantes com auxílios dos ACSs.

2.3 Formulário SABE-PB

O formulário SABE-PB avalia aspectos relacionados às condições de vida dos idosos e é composto por 11 seções: informações pessoais; avaliação cognitiva; estado de saúde; estado funcional; medicamentos; uso e acesso a serviços; rede de apoio social e familiar; história de trabalho e fontes de receita; características de moradia; antropometria; e mobilidade e flexibilidade.

O estudo SABE-PB utilizou a maior parte das questões do inquérito SABE-SP A15, na sua última versão, disponível em 2015, sem quaisquer adaptações no texto ou formato. As questões foram aplicadas da mesma forma e redação que consta no inquérito original, sendo os blocos nomeados por letras de A até H, J, K e L, seguidas por um número ordenado de forma crescente dentro de cada bloco. As seguintes questões foram excluídas: a11d, a11n, a12a, b12 até b9a, teste do relógio, Q3 e Q 4, c5m, c5n, c5j, c5l, c5d4,

c5d5, c5d8, c9e1, c9g, c10n, c10o, c112, c11a2, c11a3, c12 2, c12 4, c12 5, c12 6, c128, c12b75, c22h1, c13g1, c13g2, c14, c19 até c19_1, c16_1, c16f_1, c16f_2, c16f3 até c16f6, GOHAI, c17m3 até c17n3, d27_1a até d_27_24_d, e5b, e5c, e9a até e9f, f6b, f10a, rede de apoio social e familiar referente aos filhos, irmãos vivos, e outros parentes que não moram na mesma casa, rede de apoio social referente aos amigos com quem tem contato frequente, g65 até g68, rede de apoio social referente à participação comunitária e transferências, H5a até D.27_25d, H26a1, j17a até j23b_9, j29 até j33, d27_26a até j43c, j.44 até j63, a seção de maus tratos (M), pelas questões m1 a m14, o CADI (para dificuldades do cuidador), o CAMI (maneiras como enfrenta dificuldades), o ZARIT (sensações sobre cuidar de alguém), o CASI (avaliação de satisfação do cuidador).

2.4 Crítica e Processamento dos Dados

Os entrevistadores realizaram de duas a quatro entrevistas por dia, começando às 7h da manhã e indo até as 17h:00 ou 19h:00, com intervalo de duas horas para almoço e para anotações nos questionários. Durante a noite ou no final de tarde, os entrevistadores analisavam os questionários aplicados para anotar algum dado que faltou e voltar no dia seguinte na casa do idoso entrevistado, realizando assim o trabalho de revisão de cada instrumento diariamente.

A crítica, propriamente, dos questionários iniciou-se no dia 14 do mês de junho e se estendeu até final de outubro de 2017. Essa etapa foi realizada por dois pesquisadores que tinham participado da coleta, uma vez que elas conheciam em profundidade o questionário. Em uma reunião, foram definidos os critérios e a sequência de revisão dos itens do questionário, cujo método seguiu os seguintes passos:

1. Análise do tempo de aplicação do questionário. No estudo piloto, verificou-se que o tempo de aplicação era de duas horas com o idoso colaborativo. O entrevistador deveria informar que o idoso tinha algum déficit cognitivo, sendo o questionário respondido por um informante substituto.
2. Verificação dos dados de identificação dos entrevistados.
3. Verificação do preenchimento de todas as perguntas.
4. Nas questões com cálculo de valores, como na questão B10, todos os registros eram recalculados para checagem dos valores finais. Quando alcançado um valor menor ou igual a 12 nesta seção, foi checado se o entrevistador aplicou a escala de Pfeiffer (B10a-B10k).

5. A seção C deveria estar devidamente preenchida. As questões sobre hospitalização e consulta médica por patologia foram checadas. Se o idoso informou ter um evento nos últimos 12 meses, então a seção F era conferida para verificar se o idoso havia mencionado a internação e consulta na seção do uso e acesso dos serviços de saúde e se o (a) entrevistador (a) havia registrado.
6. Na seção C, foi verificado se o idoso mencionou uso de uma medicação para uma patologia. Em caso afirmativo, era checado se o remédio tinha sido registrado na seção E.
7. Com relação aos homens entrevistados, foi confirmada a coerência das seguintes informações: número de vezes que o idoso se levantava à noite para urinar e se essa informação é a mesma no índice prostático.
8. Na seção D, além de observar se o preenchimento estava completo, foi averiguado se o cuidador, descrito na seção N, foi mencionado nas questões D15a e D47, como é solicitado no início dessa seção. Assim como contar e confirmar o número de pessoas mencionadas no auxílio das dificuldades.
9. Na seção G foi verificado se o valor do número de pessoas que residiam com o idoso, citadas nas questões G01.1-a e na G01.12, corresponde às somadas na questão G02 e se o idoso foi incluído nesse total, tal qual como pede a questão.
10. Com relação ao apoio familiar, foi verificado se o idoso morava sozinho ou acompanhado e se essa informação correspondia aos arranjos familiares descritos posteriormente.
11. As variáveis antropométricas foram analisadas nos seguintes itens: se o intervalo de tempo de aplicação corresponde aproximadamente ao do estudo piloto e se todos os campos estavam devidamente preenchidos.
12. Se o idoso não realizou algum teste devido à incapacidade, essa informação foi descrita pelo entrevistador no espaço do questionário destinado às observações do campo de pesquisa.

O tempo médio de revisão dos questionários foi de uma hora até uma hora e trinta minutos. Quando necessário, as revisoras fizeram contato telefônico com o idoso entrevistado ou seus familiares para checar alguma informação ou para completar algum item que não havia sido preenchido. Dessa forma, essa etapa da pesquisa demorou cerca de quatro meses para ser concluída. Após a crítica, o questionário passou pela codificação e posterior digitação.

2.5 Elaboração do banco de dados, dupla digitação e consolidação

A elaboração do banco de dados do projeto SABE-PB iniciou em fins de junho de 2017, quando um dos pesquisadores realizou uma série de reuniões com o técnico responsável pelo gerenciamento do banco de dados do projeto SABE, em São Paulo. O software escolhido para digitação dos dados foi o Epidata versão 3.1. A nomenclatura das variáveis obedeceu, em sua totalidade, à identificação da letra da questão no questionário original do SABE-SP, tendo os blocos A até H, J, K e L, seguidas por um número ordenado de forma crescente dentro de cada bloco, o que facilitou a recuperação das informações.

De maneira semelhante ao projeto de São Paulo, foram elaboradas as telas de entrada de dados, sendo gerados os arquivos de consistência intervalar das variáveis. Dessa forma, a digitação dos dados foi iniciada em outubro e finalizada em dezembro, tendo sido usada a estratégia de dupla entrada em dois computadores diferentes, com duas digitadoras diferentes em cada computador.

Após a conclusão da digitação, realizou-se a checagem dos dados, nos dois computadores, com uso de ferramentas do próprio programa *Epidata*. Esse procedimento forneceu uma lista de comparações entre os dados digitados no primeiro e no segundo computador, com o objetivo de identificar possíveis divergências nas digitações. Todas as divergências encontradas foram relacionadas a erros de digitação, que logo foram sanados, levando ao êxito da consolidação dos dados sem falhas. Ao final da digitação, por segurança, foram replicados os arquivos em computadores diferentes e em banco de dados da internet. Uma planilha *Excel* com todos os dados e uma lista de códigos foi gerada para padronizar os procedimentos de análise.

O projeto SABE/PB, de forma semelhante ao estudo feito em São Paulo, possui apenas um banco de dados com todas as variáveis codificadas ou recodificadas por diferentes pesquisadores. Toda e qualquer recodificação deve ser incluída no banco original, que é o mesmo utilizado por todos os pesquisadores.

2.6 Análise de dados

As variáveis sociodemográficas escolhidas para apresentação neste trabalho, todas autorreferidas, foram as seguintes: sexo, idade, escolaridade, cor da pele, religião, estado marital, se o idoso vive sozinho ou acompanhado, renda e suficiência de renda. Para os aspectos de saúde, as variáveis

referentes ao estado cognitivo, percepção de saúde autorreferida, estado nutricional, capacidade funcional e doenças, como hipertensão, diabetes, doenças articulares, pulmonares e cardiovasculares, neoplasias e depressão. O estado nutricional dos idosos entrevistados foi verificado através do Índice de Massa Corporal (IMC), levando em consideração os pontos de corte recomendados pela Organização Pan-americana da Saúde (LEBRÃO; LAURENTI, 2005) (baixo peso - $IMC < 23 \text{ kg/m}^2$; peso adequado - $23 < IMC < 28 \text{ kg/m}^2$; excesso de peso - $28 < 30 \text{ kg/m}^2$; obesidade - $IMC > 30 \text{ kg/m}^2$). As atividades de vida diária (AVDs) foram subdivididas em Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs). As ABVDs são ligadas ao autocuidado do indivíduo, como se alimentar, banhar-se e se vestir. Já as AIVDs se relacionam a tarefas mais relacionadas à participação social do sujeito, como realizar compras, atender ao telefone e utilizar meios de transporte. A descrição sobre as variáveis do estudo SABE pode ser obtida em publicações anteriores (LEBRÃO; DUARTE, 2003). A análise de dados foi realizada com o programa estatístico R, visto que está disponível gratuitamente e é amplamente utilizado por vários países, sendo importante ressaltar que o presente estudo tem caráter descritivo.

2.7 Aspectos éticos

Todos os participantes receberam informações do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A participação foi por livre e espontânea vontade, garantindo o anonimato e o direito de abandoná-la em qualquer fase. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da UEPB, sob parecer CAAE: 67426017.6.0000.5187, não havendo conflito de interesses.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção, serão apresentados os resultados parciais da pesquisa e, por essa razão, a discussão é limitada por não estar direcionada para uma temática específica.

Na Tabela 1 são mostrados os resultados referentes aos dados sociodemográficos. A idade dos idosos longevos de Brejo dos Santos variou entre 80 e 102 anos, com média de 85 anos ($DP \pm 5,33$). Em relação à proporção entre os sexos, 55% eram do sexo feminino e 45% do sexo masculino. A razão entre o número de homens e mulheres com 80 anos ou mais em Brejo dos Santos foi de 1,2. Este achado é bastante diferente da proporção em idosos com 60 anos ou mais de regiões urbanas como São Paulo, em que

a razão foi de 1,42, sendo de 1,62 em Buenos Aires, 1,76 em Montevideu e 1,92 em Santiago (LEBRÃO; LAURENTI, 2005).

Tabela 1 – Dados referentes a sexo e idade, Brejo dos Santos, 2017.

Idade	Sexo		Total
	Mulheres	Homens	
	%	%	
80 a 84 anos	28,5	21,2	49,7
85 a 89 anos	14,5	15,1	29,6
90 a 94 anos	9	5	14
95 anos ou mais	2,8	3,9	6,7
Total	54,8	45,2	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Ao todo, 82 idosos (46,1%) relataram que nunca frequentaram a escola; enquanto 96 (53,9%) frequentaram a escola, e 35,5% cursaram até o primeiro grau, 13,3% concluíram curso de alfabetização e apenas 2,8% concluíram o segundo grau ou magistério. Quando foram questionados se sabiam ler ou escrever um recado, apenas 42% afirmaram que sim (Tabela 2). Esses dados mostram que os idosos longevos de Brejo dos Santos, como em outras regiões do nordeste do Brasil, apresentam baixíssimo índice de escolaridade. Isto pode ser explicado pelo fato de viverem em uma zona rural, privados de escola e outros serviços de um centro urbano. No estudo SABE-SP, a título de comparação, o índice de quem não sabe ler e escrever é da ordem de 22% (20).

Quanto ao estado marital: 49,9% dos idosos eram viúvos; 42,6% eram casado; 2,9% eram separados; 3,4% solteiros; e 1% divorciados. Sobre a cor da pele autorreferida: a maioria deles (50,6%) autorreferiu cor de pele branca; 39,6% cor de pele pardo/moreno/mulato; e 3,4% preto. No tocante à religião: 75,2% do total de idosos são católicos; e 23,6% protestantes ou evangélicos, demonstrando uma população que se autorrefere religiosa, com a fé expressa pela religião (Tabela 2).

Os dados relativos à renda total demonstram que 67,1% recebiam até um salário-mínimo, e, destes, 61% consideravam suficiente viver com o que recebiam. O fato de ter uma baixa renda e, ainda assim, considerar suficiente o que recebe, pode ser explicado pelo fato de que muitos idosos longevos corresidem com pessoas que tem suas próprias rendas (como irmãos, filhos e netos), as quais colaboram parcialmente ou totalmente com as despesas

da casa, de modo que o idoso não necessite usar toda a sua renda para sustentação de todos os residentes (Tabela 2).

Tabela 2 – Dados referentes aos aspectos sociodemográficos, segundo sexo e idade, Brejo dos Santos, 2017.

Gênero	Mulheres				Sub-total	Homens				Sub-total	Total
	80-84	85-89	90-94	>95		80-84	85-89	90-94	>95		
Faixa Etária em anos	80-84	85-89	90-94	>95		80-84	85-89	90-94	>95		
Porcentagem	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Variáveis sociodemográficas											
Se foi a escola											
Sim	17,0	6,7	4,5		28,0	12,4	8,4	4,0	1,1	25,9	53,9
Não	11,8	7,9	4,5	2,8	27,0	9,0	6,7	1,1	2,3	19,1	46,1
Última série estudada											
Primeiro grau	12,8	3,9	1,7		18,4	8,9	6,0	1,1	1,1	17,1	35,5
Segundo grau			0,6		0,6						0,6
Magistério	1,1	1,1			2,2						2,2
Curso de Alfabetização	2,2	1,7	2,2		6,1	2,8	2,2	2,2		7,2	13,3
NS/NR	1,2				1,2			0,6		0,6	1,8
Religião/credo											
Católica	19,5	10,6	6,7	2,2	39,0	16,2	11,7	5,0	3,3	36,2	75,2
Protestante/Evangélica	8,40	3,40	2,20	0,60	14,60	5,03	3,40		0,60	9,0	23,6
Nenhuma		0,6			0,6						0,6
NR	0,6				0,6						0,6
Cor da pele referida											
Branco	12,8	6,1	3,9	2,2	25,0	13,4	7,2	2,8	2,2	25,6	50,6
Pardo/mulato/moreno	12,3	6,1	4,4		22,8	6,7	6,7	1,7	1,7	16,8	39,6
Preto	1,1	1,7			2,8		0,6			0,6	3,4
Sem declaração	1,7				1,7			0,6		0,6	2,3
NR	0,6	0,6	0,6	0,6	2,4	1,1	0,6			1,7	4,1
Estado marital											
Divorciado(a)		0,6			0,6		0,6			0,6	1,2
Separado(a)		0,6	0,6		1,2	1,1			0,6	1,7	2,9
Viúvo(a)	15,7	10,1	7,8	2,2	35,8	4,5	4,0	2,8	2,8	14,1	49,9
Casado(a)/Amaseado(a)	11,7	2,2	0,6	0,6	15,1	14,6	10,1	2,2	0,6	27,5	42,6
Solteiro(a)	1,1	1,1			2,2	0,6	0,6			1,2	3,4
Suficiência de renda											
Sim	17,0	9,6	5,6	1,1	33,3	13,0	8,5	2,8	3,4	27,7	61,0
Não	11,8	5,1	2,8	1,7	21,4	7,9	6,8	2,3	0,6	17,6	39,0
Renda											
Recebe até 1 salário mínimo	18,2	7,4	4,5	2,8	32,9	17,1	13,1	1,7	2,3	34,2	67,1
Recebe acima de 1 salário mínimo	10,8	6,8	4,5		22,1	4,0	2,3	2,8	1,7	10,8	32,9

Gênero	Mulheres				Sub-total	Homens				Sub-total	Total
	Faixa Etária em anos	80-84	85-89	90-94		>95	80-84	85-89	90-94		
Porcentagem	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Companhia											
Vive só	4,5	2,8	1,7		9,0	2,8	1,7	0,6	0,6	5,7	14,7
Vive acompanhado	24,0	11,7	7,2	2,8	45,7	18,4	13,4	4,5	3,3	39,6	85,3

Fonte: Pesquisa direta, 2017.

Por outro lado, o idoso também contribui para despesas da família com o valor do seu benefício, conforme referido em algumas questões do formulário SABE-PB, nas seções referentes à coresidência e auxílio. De fato, em Brejo dos Santos, 85,3% dos idosos vivem acompanhados por alguma outra pessoa. A média do número de pessoas que vivem com os idosos é de 2,87 (DP±1,48). Existe uma diferença entre a porcentagem de homens e mulheres que vivem acompanhados, uma vez que mais mulheres vivem sozinhas (9% em comparação a 5,7% dos homens) (Tabela 2).

Quanto aos aspectos de saúde, os resultados estão disponíveis na Tabela 3. Em relação à avaliação do estado cognitivo, mensurado com uso do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), a média de pontos alcançados foi de 13,92 (DP±12,35). Ao todo, 53,7% dos idosos longevos apresentaram pontuação sugestiva de déficit cognitivo, sendo 25,6% mulheres e 28,1% em homens (Tabela 3). Esses valores relativamente elevados podem ser explicados pelo fato da avaliação considerar alguns aspectos, como se o idoso realiza compras ou se ele é responsável por ir até o banco ou por lidar com dinheiro. Neste caso, geralmente, em cidades do interior do país, os parentes próximos do idoso ficam responsáveis por realizar compras e realizar atividades bancárias, em virtude da distância entre o mercado e banco da residência do idoso, especialmente quando se trata de zona rural.

A autopercepção da saúde vem sendo muito utilizada em trabalhos científicos devido à sua forte associação com morbidade, uso de serviço médico e mortalidade, independente de doenças crônicas referidas e fatores socioeconômicos (SILVA; DA SILVA; MENEZES, 2007). Entre os entrevistados nesta pesquisa, 60,7% consideravam ter uma saúde regular/má e 39,3% consideravam ter saúde muito boa ou boa. Esses resultados variam de acordo com o sexo e a idade dos longevos. Ao todo, 40% das mulheres apresentaram uma pior autopercepção da saúde, sendo mais concentrada (36%) na faixa etária de 80 e 84 anos de idade (Tabela 3).

Quanto às doenças autorreferidas pelos idosos, a hipertensão foi a mais prevalente (53,1%), sendo 24,1% entre homens e 29% entre mulheres.

Observou-se que 91,6% dos hipertensos tomavam medicamentos para controlar a pressão arterial sanguínea, sendo 49,5% do sexo feminino e 42,1% do sexo masculino (Tabela 3). A presença de dor articular muitas vezes está relacionada à diminuição da capacidade funcional e, até mesmo, sendo um fator de risco para a dependência do indivíduo idoso (ABODERIN; NANYONJO, 2017). Nesse estudo, foi encontrada a prevalência de doença articular em 15,8% da população, sendo 9,6% entre mulheres e 6,2% entre homens, ambos longevos.

Tabela 3 – Dados referentes aos aspectos de saúde, segundo sexo e idade, Brejo dos Santos, 2017.

Gênero	Mulheres				Sub-total	Homens				Sub-total	Total
	Faixa Etária em anos	80-84	85-89	90-94		>95	80-84	85-89	90-94		
Variáveis/Porcentagem	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Autopercepção da saúde											
Muito boa/ Boa	8,7	3,3	2,0	0,7	14,7	10,0	10,0	1,3	3,3	24,6	39,3
Regular/ Má	24,0	8,0	6,7	1,3	40,0	12,0	6,0	2,7		20,7	60,7
MEEM											
Sugestivo de déficit cognitivo	14,1	7,4	3,3	0,8	25,6	12,4	9,1	3,3	3,3	28,1	53,7
Sem déficit cognitivo	8,3	10,7	7,4	3,3	29,7	5,0	5,8	3,3	2,5	16,6	46,3
Hipertensão											
Sim	17,3	5,0	5,0	1,7	29,0	13,4	7,3	2,8	0,6	24,1	53,1
Não	11,2	9,5	3,9	1,1	25,7	7,8	7,8	2,2	3,4	21,2	46,9
Diabetes											
Sim	5,1	1,1	1,1		7,3	2,8	0,6			3,4	10,7
Não	23,6	13,5	7,8	2,8	47,7	18,0	14,6	5,1	3,9	41,6	89,3
Problemas cardíacos											
Sim	2,8	2,8	1,7		7,3	5,0	2,2	2,2	0,6	10,0	17,3
Não	25,7	11,7	7,3	2,8	47,5	16,2	12,8	2,8	3,4	35,2	82,7
Derrame/Embolia											
Sim	3,4	0,6	1,1		5,1	1,1	2,8			3,9	9,0
Não	25,1	14,0	7,8	2,8	49,7	20,1	12,3	5,0	3,9	41,3	91,0
Depressão											
Sim	2,8	1,1		0,6	4,5	0,6	1,1	0,6		2,3	6,8
Não	25,4	13,6	9,0	2,3	50,3	20,3	14,1	4,5	4,0	42,9	93,2
Doença Pulmonar											
Sim	2,2	1,1			3,3	0,6	1,7			2,3	5,6
Não	26,4	13,5	9,0	2,8	51,7	20,8	12,9	5,1	3,9	42,7	94,4

Gênero	Mulheres				Sub-total	Homens				Sub-total	Total
Faixa Etária em anos	80-84	85-89	90-94	>95		80-84	85-89	90-94	>95		
Variáveis/Porcentagem	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Câncer											
Sim						1,7	0,6			2,3	2,3
Não	28,5	14,5	8,9	2,8	54,7	19,6	14,5	5,0	3,9	43,0	97,7
Osteoporose											
Sim	5,6	3,4	2,3	0,6	11,9	1,1		0,6		1,7	13,6
Não	23,0	11,2	6,7	2,3	43,2	20,2	14,6	4,5	3,9	43,2	86,4
Doença Articular - Artrite/Artrose/Reumatismo											
Sim	6,2	2,3	1,1		9,6	2,8	2,3	1,1		6,2	15,8
Não	22,5	11,8	7,9	2,8	45,0	18,5	12,9	3,9	3,9	39,2	84,2

Fonte: Pesquisa direta, 2017.

Nessa pesquisa, 10,7% relataram terem recebido o diagnóstico de diabetes, com predomínio no sexo feminino (Tabela 2). Dos que informaram ter diabetes mellitus, 73,7% referiram controle com medicação oral, 5,3% o faziam com insulino-terapia e 5,3% faziam uso dessas duas formas de tratamento. Apenas 9% dos idosos relataram terem sido acometidos por complicações circulatórias, relativas aos acidentes vasculares cerebrais, foram investigadas. A diferença da prevalência entre os sexos foi muito discreta, sendo 3,9% entre os homens e 5,1% entre as mulheres. Entre esses idosos que sofreram algum problema circulatório, 62,5% relataram apresentar sequelas.

Na população de idosos longevos estudada, 21,8% das mulheres e 19% dos homens estão abaixo do peso adequado; enquanto 15,5% das mulheres e 21,2% dos homens estão com peso adequado. A maior proporção de sobrepeso e obesidade foi verificada para o sexo feminino (16,2%) em comparação ao masculino (6,3%). Observa-se que 50,3% dos idosos apresentam dificuldades para ABVDs. Entre os idosos que referiram dificuldades, 73,7% o fizeram em uma ou mais de uma atividade. Também foi observado um total de 84,4% que recebem o auxílio de outras pessoas para executar AIVDs. Quando essa análise é estratificada por sexo, observa-se aumento das dificuldades de torna mais acentuado entre as mulheres (33,5%). Ainda em relação às ABVDs, 29,1% disseram que recebiam auxílio para, pelo menos, uma ABVD, com predominância de dependência entre as mulheres (19%). Em relação às AIVDs, observa-se que a maioria dos idosos apresenta dificuldades (68,7%), sendo mais prevalente entre as mulheres (41,9%). Essa

não é apenas uma peculiaridade dos idosos de Brejo dos Santos, em outro município do nordeste brasileiro, Lafaiete Coutinho – BA, onde também foi observada uma alta prevalência de idosos longevos dependentes para ABVDs e AIVDs (BRITO *et al.*, 2014).

4 CONCLUSÃO

A análise dos aspectos sociodemográficos e de saúde dos longevos de Brejo dos Santos, no nordeste brasileiro, mostrou que a população estudada é, de fato, bastante homogênea, sendo caracterizada por baixos índices de escolaridade e renda, mais de 80% vivem acompanhados com esposo ou esposa ou outros familiares, embora metade deles se declararam viúvos. Verificou-se, também, igual proporção de homens e mulheres, o que distingue essa comunidade de outras longevas de centros urbanos e a aproxima das comunidades estudadas na Sardenha.

AGRADECIMENTOS

Os pesquisadores agradecem ao apoio dado à pesquisa pela Secretaria de Saúde de Brejo dos Santos, especialmente à parceria estabelecida com os agentes comunitários de saúde. Um agradecimento muito especial aos idosos participantes desta pesquisa, que muito ensinaram aos pesquisadores com suas histórias e experiências de vida. Às agências de fomento, CAPES, CNPq e FAPESP, que financiaram este estudo.

REFERÊNCIAS

ABODERIN, I.; NANYONJO, A. Musculoskeletal health conditions among older populations in urban slums in sub-Saharan Africa. **Best practice & research. Clinical rheumatology**, v. 31, n. 2, p. 115–128, abr. 2017.

BRASIL. **Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, v. 2. ed. 2008.

BRITO, T. A. *et al.* Capacidade funcional e fatores associados em idosos longevos residentes em comunidade: estudo populacional no Nordeste do Brasil. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 21, n. 4, p. 308–313, October - December 2014.

CASELLI, G. *et al.* Exploring Sardinian longevity: women fertility and parental transmission of longevity. **Vienna Yearbook of Population Research**. 11: 247-266. 2013.

DATO, S. *et al.* The genetics of human longevity: an intricacy of genes, environment, culture and microbiome. **Mechanisms of ageing and development**, v. 165, n. Pt B, p. 147–155, jul. 2017.

DEIANA, L. *et al.* AKEntAnnos. The Sardinia Study of Extreme Longevity. **Ageing**, v. 11, n. 3, p. 142–149, jun. 1999.

DI GAETANO, C. *et al.* Sardinians Genetic Background Explained by Runs of Homozygosity and Genomic Regions under Positive Selection. **PLOS One**. 9 (3). 2014.

FREIRE-MAIA, N. Consanguineous marriages in Brazil. **Eugenics quarterly**, v. 5, n. 2, p. 105–114, 1958.

FREIRE-MAIA, N. [Consanguinity marriages in Brazil]. **Revista brasileira de biologia**, v. 50, n. 4, p. 863–866, nov. 1990.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2010. Resultados Preliminares. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/opulacao/opulacao/censo2010/default.shtm>. Acesso em: 15 Jun. 2017.

KAKU, M.; FREIRE-MAIA, N. Inbreeding effect on morbidity: IV. Further data in Brazilian populations. **American journal of medical genetics**, v. 42, n. 4, p. 420–423, 15 fev. 1992.

LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. **Revista brasileira de epidemiologia = Brazilian journal of epidemiology**, v. 8, n. 2, p. 127–141, 2005.

LIPSI, R. M. *et al.* Demographic characteristics of Sardinian centenarian genealogies: Preliminary results of the AKeA2 study. **Demographic research**, v. 32, p. 1049–1064, 2015.

MYCHALECKYJ, J. C. *et al.* Genome-Wide Analysis in Brazilians Reveals Highly Differentiated Native American Genome Regions. **Molecular biology and evolution**, v. 34, n. 3, p. 559–574, 1 mar. 2017.

NASLAVSKY, M. S. *et al.* Exomic variants of an elderly cohort of Brazilians in the ABraOM database. **Human mutation**, v. 38, n. 7, p. 751–763, jul. 2017.

POULAIN, M. *et al.* Identification of a geographic area characterized by extreme longevity in the Sardinia island: the AKEA study. **Experimental gerontology**, v. 39, n. 9, p. 1423–1429, set. 2004.

16

AVALIAÇÃO DE PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPRIADOS PARA IDOSOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Maria Fátima Gonçalves de Araújo¹
Ricardo Alves de Olinda¹
Maria do Socorro Ramos de Queiroz

¹ Universidade Estadual da Paraíba.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo que envolve alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas e, com frequência, os idosos apresentam disfunções simultâneas em diferentes órgãos ou sistemas (MARQUES *et al.*, 2019).

Com o aumento da prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e o envelhecimento acelerado, o uso de polifarmácia é muito frequente, principalmente em pessoas acima de 65 anos (NASCIMENTO *et al.*, 2017). Essa ocorrência corresponde a vários fatores, como o aumento da expectativa de vida, que leva a déficits cognitivos e baixa acuidade visual, a grande disponibilidade de medicamentos no mercado, as recomendações e ao uso de associações medicamentosas para uma determinada doença. Por outro lado, uma questão a ser considerada é a baixa escolaridade, que é um fator preocupante na segurança da utilização de múltiplos medicamentos.

A definição da polifarmácia, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é o uso regular de quatro ou mais medicamentos ao mesmo tempo. Não existe na literatura um consenso no que tange a esse conceito, pois são considerados diversos pontos de corte numérico para diferentes períodos de tempo e situações de assistência (WHO, 2017).

O uso contínuo de fármacos e alguns tipos prescritos podem ser considerados Medicamentos Potencialmente Inapropriados para idosos (MPII), que correspondem à utilização dos medicamentos com risco de provocar efeitos colaterais superiores aos benefícios em idosos (GORZONI; FABRI; PIRES, 2012; OLIVEIRA *et al.*, 2016; MOREIRA *et al.*, 2020).

O profissional farmacêutico tem responsabilidade na implementação de estratégias para promoção do uso racional de medicamentos, em virtude das consequências danosas do seu uso inadequado, bem como pela repercussão financeira que o medicamento representa para os serviços de saúde e para a coletividade. O trabalho do farmacêutico é componente fundamental da qualidade da Assistência Farmacêutica, que, por sua vez, tem implicações diretas na eficiência dos sistemas de saúde (BRASIL, 2004).

1.1 Objetivo

Avaliar os Medicamentos Propriamente Inapropriados (MPII) para idosos, prescritos na Atenção Primária à Saúde (APS) e seus fatores associados.

2 MÉTODOS

Estudo transversal e analítico realizado na Unidade Básica de Saúde Bonald Filho, em Campina Grande-PB, no período de janeiro a abril de 2021. Os critérios de elegibilidade incluíram idosos portadores de Doenças Crônicas não transmissíveis (DNCT) dos tipos Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2), que participam do Programa de Cuidados Farmacêuticos, da Universidade Estadual da Paraíba (PROCUIDAF/UEPB). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, sob parecer número 4.512.438.

Os dados sociodemográficos, clínicos, laboratoriais e as informações sobre o uso de medicamentos foram coletados das fichas de acompanhamento do PROCUIDAF. Para a classificação dos MPPII, utilizou-se como critério o Consenso Brasileiro de Medicamentos Potencialmente Inapropriados para Idosos (CBMPPII) (OLIVEIRA *et al.*, 2016), independente da condição clínica. As variáveis independentes foram divididas em: sociodemográficas (gênero, idade e estado civil, reclassificado em tem ou não companheiro); tipo de DNCT, presença de comorbidades avaliadas através do Índice de Comorbidade de Charlson (ICC), que foi validado em diversos contextos clínicos e é considerado bom preditor para avaliar a mortalidade (CHARLSON *et al.*, 1987); características funcionais analisadas pelo *Vulnerable Elders Survey* (VES), instrumento desenvolvido com a finalidade de identificar indivíduos idosos que estejam em risco de perda de capacidade funcional e/ou morte, ou seja, avalia a vulnerabilidade (SALIBA *et al.*, 2001); as características farmacoterápicas (número de medicamentos prescritos, complexidade da farmacoterapia, mensurada pelo *Medication Regimen Complexity Index* (MRCI), versão brasileira (MELCHORS *et al.*, 2007) e estratificada em alta complexidade: MRCI >16,5 (sim ou não), segundo a normatização do MRCI para idosos no Brasil (PANTUZZA *et al.*, 2018) e a presença de polifarmácia (uso de quatro ou mais medicamentos). Para a avaliação da Taxa de Filtração Glomerular Estimada (TFGe) foram utilizados resultados da creatinina sérica e o cálculo da TFGe foi realizado através da equação CKD-EPI e calculadora online disponível em aplicativo da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN, 2021), sendo categorizada em alterada (<90 mL/min/1,73m²) e não alterada (≥90 mL/min/1,73m²).

Para a organização dos dados utilizou-se a planilha do programa *Excel*. Para a análise dos dados da pesquisa utilizou-se a estatística descritiva, com apresentação de frequências simples ou absolutas e percentuais para as variáveis categóricas. Para os testes de associação entre a presença de

MPII e as características sociodemográficas, clínicas, físicas e farmacoterápicas, utilizamos o teste Exato de Fisher nos casos em que as frequências esperadas foram menores que 5 (SIEGEL; CASTELLAN JUNIOR, 2006), considerando o nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Todas as análises foram realizadas com o auxílio do software estatístico *R* (*R CORE TEAM*, 2017).

3 RESULTADOS

As características sociodemográficas, clínicas, físicas e farmacoterápicas dos participantes do estudo estão descritas na Tabela 1.

A amostra foi composta por 28 pessoas (100%), a qual foi constituída principalmente por mulheres (78,57%), a maioria possuía companheiro (a) (57,14%) e tinha idade de 60-69 anos (50%). Com relação às variáveis clínicas, 50% dos idosos apresentavam HAS associada ao DM2. Também foi importante destacar que 26 dos idosos participantes (92,86%), de acordo com os exames laboratoriais registrados em prontuários, apresentaram alterações na TFGe. Na avaliação da presença de comorbidades foi utilizado o *Índice de Charlson* (ICC), que é validado em diversos contextos clínicos e é um bom preditor para avaliar a mortalidade. A maioria (92,86%) apresentava comorbidades. Os idosos, desse estudo, foram analisados através do VES em 13 condições físicas (VES-13) e apenas 01 deles encontrava-se em condições de vulnerabilidade, enquanto 27 deles eram independentes para atividades básicas da vida diária (96,43%). Para a avaliação da complexidade da farmacoterapia foi utilizado o MRCI. Por meio da avaliação das prescrições médicas foi detectada a polifarmácia em 13 delas (46,43%), a presença de MPII em 8 (28,57%) prescrições de pacientes e o número máximo de MPII/paciente correspondeu a 7,14%, 8 pacientes (28,57%) em uso de quatro tipos de medicamentos e em 4 prescrições dos idosos (14,29%) foram registrados alto risco de complexidade da farmacoterapia.

Tabela 1 - Características sociodemográficas, clínicas, físicas e farmacoterápicas da amostra em estudo.

VARIÁVEIS	n	%
Idade		
60-69 anos	14	50
70-79 anos	11	39,29
≥80 anos	3	10,71
Gênero		

VARIÁVEIS	n	%
Feminino	22	78,57
Masculino	6	21,43
Estado civil		
Tem Companheiro	16	57,14
Não tem companheiro	12	42,86
Características Clínicas		
ICC		
Sim (≥ 5)	2	7,14
Não (< 5)	26	92,86
DNCT		
Hipertensão	12	42,86
Diabetes mellitus	2	7,14
Hipertensão e Diabetes mellitus	14	50
TFGe alterada		
Sim	26	92,86
Não	2	7,14
Características Físicas		
Score VES-13		
Vulneráveis (≥ 5)	1	3,57
Não Vulneráveis (< 5)	27	96,43
Características Farmacoterápicas		
Polifarmácia		
Sim	13	46,43
Não	15	53,57
Número de medicamentos em uso		
1	4	14,29
2	6	21,43
3	5	17,86
4	8	28,57
5	3	10,71
7	1	3,57
9	1	3,57
MRCI $> 16,5$		
Sim	4	14,29
Não	24	85,71

VARIÁVEIS	n	%
Pacientes em uso de MPIO		
Sim	8	28,57
Não	20	71,43
Número máximo de MPIO/paciente	2	7,14

DNCT: Doença Crônica Não Transmissível; **VES-13:** Vulnerable Elders Survey; **ICC:** Índice de Comorbidade de Charlson; **MPIO:** Medicamentos Potencialmente Inapropriados para Idosos. **MRCI:** Medication Regimen Complexy Index.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2021.

O uso de MPIO esteve presente em 10 casos e associado à presença de DNCT, dos tipos HAS e DM, depressão e úlcera péptica. As principais classes de MPIO identificadas na Tabela 2.

Tabela 2 - Medicamentos Potencialmente Inapropriados para Idosos (MPIO), independentes da condição clínica, de acordo com Consenso Brasileiro de Medicamentos Potencialmente Inapropriados para Idosos.

MPIO identificados	n	%
Benzodiazepínicos		
Clonazepam	2	20
Alfa agonista de ação central para tratamento de rotina da hipertensão		
Metildopa	1	10
Nifedipino (Capsula de liberação imediata)		
Nifedipino	1	10
Sulfonilureias de 2a geração		
Glibenclamida	4	40
Inibidores da Bomba de prótons >8 semanas		
Omeprazol	2	20
Total	10	100

MPIO: Medicamentos Potencialmente Inapropriados para Idosos.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2021.

A associação entre a presença de MPIO e as características sociodemográficas, clínicas, físicas e farmacoterápicas não foi considerada positiva ($p > 0,05$) (Tabela 3).

Tabela 3 – Teste de associação de Exato de Fisher para Medicamentos Propriamente Inapropriados para Idosos (MPII) com os dados sociodemográficos, clínicas, físicas e farmacoterápicas.

VARIÁVEIS	n	USO DE MPII		TESTE EXATO DE FISHER p-valor
		Sim n (%)	Não n (%)	
Idade				
60-69 anos	14	4 (14,3)	10 (35,7)	1
70-79 anos	11	3 (10,7)	8 (28,6)	
≥80 anos	3	1 (3,6)	2 (7,1)	
Total	28	8 (28,6)	20 (71,4)	
Gênero				
Feminino	22	7 (25)	15 (53,6)	0,6399
Masculino	6	1 (3,6)	5 (17,9)	
Total	28	8 (28,6)	20 (71,4)	
Características Clínicas				
ICC				
Sim (≥5)	2	-	2 (7,1)	1
Não (<5)	26	8 (28,6)	18 (64,3)	
Total	28	8 (28,6)	20 (71,4)	
DNCT				
Hipertensão	12	2 (7,1)	10 (35,7)	0,077
Diabetes mellitus	2	2 (7,1)	-	
Hipertensão e Diabetes mellitus	14	4 (14,3)	10 (35,7)	
Total	28	8 (28,6)	20 (71,4)	
TFGe alterada				
Sim	26	7 (25)	19 (67,9)	0,497
Não	2	1 (3,6)	1 (3,6)	
Total	28	8 (28,6)	20 (71,4)	
Características Físicas				
Escore VES-13				
Vulneráveis (≥5)	1	-	1 (3,6)	1
Não Vulneráveis (<5)	27	8 (28,6)	19 (67,9)	
Total	28	8 (28,6)	20 (71,4)	
Características Farmacoterápicas				
Polifarmácia				
Sim	13	5 (17,9)	8 (28,6)	0,409
Não	15	3 (10,7)	12 (42,9)	
Total	28	8 (28,6)	20 (71,4)	

VARIÁVEIS	n	USO DE MPIO		TESTE EXATO DE FISHER
		Sim	Não	
		n (%)	n (%)	p-valor
MRCI >16,5				
Sim	4	2 (7,1)	2 (7,1)	0,554
Não	24	6 (21,4)	18 (64,3)	
Total	28	8 (28,6)	20 (71,4)	

DNCT: Doença Crônica Não Transmissível; **VES-13:** Vulnerable Elders Survey; **ICC:** Índice de Comorbidade de Charlson; **MPIO:** Medicamentos Potencialmente Inapropriados para Idosos. **MRCI:** Medication Regimen Complex Index.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2021.

4 DISCUSSÃO

A presença das mulheres em várias pesquisas é um dado confirmado por diversos estudos e pode acontecer em virtude delas procurarem mais os serviços de saúde em comparação aos homens. Pesquisa de Rocha *et al.* (2008) explica que a proteção cardiovascular dada pelos hormônios femininos, o menor consumo de tabaco e álcool e a maior procura por assistência médica, justificam a diferença populacional entre os gêneros na terceira idade. Esse é um aspecto a ser considerado na assistência à saúde, visto que as mulheres apresentam problemas de saúde mais complexos em relação aos homens da mesma idade.

Estudos realizados por Moura, Domingos e Rassy (2010) e Koch *et al.*, (2013) mostraram que as idosas são mais vulneráveis devido a fatores como baixa escolaridade e remuneração, solidão, isolamento social e exposição prolongada a doenças como HAS, diabetes, depressão e câncer. Nesse estudo, foi identificado apenas um caso de estado de vulnerabilidade, tratou-se de uma idosa com 80 anos que apresentava dificuldade para realizar as atividades instrumentais de vida diária. Os idosos vulneráveis devem ser prioridade nas ações e estratégias sociais e de saúde.

A polifarmácia em idosos é um dos grandes desafios da saúde pública, pois expõe esse grupo etário ao surgimento de novas complicações. A adoção de estratégias para o uso racional de medicamentos nos idosos exige o conhecimento dos fatores associados à polifarmácia pelos profissionais de saúde, a fim de garantir a saúde e o bem-estar dos idosos.

A amostra em estudo foi portadora de HAS e DM2 e também de alterações da função renal. Portanto, a presença de uma doença crônica como fator de suscetibilidade para a vulnerabilidade aponta para a necessidade

de promoção do controle dessas doenças e prevenção dos agravos, visto que são consideradas as principais causas de mortes em idosos.

De acordo com os dados obtidos, 26 pessoas (92,86%) apesar das comorbidades existentes não apresentavam risco de mortalidade. Mas, por serem portadores de DCNT e por exibirem alterações renais de acordo com a TFGe, se não houver um trabalho de Educação em Saúde, poderá acontecer agravamento nas condições clínicas, resultando, assim, em possível Doença Renal Crônica.

Com o envelhecimento, o idoso está mais propenso a desenvolver várias doenças, assim como as doenças cardiovasculares, o diabetes é frequente e é comum necessitar do tratamento farmacológico. A glibenclamida foi um dos MPII identificados, porém em idosos devem ser evitados. Considera-se como inapropriado por apresentar maior risco de hipoglicemia prolongada grave em idosos, segundo o CBMPII (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

O Inibidor da Bomba de Prótons, representado pelo omeprazol, foi registrado em 20% dos 10 MPII estudados. O registro do omeprazol como MPII também foi encontrado em outros estudos realizados por Rocha (2017), que identificou o uso em 56,7% (n= 17) dos idosos, utilizado para promover a cicatrização de úlceras gástricas ou duodenais e tratar a doença do refluxo gastroesofágica, do mesmo modo também foi registrado por Martins *et al.* (2015). Este medicamento é considerado inapropriado por ocasionar o risco da infecção por *Clostridium difficile*, perda óssea, fratura, demência e insuficiência renal com o uso prolongado nos idosos (OLIVEIRA *et al.*, 2016; LIMA *et al.*, 2019).

O uso de benzodiazepínicos por idosos está associado a desfechos negativos, como quedas, fraturas, acidentes automobilísticos, comprometimento cognitivo e delirium, sobretudo os de ação prolongada (OLIVEIRA *et al.*, 2016). Neste estudo foi o segundo MPII registrado (20%). Assis *et al.*, (2016) e Magalhães, Santos e Reis (2020), em estudo realizado, mostraram a alta dominância da clonazepam.

Quanto ao nifedipino e a metildopa neste presente estudo, foi identificado apenas em dois pacientes (10%). Dado que corrobora com o estudo de Martins *et al.* (2015) que, avaliando MPII através dos critérios de Beers, identificaram a prevalência de uso do nifedipino de liberação imediata (n=62, 16,9%) e de metildopa (n= 50, 13,6%). O nifedipino está associado ao risco de hipotensão e de isquemia miocárdica, enquanto a metildopa apresenta efeitos adversos no sistema nervoso central, ocasionando a bradicardia e a hipotensão ortostática (REZENDE, 2014; OLIVEIRA *et al.*, 2016). Lopes *et al.* (2016) esclareceram que a metildopa não é considerada primeira escolha

para o tratamento da hipertensão em pacientes idosos e é necessário ajustar a dose, dependendo da função renal.

A alta prescrição dos MPlI pode ser resultante do abastecimento de medicamentos na maioria das instituições públicas proveniente do Sistema Único de Saúde (SUS), que realiza atendimentos de forma longitudinal e gratuita. Com isso, os médicos acabam adequando a prescrição de acordo com os medicamentos disponíveis nas listas oficiais de medicamentos do SUS, como forma de redução dos gastos com saúde dessas instituições e garantia do acesso do medicamento para o usuário (ASSIS *et al.*, 2016; BALDONI *et al.*, 2020).

Neste estudo não houve associação do desfecho com variáveis independentes. No Brasil, os estudos que abordaram a utilização de medicamentos por idosos são, em sua maioria, de base populacional, sendo escassos aqueles realizados a partir do levantamento de prescrições na APS, como também durante e após internação. A polifarmácia, estudada por Magalhães, Santos e Reis (2020), demonstrou associação positiva com uso de MPlI na alta hospitalar. Uma investigação espanhola revelou que, para cada medicamento adicional na alta hospitalar, aumenta-se o risco de uso de MPlI em 14 ou 15% (HUDHRA *et al.*, 2016). Apesar dos desfechos negativos, a polifarmácia em muitos casos, mostra-se necessária. O tratamento de múltiplas doenças exige o uso concomitante de diversos medicamentos, sendo a polifarmácia estratégia para a manutenção adequada da farmacoterapia do idoso (SHAH; HAJJAR, 2012).

5 IMPLICAÇÕES

Diante dos resultados obtidos observou-se a necessidade de melhorar a farmacoterapia dos idosos. Através de informação objetiva sobre questões relacionadas aos MPlI, foi possível elaborar o plano de cuidado para cada paciente e encaminhá-lo a equipe da APS, contribuindo para uma melhor adequação no acompanhamento pela equipe multidisciplinar da unidade básica de saúde, objetivando, assim, uma melhor qualidade de vida aos pacientes geriátricos.

Dessa forma, estratégias para evitar a prescrição e o uso de MPlI devem ser implementadas. A assistência prestada por farmacêuticos clínicos em associação a uma equipe multiprofissional de cuidados geriátricos tem sido descrita como a prática clínica efetiva para melhorar a adequação da prescrição, especialmente para garantir a segurança da farmacoterapia.

REFERÊNCIAS

ASSIS, D. L. *et al.* Polypharmacy and the use of inappropriate medications in institutionalized elderly: lessons still not learned. **Geriatr Gerontol Aging**, 2016.

BALDONI, A. O. *et al.* Elaboração e validação do protocolo de desprescrição do clonazepam em idosos. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 5, n. 42, 2020. Disponível em: file:///C:/Users/admin/Downloads/2105-Texto%20do%20artigo-12703-1-10-20200316.pdf. Acesso em 01 mai. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução n. 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**. 06 maio de 2004.

CHARLSON, M. E. *et al.* A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. **J Chronic Dis**, v. 40, n. 5, p. 373-83, 1987.

GORZONI, M. L.; FABBRI, R. M. A.; PIRES, S. L. Medicamentos potencialmente inapropriados para idosos. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 58, n. 4, p. 442-6, 2012.

HUDHRA, K. *et al.* Polypharmacy and potentially inappropriate prescriptions identified by Beers and STOPP criteria in co-morbid older patients at hospital discharge. **J Eval. Clin. Pract.**, v. 22, n. 2, p. 189-193, 2016.

KOCH, R. F. *et al.* Depressão na percepção de idosos de grupos de convivência. **Rev. Enf. UFPE**, v. 7, n. 9, p. 5574-5582, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/13676/16568>. Acesso em: 23 abr. 2021.

LIMA, L. Y. R. *et al.* Utilização de medicamentos potencialmente inapropriados por idosos hospitalizados. **Braz. J. of Develop.**, v. 5, n. 10, p. 17952-66, 2019.

LOPES, L. M. *et al.* Utilização de medicamentos potencialmente inapropriados por idosos em domicílio. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 11, p. 3429-3438, 2016.

MAGALHÃES, M. S.; SANTOS, F. S.; REIS, A. M. M. Fatores associados ao uso de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos na alta hospitalar. **Einstein São Paulo**, v.18, p. 1-8, 2020.

MARTINS G. A. *et al.* Uso de medicamentos potencialmente inadequados entre idosos do Município de Viçosa, Minas Gerais, Brasil: um inquérito de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, n.11, p. 2401-2412, 2015.

MARQUES, P. P. *et al.* Polifarmácia em idosos comunitários: resultados do estudo Fibra. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 22, n. 5, 2019.

MELCHIORS, A. C. *et al.* Tradução e validação para o português do Medication Regimen Complexity Index. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 89, n. 4, p. 210-218, 2007.

MOURA, M. A. V.; DOMINGOS, A. M.; RASSY, M. E. C. A qualidade na atenção à saúde da mulher idosa: um relato de experiência. **Rev. Esc. Anna Nery**, v. 14, n. 4, p. 848-855, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000400027&lng=en. Acesso em: 23 abr. 2021.

MOREIRA, F. S. M. *et al.* Uso de medicamentos potencialmente inapropriados em idosos institucionalizados: prevalência e fatores associados. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 2073-2082, 2020.

NASCIMENTO, R. C. R. M. *et al.* Polifarmácia: uma realidade na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Rev. Saude Pub.**, v. 51, supl. 2, p. 1-12, 2017.

OLIVEIRA, M. G. *et al.* Consenso brasileiro de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos. **Geriatr. Gerontol Aging**, v.10, n. 4, p. 168-181, 2016.

PANTUZZA, L. L. *et al.* Validation and standardization of the Brazilian version of the Medication Regimen Complexity Index for older adults in primary care. **Geriatr. Gerontol Int.**, v. 18, n. 6, p. 853-859, 2018.

R CORE TEAM. R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. 2017. Disponível em: <https://www.R-project.org/>. Acesso em: 10 mai. 2021.

REZENDE, C.P. **Estudo de utilização de medicamentos por idosos não institucionalizados residentes em Ouro Preto – MG.** Dissertação (Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas), Minas Gerais, 2014.

ROCHA, C. H. *et al.* Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**. v 13, p. 703-710, 2008.

ROCHA, V. C. **Medicamentos utilizados por idosos institucionalizados no estado de Roraima: orientações de uso.** 2017. Graduação (Bacharel em Enfermagem), Roraima, 2017.

SALIBA, D. *et al.* The Vulnerable Elders Survey: a tool for identifying vulnerable older people in the community. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v. 49, n. 12, p. 1691-1699, 2001.

SBN, Sociedade Brasileira de Nefrologia. Calculadora CKD-EPI. 2021. Disponível em: <https://www.sbn.org.br/profissional/utilidades/calculadoras-nefrologicas/>. Acesso em: 04 de jan. 2021.

SHAH, B. M.; HAJJAR, E. R. Polypharmacy, adverse drug reactions, and geriatric Syndromes. **Clin. Geriatr. Med.**, v. 28, n. 2, p. 173-186, 2012.

SIEGEL, S.; CASTELLAN JUNIOR, N. J. **Estatística Não Paramétrica para as Ciências do Comportamento.** ArtmedBookman: São Paulo, 2006.

WHO. World Health Organization. **Medication Without Harm - Global Patient Safety Challenge on Medication Safety.** Geneva: WHO, 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255263/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf;jsessionid=F7127FF68114625583ECA40B0CB2BFB1?sequence=1>. Acesso em: 11 de jan. 2021.

17

FATORES ASSOCIADOS À QUALIDADE DO SONO EM POPULAÇÕES DE IDOSOS LONGEVOS

Bárbara Tejo Bezerra Araújo de Souza¹

Júlia Cristina Leite Nóbrega¹

Raisa Fernandes Mariz¹

Juliana Barbosa Medeiros¹

Priscila Lima Jacob¹

Ricardo Olinda¹

Silvana Santos¹

¹ Universidade Estadual da Paraíba.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno global. Em 2019, foram contabilizadas 703 milhões de pessoas com 65 anos ou mais na população mundial, sendo esperado que esse número dobre para 1,5 bilhão, em 2050 (UNITED NATIONS, 2020). No Brasil, estima-se que o número de pessoas com 60 anos ou mais representa aproximadamente 15,4% da população total, sendo estimado que, em 2050, 38 milhões de brasileiros, ou 18% da população, terão mais de 65 anos (CHAIMOWICZ, 2013). Dentre os idosos, o grupo dos idosos longevos, com 80 anos ou mais, cresce rapidamente e isso representa, na história, uma mudança muito significativa em relação aos padrões demográficos e de perfil epidemiológico. Por essa razão, torna-se necessário compreender melhor os fatores que influenciam na longevidade da população.

Um dos aspectos que contribuem para o envelhecimento saudável é a qualidade do sono. Trata-se de um construto clínico que inclui aspectos quantitativos, como, por exemplo, duração do sono, latência do sono ou número de vezes em que se desperta, além de aspectos mais subjetivos, como “profundidade” do sono ou “sensação de descanso” após dormir (BUYSSE *et al.*, 1989).

Estudos epidemiológicos prévios sugerem que a prevalência de problemas do sono autorrelatados aumenta com a idade, de modo que mais de 40% dos idosos apresentam dificuldade com a iniciação ou manutenção do sono (CALEM; BISLA; BEGUM, 2012; FORD; KAMEROW, 1989; DESFORGES *et al.*, 1990; WALSH *et al.*, 2011). A má qualidade do sono foi associada aos transtornos mentais (FURIHATA *et al.*, 2015; PARK; YOO; BAE, 2013); comprometimento cognitivo, tais como: dificuldade em manter a atenção sustentada, um tempo de resposta mais lento, comprometimento na memória e na concentração (LUO *et al.*, 2013); condições crônicas de saúde (HUNG *et al.*, 2014); obesidade (CHAPUT; TREMBLAY, 2012; THEORELL-HAGLÖW *et al.*, 2014); e, inclusive, aumento na mortalidade (YOUNGSTEDT; KRIPKE, 2004). Considerando o impacto do sono na qualidade de vida, função cognitiva e condição de saúde, faz-se necessário compreender como a qualidade do sono pode influenciar o envelhecimento e longevidade.

O presente trabalho tem por objetivo investigar a percepção autorreferida sobre qualidade do sono e sua associação com aspectos psicossociais em idosos residentes no município de Brejo dos Santos, no sertão da Paraíba, e em São Paulo. Essa comparação é interessante, porque a população idosa do Nordeste vive numa parcela da região que enfrenta dificuldades

econômicas, no semiárido e, relativamente, isolados, tendo um modo de vida mais tradicional. A comunidade de Brejo dos Santos também se caracteriza por elevadas taxas de casamentos consanguíneos e frequência de transtornos psiquiátricos (WELLER *et al.*, 2012).

2 MATERIAL E MÉTODOS

Este é um estudo transversal, do tipo analítico e quantitativo, no qual foram entrevistados, em seus domicílios, idosos longevos, com 80 anos ou mais, residentes no município de Brejo dos Santos e em São Paulo. Os dados foram coletados através da utilização do inquérito sobre Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – SABE (MAIA, 2005 *apud* LEBRÃO; DUARTE, 2003). Os dados são autorreferidos e a entrevista tem duração média de três horas. A partir de uma parceria estabelecida com a Secretaria Municipal de Saúde de Brejo dos Santos, foram fornecidos os dados necessários para a identificação de todos os idosos que atendiam aos critérios de inclusão na pesquisa, contabilizados em 188 sujeitos. Devido às recusas, mudanças de cidade e outros motivos (4,79%), foram efetivamente entrevistados 179 idosos. A coleta ocorreu no período de maio de 2017. Os critérios de inclusão referem-se aos idosos com 80 anos ou mais, habitantes de Brejo dos Santos, ao passo em que os critérios de exclusão dizem respeito aos idosos institucionalizados e/ou que mudaram de cidade. A coleta de dados com idosos de São Paulo foi realizada em 2015 pela equipe da Profa. Dra. Yeda Aparecida Duarte, da FEUSP, que nos cedeu, gentilmente, os dados para realização do presente estudo. Ao todo, 238 idosos, com 80 ou mais anos, foram entrevistados, sendo uma amostra probabilística representativa da cidade de São Paulo.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), sob o protocolo CAAE: 67426017.6.0000.5187, e pela Universidade de São Paulo, estando de acordo com os princípios da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. Os resultados foram apresentados aos participantes após a conclusão do estudo.

O presente estudo foi realizado com apoio do CNPq, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – Brasil (PIBIC/CNPq-UEPB). A coleta de dados foi financiada pela CAPES pelo INCT/FAPESP.

2.1 Variáveis do estudo e análise de dados

As variáveis dependentes consideraram “a dificuldade para dormir no último mês” (sim ou não) e “autoavaliação da qualidade do sono” (boa, regular ou ruim). As variáveis independentes compreendem aspectos socio-demográficos e de saúde, dentre os quais: sexo, grupo etário (80 até menos de 89 anos e 89 anos ou mais) e estado marital (com ou sem parceiro). Os aspectos relativos à saúde investigados dizem respeito à autoavaliação da memória e da perda da memória; autoavaliação da saúde, se alguma vez o médico disse ao entrevistado se ele tinha hipertensão, diabetes, doença pulmonar, doença cardiovascular, dor articular, artrite, reumatismo, problema psiquiátrico, depressão, doença de Parkinson ou Alzheimer. Foi questionado sobre a quantidade de vezes em que o idoso se levanta a noite para urinar (noctúria) e a quantidade de medicamentos que utiliza e avaliado o seu índice de massa corpórea (IMC), se tinha mobilidade alterada e a velocidade da marcha. Em relação aos aspectos psicológicos, foi investigada a percepção de bem-estar, satisfação com a vida e se os idosos têm uma atitude mais positiva em relação à vida (sentem-se felizes a maior parte do tempo, de bom humor, esperançosos e felizes por estarem vivos) ou se a visão deles é mais negativa e pessimista (sentem-se aborrecidos, preocupados e com medo, desamparados, isolados ou desvalorizados). Ainda, foram questionados sobre sua percepção em relação a outras pessoas, se estão em situação melhor do que eles no momento.

Para o processamento e análise, os dados foram submetidos à dupla entrada no programa *Epidata 3.1*. As informações estatísticas foram obtidas por meio do software estatístico SPSS. Inicialmente, para elencar o perfil da população estudada, foi realizada uma análise descritiva dos dados, com a distribuição dos valores absolutos e as frequências relativas de cada variável. Posteriormente, foram executadas análises de bivariada, sendo empregados os testes de qui-quadrado de Pearson, teste Exato de *Fisher*, e a medida de associação selecionada foi o *odds ratio* (OR), considerou-se $p < 0,05$ como indicativo de associação estatisticamente significativa.

3 RESULTADOS

A Tabela 1 (apêndice) mostra a estatística descritiva e os resultados do teste *Qui-quadrado*, evidenciando as diferenças entre as populações de idosos longevos, com 80 anos ou mais, que vivem em Brejo dos Santos, no sertão da Paraíba, e em São Paulo. Em relação à qualidade do sono, verificou-se

que a metade dos idosos reportou dificuldades para dormir no último mês, em ambas as populações, e a maior parte deles, em ambas as regiões, avaliou a qualidade de seu sono como boa. Entretanto, em relação à dificuldade de sono mais frequente, verificou-se diferença significativa entre as duas populações ($p=0,033$), e, em Brejo dos Santos, os idosos queixam-se por não conseguirem dormir e, em São Paulo, eles acordam várias vezes durante a noite. Em Brejo dos Santos, os idosos fazem uso mais frequente de medicamentos para dormir ($p=0,016$).

Em relação às variáveis independentes sociodemográficas, a maior parte dos idosos tem entre 80 e 89 anos. Verificou-se maior prevalência de mulheres na população de São Paulo (70,6%) do que em Brejo dos Santos (54,7%), e a maioria das mulheres da metrópole vivem sem companheiro (79,0%) ($>0,001$). Os idosos do sertão têm uma pior percepção sobre a qualidade de sua memória, entretanto, não houve diferença entre as duas populações, quando considerada a autoavaliação da saúde e da possível perda da memória no último ano.

Sobre a situação de saúde, a população urbana referiu maior prevalência de doenças crônicas, como hipertensão, diabetes, doença cardiovascular e dor crônica, inclusive algumas doenças psiquiátricas, como depressão. Os idosos da região urbana também são mais obesos do que os do sertão e, em Brejo dos Santos, 28,2% encontravam-se desnutridos. De fato, a população de idosos longevos de São Paulo possui mais enfermidades e utiliza mais medicamentos do que a do sertão da Paraíba ($p=0,008$). Por outro lado, embora mais saudável, os idosos de Brejo dos Santos acordam mais vezes a noite para urinar, o que pode influenciar negativamente a qualidade do sono.

Em relação aos aspectos psicológicos, as duas populações mostraram diferenças significativas em relação à satisfação com a vida e ao sentimento de felicidade e esperança com a vida. A população de idosos de Brejo dos Santos tem uma atitude mais positiva em relação à vida do que a que vive em São Paulo. Por outro lado, os idosos de Brejo reportaram sentirem-se mais preocupados, desamparados e com medo do que os que vivem em São Paulo.

3.1 Dificuldade para dormir e qualidade do sono

A Tabela 2 (apêndice) mostra os resultados da estatística descritiva e inferencial relativa à variável dependente “dificuldade para dormir no último mês”. O teste *Qui-quadrado* comparou quem tem ou não dificuldade

para dormir, em cada uma das populações, de forma independente, para evidenciar os diferentes padrões e variáveis que poderiam estar associadas à dificuldade. Em Brejo dos Santos, 22,6% das pessoas com dificuldade para dormir relataram dor articular ($p=0,018$) e mostraram-se mais pessimistas e insatisfeitos com sua vida. Por exemplo, 52,3% dos idosos com dificuldade para dormir tem o sentimento de vazio em sua vida, 41,4% sentem-se aborrecidos e 34,8% desamparados. Esses sentimentos podem estar associados a sintomas depressivos que não foram diagnosticados pelos médicos da Estratégia Saúde da Família. Esses sentimentos associados com dificuldade para dormir são indicativos de que os idosos podem estar com algum transtorno de natureza psiquiátrica.

A Tabela 2 também mostra os resultados para a população de São Paulo. Quem autoavaliou a sua saúde como ruim ou muito ruim também teve mais dificuldade para dormir. Cerca de 11% dos idosos que têm transtorno psiquiátrico na metrópole relatou problemas no sono ($p=0,012$) e quem acorda mais de duas vezes para urinar durante a noite ($p=0,05$). Os resultados mais interessantes, entretanto, dizem respeito aos aspectos psicológicos. De fato, os idosos que dormem melhor têm uma atitude mais positiva em relação à vida e estão mais satisfeitos, felizes e esperançosos. E, como era de esperar, quem dorme pior tem uma percepção sobre a vida também mais negativa. De fato, o sono influencia claramente os aspectos psicológicos e a qualidade de vida dos idosos longevos.

A Tabela 3 (apêndice) mostra os resultados com a variável dependente autoavaliação da qualidade do sono, que ratificam os achados anteriores. Os idosos, que relatam ter qualidade do sono boa, também têm uma melhor autopercepção de sua saúde e uma perspectiva mais positiva da vida, sentindo-se mais satisfeitos, felizes, bem-humorados e com maior esperança. Em Brejo dos Santos, a qualidade de sono ruim foi associada ao sentirem-se desamparados ou desvalidos, preocupados com a possibilidade de algo ruim acontecer e também com maior temor em sair de casa.

4 DISCUSSÃO

Os achados deste trabalho mostram que as populações de idosos longevos, que vivem em São Paulo e em Brejo dos Santos, têm importantes diferenças sociodemográficas e de condições de saúde. Foram evidenciadas diferenças marcantes em relação à diferença na proporção entre homens e mulheres e na prevalência de doenças crônicas. A população de Brejo dos Santos tem maior proporção de homens e idosos que vivem com seus

parceiros e eles relataram menor proporção de doenças. Apesar dessas diferenças, não foi observada diferença significativa em relação à proporção de idosos com dificuldade para dormir ou qualidade do sono.

Os distúrbios de sono estão frequentemente associados às doenças psiquiátricas. Em uma meta-análise, realizada por Benca e colaboradores (1992), foi constatada que as alterações do sono são encontradas na maioria dos transtornos psiquiátricos. Diversos autores já apontaram o comprometimento da qualidade do sono relacionada com a presença de sintomas depressivos (GAMBHIR *et al.*, 2014; HASELI-MASHHADI *et al.*, 2009; KIM *et al.*, 2017; SILVA *et al.*, 2018; WU *et al.*, 2012). Tais achados foram corroborados na população de idosos longevos de São Paulo, na qual foi verificada associação entre transtorno psiquiátrico e pior qualidade do sono.

Os resultados deste trabalho mostram claramente que os idosos, em ambas as regiões, demonstram ter atitudes e sentimentos mais positivos em relação à vida, também têm uma melhor qualidade do sono e menor dificuldade para dormir. De fato, idosos com sintomas sugestivos de depressão, frequentemente, podem não se reconhecer ou referir que está deprimido. Em virtude disso, esses sintomas podem ser investigados por meio de perguntas mais gerais sobre seus sentimentos e sobre a qualidade de seu sono. A qualidade do sono, perda de peso e falta de apetite são indicadores de depressão em idosos, conforme indicado pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Considerando a relação constatada entre sintomas sugestivos de depressão e pior qualidade do sono, pode-se inferir que há uma série de elementos que são influenciados mutuamente, afetando a qualidade do sono das populações de idosos entrevistados.

Os achados deste estudo também corroboram com associações já descritas na literatura entre qualidade do sono e condição física de saúde (KARIO *et al.*, 2001; LI *et al.*, 2004). Conforme mostrado neste estudo, idosos com melhor qualidade do sono também têm uma melhor condição de saúde, com melhor mobilidade, por exemplo, e uma autopercepção mais positiva também de sua saúde. Outros autores (HASELI-MASHHADI *et al.*, 2009; WU *et al.*, 2012) já haviam relatado associação entre autoavaliação de saúde e qualidade do sono.

Este trabalho tem limitações relativas ao seu próprio desenho. Os estudos transversais não permitem aprofundar as relações de causa e efeito. Por exemplo, uma piora da qualidade do sono funciona como gatilho para transtornos psiquiátricos ou seriam os transtornos que levam à perda da qualidade do sono? Esta e outras perguntas de interesse, como a investigação

mais aprofundada dos fatores que levam a população de idosos do sertão, por exemplo, a sentir mais medo e preocupação com os eventos futuros e terem mais medo de sair de casa do que a população de São Paulo, somente poderão ser respondidas com estudos do tipo longitudinal prospectivos, que possam fazer um acompanhamento, por mais tempo, do processo de envelhecimento em diferentes populações com visões de mundo e condições de vida diferentes. Outra limitação diz respeito ao uso de questionário autorreferido sobre saúde, que pode ter imprecisões, entretanto, os resultados encontrados fornecem indícios de aspectos relevantes para a qualidade do sono de idosos longevos, que podem dar origem às hipóteses de trabalho testáveis em estudos futuros.

5 CONCLUSÃO

Apesar das diferenças sociodemográficas e de condições de saúde entre as populações de idosos longevos de Brejo dos Santos, na Paraíba, e em São Paulo, verificou-se associação entre aspectos sugestivos de depressão com pior qualidade do sono e dificuldade para dormir. Os idosos, que têm sentimentos mais positivos, sentem-se mais felizes, bem humorados e esperançosos também tem menos dificuldade para dormir e melhor qualidade do sono. O sono é um importante indicador da condição de saúde mental entre os idosos longevos.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5 – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BENCA, R. M. *et al.* Sono e transtornos psiquiátricos: uma meta-análise. **Arquivos de psiquiatria geral**, v. 49, n. 8, pág. 651-668, 1992.

BUYSSE, D. J. *et al.* The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. **Psychiatry research**, v. 28, n. 2, p. 193-213, 1989.

CALEM, M. *et al.* Increased prevalence of insomnia and changes in hypnotics use in England over 15 years: analysis of the 1993, 2000, and 2007 National Psychiatric Morbidity Surveys. **Sleep**, v. 35, n. 3, p. 377-384, 2012.

CHAPUT, J.P.; TREMBLAY, A. Sono insuficiente como contribuinte para o ganho de peso: uma atualização. **Relatórios atuais de obesidade**, v. 1, n. 4, pág. 245-256, 2012.

CHAIMOWICZ, F. **Saúde do idoso**. 2013.

DESFORGES, J. F. *et al.* Geriatrics: sleep disorders and aging. **New England Journal of Medicine**, v. 323, n. 8, p. 520-526, 1990.

FORD, D. E.; KAMEROW, D. B. Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders: an opportunity for prevention?. **Jama**, v. 262, n. 11, p. 1479-1484, 1989.

FURIHATA, R. *et al.* Association of short sleep duration and short time in bed with depression: AJ apanese general population survey. **Sleep and Biological Rhythms**, v. 13, n. 2, p. 136-145, 2015.

GAMBHIR, I. S. *et al.* Insomnia in the elderly—a hospital-based study from North India. **Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics**, v. 5, n. 4, p. 117-121, 2014.

HASELI-MASHHADI, N. *et al.* Sleep quality in middle-aged and elderly Chinese: distribution, associated factors and associations with cardio-metabolic risk factors. **BMC public health**, v. 9, n. 1, p. 1-11, 2009.

HUNG, H. C. *et al.* The relationship among metabolic syndrome, sleep duration and sleep quality in Taiwanese females. **Diabetes Research and Clinical Practice**, v. 106, p. 176-177, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua anual**, 2018.

KARIO, K. *et al.* Gender differences in associations of diurnal blood pressure variation, awake physical activity, and sleep quality with negative affect: the work site blood pressure study. **Hypertension**, v. 38, n. 5, p. 997-1002, 2001.

KIM, W. J. *et al.* Factors associated with insomnia among the elderly in a Korean rural community. **Psychiatry Investigation**, v. 14, n. 4, p. 400, 2017.

LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. de O. **SABE**: Saúde, Bem-estar e Envelhecimento; o projeto SABE no município de São Paulo, uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2003.

LI, F. *et al.* Tai Chi and self-rated quality of sleep and daytime sleepiness in older adults: a randomized controlled trial. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 52, n. 6, p. 892-900, 2004.

LUO, J. *et al.* Prevalence and risk factors of poor sleep quality among Chinese elderly in an urban community: results from the Shanghai aging study. **PloS. one**, v. 8, n. 11, p. E81261, 2013.

MAIA, F. O. M. **Fatores de risco para óbitos em idosos**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo: Universidade de São Paulo. 2005. 177 p. Disponível em: <http://hygeia3.fsp.usp.br/sabe/Teses/Flavia.pdf>. Acesso em:

PARK, J.H.; YOO, M.S.; BAE, S. H. Prevalence and predictors of poor sleep quality in Korean older adults. **International Journal of Nursing Practice**, v. 19, n. 2, p. 116-123, 2013.

SILVA, M. R. da *et al.* Depressive symptoms in the elderly and its relationship with chronic pain, chronic diseases, sleep quality and physical activity level. **BrJP**, v. 1, p. 293-298, 2018.

THEORELL-HAGLÖW, J. *et al.* Both habitual short sleepers and long sleepers are at greater risk of obesity: a population-based 10-year follow-up in women. **Sleep medicine**, v. 15, n. 10, p. 1204-1211, 2014.

UNITED NATIONS. **World Population Ageing 2019**. New York, 2020.

WALSH, James K. *et al.* Nighttime insomnia symptoms and perceived health in the America Insomnia Survey (AIS). **Sleep**, v. 34, n. 8, p. 997-1011, 2011.

WELLER, M. *et al.* Consanguineous unions and the burden of disability: A population-based study in communities of Northeastern Brazil. **American Journal of Human Biology**, v. 24, n. 6, p. 835-840, 2012.

WU, Chia-Yi. *et al.* Sleep quality among community-dwelling elderly people and its demographic, mental, and physical correlates. **Journal of the Chinese Medical Association**, v. 75, n. 2, p. 75-80, 2012.

YOUNGSTEDT, S. D.; KRIPKE, D. F. Long sleep and mortality: rationale for sleep restriction. **Sleep medicine reviews**, v. 8, n. 3, p. 159-174, 2004.

APÊNDICES**Tabela 1** – Estatística descritiva e inferencial comparando as populações de idosos longevos de Brejo dos Santos (SABE-PB) e de São Paulo (SABE-SP).

		População				Teste X2 p
		SABE-PB (N=179)		SABE-SP (238)		
		n	%	n	%	
Dificuldade para dormir no último mês	Sim	85	47,8%	99	41,9%	0,239
	Não	93	52,2%	137	58,1%	
	Total	178	100,0%	236	100,0%	
Autoavaliação da qualidade do sono	Boa	72	53,7%	140	65,7%	0,064
	Regular	38	28,4%	49	23,0%	
	Ruim	24	17,9%	24	11,3%	
	Total	134	100,0%	213	100,0%	
Qual a dificuldade de sono mais frequente:	Demora para dormir	32	37,6%	35	35,0%	0,033
	Acorda de madrugada e não dorme mais	26	30,6%	23	23,0%	
	Acorda várias vezes durante a noite	10	11,8%	29	29,0%	
	Não consegue dormir	16	18,8%	11	11,0%	
	Outros	1	1,2%	2	2,0%	
	Total	85	100,0%	100	100,0%	
Uso de medicamento para dormir no último mês	Nenhuma vez	130	72,6%	187	78,9%	0,016
	Menos de 1 vez durante semana	8	4,5%	5	2,1%	
	1 a 2 vezes por semana	23	12,8%	12	5,1%	
	Outros	2	1,1%	1	,4%	
	Todos os dias	16	8,9%	32	13,5%	
	Total	179	100,0%	237	100,0%	
Sexo	Feminino	98	54,7%	168	70,6%	0,001
	Masculino	81	45,3%	70	29,4%	
	Total	179	100,0%	238	100,0%	
Grupo Etário	80-89	141	78,8%	173	72,7%	0,154
	89+	38	21,2%	65	27,3%	
	Total	179	100,0%	238	100,0%	
Estado marital	Sem companheiro	102	57,0%	50	21,0%	>0,001
	Com companheiro	77	43,0%	188	79,0%	
	Total	179	100,0%	238	100,0%	

		População				Teste X2
		SABE-PB (N=179)		SABE-SP (238)		
		n	%	n	%	p
Autoavaliação da Memória	Excelente	9	6,0%	10	4,6%	0,044
	Muito boa	15	9,9%	20	9,3%	
	Boa	52	34,4%	81	37,5%	
	Regular	51	33,8%	91	42,1%	
	Má	24	15,9%	14	6,5%	
	Total	151	100,0%	216	100,0%	
Autoavaliação da Perda da Memória	Melhor	8	5,4%	8	3,7%	0,686
	Igual	93	62,8%	134	62,0%	
	Pior	47	31,8%	74	34,3%	
	Total	148	100,0%	216	100,0%	
Autoavaliação da saúde	Muito boa/Boa	59	39,3%	93	43,5%	0,72
	Regular	71	47,3%	93	43,5%	
	Ruim/Muito ruim	20	13,3%	28	13,1%	
	Total	150	100,0%	214	100,0%	
Hipertensão	Sim	95	53,1%	180	76,3%	>0,001
	Não	84	46,9%	56	23,7%	
	Total	179	100,0%	236	100,0%	
Diabetes	Sim	19	10,7%	69	29,4%	>0,001
	Não	159	89,3%	166	70,6%	
	Total	178	100,0%	235	100,0%	
Doença pulmonar	sim	10	5,6%	24	10,3%	0,09
	não	168	94,4%	210	89,7%	
	Total	178	100,0%	234	100,0%	
Doença cardiovascular	sim	31	17,3%	88	37,1%	>0,001
	não	148	82,7%	149	62,9%	
	Total	179	100,0%	237	100,0%	
Dor articular	sim	28	15,7%	131	56,2%	>0,001
	não	150	84,3%	102	43,8%	
	Total	178	100,0%	233	100,0%	
Artrite	Sim, artrite	4	100,0%	32	100,0%	NC
	Total	4	100,0%	32	100,0%	
Reumatismo	Sim, reumatismo	9	100,0%	19	100,0%	NC
	Total	9	100,0%	19	100,0%	
Transtorno Psiquiátrico	Sim	13	7,3%	15	6,4%	0,7
	Não	164	92,7%	220	93,6%	
	Total	177	100,0%	235	100,0%	

		População				Teste X2
		SABE-PB (N=179)		SABE-SP (238)		
		n	%	n	%	p
Depressão	Sim	12	6,8%	39	16,8%	0,002
	Não	165	93,2%	193	83,2%	
	Total	177	100,0%	232	100,0%	
Parkinson	Sim	1	,6%	8	3,4%	0,051
	Não	177	99,4%	229	96,6%	
	Total	178	100,0%	237	100,0%	
Alzheimer	Sim	22	12,5%	27	11,4%	0,76
	Não	154	87,5%	209	88,6%	
	Total	176	100,0%	236	100,0%	
Noctúria – levanta uma vez por noite para urinar	Sim	154	90,6%	170	79,1%	0,002
	Não	16	9,4%	45	20,9%	
	Total	170	100,0%	215	100,0%	
Noctúria – levanta duas vezes ou mais por noite para urinar	Sim	122	71,8%	121	56,3%	0,002
	Não	48	28,2%	94	43,7%	
	Total	170	100,0%	215	100,0%	
Quantidade de medicamentos	Nenhum medicamento	5	2,8%	0	0,0%	0,008
	Entre 1 e 4 medicamentos	80	44,7%	80	36,5%	
	5 ou mais medicamentos (Polifarmácia)	94	52,5%	139	63,5%	
	Total	179	100,0%	219	100,0%	
IMC – Nutrition Screening Initiative (NSI)	Subnutrido(a)	40	28,2%	30	16,4%	0,01
	Peso adequado	68	47,9%	86	47,0%	
	Excesso de peso	34	23,9%	67	36,6%	
	Total	142	100,0%	183	100,0%	
Mobilidade Alterada	dificuldade na mobilidade	152	87,9%	190	83,3%	0,205
	não tem dificuldade na mobilidade	21	12,1%	38	16,7%	
	Total	173	100,0%	228	100,0%	
Velocidade da marcha	Incapaz/Muito ruim	99	88,4%	57	34,3%	>0,001
	Baixo	12	10,7%	64	38,6%	
	Moderado	1	,9%	32	19,3%	
	Bom	0	0,0%	13	7,8%	
	Total	112	100,0%	166	100,0%	

		População				Teste X2
		SABE-PB (N=179)		SABE-SP (238)		
		n	%	n	%	p
Bem-estar subjetivo	Pior bem-estar	31	23,1%	43	21,3%	0,689
	Melhor bem-estar	103	76,9%	159	78,7%	
	Total	134	100,0%	202	100,0%	
Satisfeito com a vida	Sim	134	92,4%	177	84,7%	0,029
	Não	11	7,6%	32	15,3%	
	Total	145	100,0%	209	100,0%	
Sente-se feliz a maior parte do tempo	Sim	125	88,0%	164	79,2%	0,032
	Não	17	12,0%	43	20,8%	
	Total	142	100,0%	207	100,0%	
Bom humor a maior parte do tempo	Sim	121	85,8%	167	81,1%	0,248
	Não	20	14,2%	39	18,9%	
	Total	141	100,0%	206	100,0%	
Acredita que é maravilhoso estar vivo	Sim	136	95,8%	190	92,7%	0,235
	Não	6	4,2%	15	7,3%	
	Total	142	100,0%	205	100,0%	
Sente-se cheio de energia	Sim	91	65,9%	122	59,2%	0,208
	Não	47	34,1%	84	40,8%	
	Total	138	100,0%	206	100,0%	
Sente-se sem esperança diante da sua situação atual	Sim	82	60,7%	39	19,2%	>0,001
	Não	53	39,3%	164	80,8%	
	Total	135	100,0%	203	100,0%	
Sente a vida vazia	Sim	55	40,1%	67	32,4%	0,14
	Não	82	59,9%	140	67,6%	
	Total	137	100,0%	207	100,0%	
Tem estado aborrecido frequentemente	Sim	40	27,6%	53	25,7%	0,689
	Não	105	72,4%	153	74,3%	
	Total	145	100,0%	206	100,0%	
Preocupado ou tem medo de algo ruim	Sim	90	62,9%	39	19,0%	>0,001
	Não	53	37,1%	166	81,0%	
	Total	143	100,0%	205	100,0%	
Sente desamparado ou desvalido	Sim	34	24,6%	21	10,2%	>0,001
	Não	104	75,4%	185	89,8%	
	Total	138	100,0%	206	100,0%	
Prefere ficar em casa em vez de sair	Sim	106	74,1%	94	46,1%	>0,001
	Não	37	25,9%	110	53,9%	
	Total	143	100,0%	204	100,0%	

		População				Teste X2 p
		SABE-PB (N=179)		SABE-SP (238)		
		n	%	n	%	
Sente mais problemas com a memória do que outras pessoas de sua idade	Sim	26	20,2%	27	13,9%	0,138
	Não	103	79,8%	167	86,1%	
	Total	129	100,0%	194	100,0%	
Sente-se inútil ou desvalorizado	Sim	20	14,8%	39	18,9%	0,326
	Não	115	85,2%	167	81,1%	
	Total	135	100,0%	206	100,0%	
Acredita que as outras pessoas estão em situação melhor	Sim	44	40,4%	60	33,1%	0,214
	Não	65	59,6%	121	66,9%	
	Total	109	100,0%	181	100,0%	

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Tabela 2 – Associação das variáveis independentes com dificuldade de sono no último mês na população de idosos com 80 anos ou mais de Brejo dos Santos (SABE-PB) e em São Paulo (SABE-SP).

		SABE – Paraíba					SABE – São Paulo				
		Dificuldade para dormir no último mês					Dificuldade para dormir no último mês				
		Sim		Não		Teste X2 p	Sim		Não		Teste X2 p
		n	%	n	%		n	%	n	%	
Sexo	Feminino	50	58,8%	47	50,5%	0,267	76	76,8%	91	66,4%	0,085
	Masculino	35	41,2%	46	49,5%		23	23,2%	46	33,6%	
Grupo Etário	80-89	71	83,5%	69	74,2%	0,129	71	71,7%	102	74,5%	0,639
	89+	14	16,5%	24	25,8%		28	28,3%	35	25,5%	
Estado marital	Sem companheiro	51	60,0%	50	53,8%	0,402	21	21,2%	28	20,4%	0,885
	Com companheiro	34	40,0%	43	46,2%		78	78,8%	109	79,6%	
Autoavaliação da Memória	Excelente	4	5,7%	5	6,3%	0,939	3	3,6%	6	4,6%	0,405
	Muito boa	6	8,6%	9	11,3%		5	6,0%	15	11,5%	
	Boa	26	37,1%	26	32,5%		30	36,1%	51	38,9%	
	Regular	24	34,3%	26	32,5%		37	44,6%	53	40,5%	
	Má	10	14,3%	14	17,5%		8	9,6%	6	4,6%	
Autoavaliação da Perda da Memória	Melhor	4	5,8%	4	5,1%	0,657	2	2,4%	6	4,6%	0,122
	Igual	41	59,4%	52	66,7%		46	55,4%	87	66,4%	
	Pior	24	34,8%	22	28,2%		35	42,2%	38	29,0%	

		SABE – Paraíba					SABE – São Paulo				
		Dificuldade para dormir no último mês					Dificuldade para dormir no último mês				
		Sim		Não		Teste X2	Sim		Não		Teste X2
		n	%	n	%	p	n	%	n	%	p
Autoavaliação da saúde	Muito boa/Boa	23	32,4%	36	46,2%	0,114	29	35,4%	64	48,9%	0,042
	Regular	35	49,3%	35	44,9%		37	45,1%	55	42,0%	
	Ruim/Muito ruim	13	18,3%	7	9,0%		16	19,5%	12	9,2%	
Hipertensão	Sim	47	55,3%	48	51,6%	0,663	78	78,8%	101	74,3%	0,422
	Não	38	44,7%	45	48,4%		21	21,2%	35	25,7%	
Diabetes	Sim	11	13,1%	8	8,6%	0,335	32	33,0%	37	27,0%	0,323
	Não	73	86,9%	85	91,4%		65	67,0%	100	73,0%	
Doença pulmonar	sim	6	7,1%	4	4,3%	0,435	8	8,1%	16	11,9%	0,338
	não	79	92,9%	88	95,7%		91	91,9%	118	88,1%	
Doença cardiovascular	sim	16	18,8%	15	16,1%	0,636	39	39,4%	48	35,0%	0,494
	não	69	81,2%	78	83,9%		60	60,6%	89	65,0%	
Dor articular	sim	19	22,6%	9	9,7%	0,018	58	59,8%	72	53,3%	0,328
	não	65	77,4%	84	90,3%		39	40,2%	63	46,7%	
Artrite	Sim, artrite	2	100,0%	2	100,0%	NC	12	85,7%	17	100,0%	NC
Reumatismo	Sim, reumatismo	6	100,0%	3	100,0%	NC	9	81,8%	8	100,0%	NC
Transtorno Psiquiátrico	Sim	3	3,6%	10	10,9%	0,064	11	11,1%	4	3,0%	0,012
	Não	81	96,4%	82	89,1%		88	88,9%	131	97,0%	
Depressão	Sim	8	9,5%	4	4,3%	0,174	16	16,5%	22	16,4%	0,988
	Não	76	90,5%	88	95,7%		81	83,5%	112	83,6%	
Parkinson	Sim	0	0,0%	1	1,1%	0,335	5	5,1%	3	2,2%	0,231
	Não	85	100,0%	91	98,9%		94	94,9%	134	97,8%	
Alzheimer	Sim	11	12,9%	11	12,2%	0,886	16	16,2%	11	8,1%	0,055
	Não	74	87,1%	79	87,8%		83	83,8%	125	91,9%	
Noctúria – levanta uma vez por noite para urinar	Sim	69	87,3%	84	93,3%	0,174	73	83,0%	97	76,4%	0,244
	Não	10	12,7%	6	6,7%		15	17,0%	30	23,6%	
Noctúria – levanta duas vezes ou mais por noite para urinar	Sim	57	72,2%	65	72,2%	0,992	58	65,9%	63	49,6%	0,018
	Não	22	27,8%	25	27,8%		30	34,1%	64	50,4%	

		SABE – Paraíba					SABE – São Paulo				
		Dificuldade para dormir no último mês					Dificuldade para dormir no último mês				
		Sim		Não		Teste X2	Sim		Não		Teste X2
		n	%	n	%		p	n	%	n	
Quantidade de medicamentos	Nenhum medicamento	3	3,5%	2	2,2%	0,665	0	0,0%	0	0,0%	0,479
	Entre 1 e 4 medicamentos	35	41,2%	44	47,3%		32	34,0%	48	38,7%	
	5 ou mais medicamentos (Polifarmácia)	47	55,3%	47	50,5%		62	66,0%	76	61,3%	
IMC – Nutrition Screening Initiative (NSI)	Subnutrido(a)	19	29,2%	20	26,3%	0,494	15	19,7%	15	14,2%	0,597
	Peso adequado	28	43,1%	40	52,6%		34	44,7%	52	49,1%	
	Excesso de peso	18	27,7%	16	21,1%		27	35,5%	39	36,8%	
Mobilidade Alterada	dificuldade na mobilidade	72	86,7%	80	88,9%	0,666	82	89,1%	107	79,3%	0,050
	não tem dificuldade na mobilidade	11	13,3%	10	11,1%		10	10,9%	28	20,7%	
Velocidade da marcha	Incapaz/Muito ruim	45	86,5%	54	90,0%	0,452	20	30,8%	36	36,0%	0,842
	Baixo	7	13,5%	5	8,3%		27	41,5%	37	37,0%	
	Moderado	0	0,0%	1	1,7%		12	18,5%	20	20,0%	
	Bom	0	0,0%	0	0,0%		6	9,2%	7	7,0%	
Bem-estar subjetivo	Pior bem-estar	21	32,8%	10	14,3%	0,700	26	33,3%	17	13,7%	0,001
	Melhor bem-estar	43	67,2%	60	85,7%		52	66,7%	107	86,3%	
Satisfeito com a vida	Sim	65	91,5%	69	93,2%	0,090	62	76,5%	115	90,6%	0,006
	Não	6	8,5%	5	6,8%		19	23,5%	12	9,4%	
Sente-se feliz a maior parte do tempo	Sim	60	87,0%	65	89,0%	0,702	55	67,9%	109	87,2%	0,001
	Não	9	13,0%	8	11,0%		26	32,1%	16	12,8%	
Bom humor a maior parte do tempo	Sim	56	82,4%	65	89,0%	0,255	56	70,0%	111	88,8%	0,001
	Não	12	17,6%	8	11,0%		24	30,0%	14	11,2%	
Acredita que é maravilhoso estar vivo	Sim	66	95,7%	70	95,9%	0,944	69	87,3%	121	96,8%	0,009
	Não	3	4,3%	3	4,1%		10	12,7%	4	3,2%	
Sente-se cheio de energia	Sim	43	64,2%	48	67,6%	0,671	41	51,9%	81	64,3%	0,079
	Não	24	35,8%	23	32,4%		38	48,1%	45	35,7%	
Sente-se sem esperança diante da sua situação atual	Sim	38	58,5%	44	62,9%	0,601	19	24,4%	20	16,1%	0,149
	Não	27	41,5%	26	37,1%		59	75,6%	104	83,9%	
Sente a vida vazia	Sim	34	52,3%	21	29,2%	0,006	33	41,3%	33	26,2%	0,024
	Não	31	47,7%	51	70,8%		47	58,8%	93	73,8%	

		SABE – Paraíba					SABE – São Paulo				
		Dificuldade para dormir no último mês					Dificuldade para dormir no último mês				
		Sim		Não		Teste X2	Sim		Não		Teste X2
		n	%	n	%	p	n	%	n	%	p
Tem estado aborrecido frequentemente	Sim	29	41,4%	11	14,7%	0,001	29	36,3%	23	18,4%	0,004
	Não	41	58,6%	64	85,3%		51	63,8%	102	81,6%	
Preocupado ou tem medo de algo ruim	Sim	46	65,7%	44	60,3%	0,501	22	27,8%	17	13,5%	0,011
	Não	24	34,3%	29	39,7%		57	72,2%	109	86,5%	
Sente desamparado ou desvalido	Sim	23	34,8%	11	15,3%	0,008	14	17,5%	7	5,6%	0,006
	Não	43	65,2%	61	84,7%		66	82,5%	118	94,4%	
Prefere ficar em casa em vez de sair	Sim	53	74,6%	53	73,6%	0,887	42	52,5%	51	41,5%	0,123
	Não	18	25,4%	19	26,4%		38	47,5%	72	58,5%	
Sente mais problemas com a memória do que outras pessoas de sua idade	Sim	14	22,6%	12	17,9%	0,509	14	18,4%	13	11,1%	0,153
	Não	48	77,4%	55	82,1%		62	81,6%	104	88,9%	
Sente-se inútil ou desvalorizado	Sim	14	21,2%	6	8,7%	0,041	17	21,3%	21	16,8%	0,424
	Não	52	78,8%	63	91,3%		63	78,8%	104	83,2%	
Acredita que as outras pessoas estão em situação melhor	Sim	30	53,6%	14	26,4%	0,004	28	41,8%	32	28,1%	0,058
	Não	26	46,4%	39	73,6%		39	58,2%	82	71,9%	

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Tabela 3 – Associação de variáveis independentes com autoavaliação da qualidade de sono em idosos com 80 anos ou mais de Brejo dos Santos (SABE-PB) e São Paulo (SABE-SP).

		SABE – Paraíba						SABE- São Paulo							
		Autoavaliação da qualidade do sono						Teste X ²	Autoavaliação da qualidade do sono						Teste X ²
		Boa		Regular		Ruim			p	Boa		Regular		Ruim	
		n	%	n	%	n	%	n		%	n	%	n	%	
Sexo	Feminino	37	51,4%	16	42,1%	15	62,5%	0,290	93	66,4%	35	71,4%	19	79,2%	0,421
	Masculino	35	48,6%	22	57,9%	9	37,5%		47	33,6%	14	28,6%	5	20,8%	
Grupo Etário	80-89	59	81,9%	33	86,8%	21	87,5%	0,714	108	77,1%	37	75,5%	20	83,3%	0,745
	89+	13	18,1%	5	13,2%	3	12,5%		32	22,9%	12	24,5%	4	16,7%	
Estado marital	Sem companheiro	39	54,2%	21	55,3%	13	54,2%	0,993	30	21,4%	8	16,3%	8	33,3%	0,252
	Com companheiro	33	45,8%	17	44,7%	11	45,8%		110	78,6%	41	83,7%	16	66,7%	
Autoavaliação da Memória	Excelente	6	8,6%	2	5,4%	1	4,2%	0,173	9	6,5%	0	0,0%	0	0,0%	0,375
	Muito boa	11	15,7%	2	5,4%	2	8,3%		16	11,5%	4	8,3%	0	0,0%	
	Boa	26	37,1%	14	37,8%	9	37,5%		50	36,0%	19	39,6%	10	43,5%	
	Regular	23	32,9%	16	43,2%	6	25,0%		56	40,3%	21	43,8%	11	47,8%	
	Má	4	5,7%	3	8,1%	6	25,0%		8	5,8%	4	8,3%	2	8,7%	
Autoavaliação da Perda da Memória	Melhor	3	4,3%	4	10,8%	0	0,0%	0,017	5	3,6%	2	4,2%	1	4,3%	0,923
	Igual	49	71,0%	27	73,0%	11	47,8%		85	61,2%	32	66,7%	13	56,5%	
	Pior	17	24,6%	6	16,2%	12	52,2%		49	35,3%	14	29,2%	9	39,1%	
Autoavaliação da saúde	Muito boa/Boa	33	46,5%	12	34,3%	6	25,0%	0,002	68	49,3%	20	41,7%	4	17,4%	0,031
	Regular	34	47,9%	21	60,0%	10	41,7%		57	41,3%	20	41,7%	13	56,5%	
	Ruim/Muito ruim	4	5,6%	2	5,7%	8	33,3%		13	9,4%	8	16,7%	6	26,1%	
Hipertensão	Sim	41	56,9%	23	60,5%	13	54,2%	0,878	106	76,3%	33	67,3%	20	83,3%	0,281
	Não	31	43,1%	15	39,5%	11	45,8%		33	23,7%	16	32,7%	4	16,7%	
Diabetes	Sim	5	6,9%	5	13,5%	2	8,3%	0,522	38	27,3%	10	20,8%	9	37,5%	0,320
	Não	67	93,1%	32	86,5%	22	91,7%		101	72,7%	38	79,2%	15	62,5%	
Doença pulmonar	sim	3	4,2%	2	5,4%	1	4,2%	0,994	13	9,3%	8	16,3%	2	8,3%	0,361
	não	69	95,8%	35	94,6%	23	95,8%		127	90,7%	41	83,7%	22	91,7%	
Doença cardiovascular	sim	12	16,7%	7	18,4%	6	25,0%	0,662	49	35,0%	20	40,8%	8	33,3%	0,732
	não	60	83,3%	31	81,6%	18	75,0%		91	65,0%	29	59,2%	16	66,7%	
Dor articular	sim	8	11,3%	7	18,4%	5	20,8%	0,415	75	54,3%	31	64,6%	16	66,7%	0,309
	não	63	88,7%	31	81,6%	19	79,2%		63	45,7%	17	35,4%	8	33,3%	
Artrite	Sim, artrite	2	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	NC	16	100,0%	5	100,0%	5	83,3%	NC
Reumatismo	Sim, reumatismo	1	100,0%	2	100,0%	2	100,0%	NC	10	100,0%	2	100,0%	4	80,0%	NC

		SABE – Paraíba						SABE- São Paulo							
		Autoavaliação da qualidade do sono						Teste X2	Autoavaliação da qualidade do sono						Teste X2
		Boa		Regular		Ruim			p	Boa		Regular		Ruim	
		n	%	n	%	n	%	n		%	n	%	n	%	
Transtorno Psiquiátrico	Sim	3	4,2%	1	2,7%	2	8,3%	0,577	6	4,3%	4	8,2%	4	16,7%	0,068
	Não	68	95,8%	36	97,3%	22	91,7%		134	95,7%	45	91,8%	20	83,3%	
Depressão	Sim	3	4,2%	4	10,8%	3	12,5%	0,283	22	15,8%	9	19,1%	2	8,3%	0,495
	Não	68	95,8%	33	89,2%	21	87,5%		117	84,2%	38	80,9%	22	91,7%	
Parkinson	Sim	0	0,0%	1	2,6%	0	0,0%	0,261	3	2,1%	2	4,1%	0	0,0%	0,537
	Não	71	100,0%	37	97,4%	24	100,0%		137	97,9%	47	95,9%	24	100,0%	
Alzheimer	Sim	0	0,0%	1	2,7%	2	8,3%	0,061	9	6,5%	3	6,1%	1	4,2%	0,910
	Não	70	100,0%	36	97,3%	22	91,7%		130	93,5%	46	93,9%	23	95,8%	
Noctúria – levanta uma vez por noite para urinar	Sim	67	93,1%	36	94,7%	22	95,7%	0,878	105	77,2%	40	87,0%	21	87,5%	0,006
	Não	5	6,9%	2	5,3%	1	4,3%		31	22,8%	6	13,0%	3	12,5%	
Noctúria – levanta duas vezes ou mais por noite para urinar	Sim	49	68,1%	31	81,6%	19	82,6%	0,186	74	54,4%	27	58,7%	17	70,8%	0,001
	Não	23	31,9%	7	18,4%	4	17,4%		62	45,6%	19	41,3%	7	29,2%	
Quantidade de medicamentos	Nenhum medicamento	2	2,8%	0	0,0%	0	0,0%	0,442	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,777
	Entre 1 e 4 medicamentos	34	47,2%	15	39,5%	8	33,3%		46	36,5%	19	41,3%	8	33,3%	
	5 ou mais medicamentos (Polifarmácia)	36	50,0%	23	60,5%	16	66,7%		80	63,5%	27	58,7%	16	66,7%	
IMC – Nutrition Screening Initiative (NSI)	Subnutrido(a)	14	21,5%	8	26,7%	7	35,0%	0,115	14	12,2%	11	26,8%	3	14,3%	0,225
	Peso adequado	40	61,5%	11	36,7%	9	45,0%		60	52,2%	16	39,0%	9	42,9%	
	Excesso de peso	11	16,9%	11	36,7%	4	20,0%		41	35,7%	14	34,1%	9	42,9%	
Mobilidade Alterada	dificuldade na mobilidade	57	81,4%	33	86,8%	21	91,3%	0,475	108	78,3%	44	91,7%	20	83,3%	0,113
	não tem dificuldade na mobilidade	13	18,6%	5	13,2%	2	8,7%		30	21,7%	4	8,3%	4	16,7%	

		SABE – Paraíba						SABE- São Paulo							
		Autoavaliação da qualidade do sono						Teste X2	Autoavaliação da qualidade do sono						Teste X2
		Boa		Regular		Ruim			p	Boa		Regular		Ruim	
		n	%	n	%	n	%	n		%	n	%	n	%	
Velocidade da marcha	Incapaz/ Muito ruim	54	90,0%	22	84,6%	13	81,3%	0,664	35	34,3%	11	28,9%	5	26,3%	0,532
	Baixo	5	8,3%	4	15,4%	3	18,8%		39	38,2%	13	34,2%	11	57,9%	
	Moderado	1	1,7%	0	0,0%	0	0,0%		21	20,6%	9	23,7%	2	10,5%	
	Bom	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%		7	6,9%	5	13,2%	1	5,3%	
Bem-estar subjetivo	Pior bem-estar	9	14,8%	12	33,3%	6	27,3%	0,092	22	16,4%	14	31,1%	7	31,8%	0,052
	Melhor bem-estar	52	85,2%	24	66,7%	16	72,7%		112	83,6%	31	68,9%	15	68,2%	
Satisfeito com a vida	Sim	68	97,1%	31	83,8%	23	95,8%	0,029	121	90,3%	37	77,1%	18	78,3%	0,043
	Não	2	2,9%	6	16,2%	1	4,2%		13	9,7%	11	22,9%	5	21,7%	
Sente-se feliz a maior parte do tempo	Sim	63	91,3%	29	80,6%	23	95,8%	0,123	114	85,7%	32	66,7%	17	73,9%	0,014
	Não	6	8,7%	7	19,4%	1	4,2%		19	14,3%	16	33,3%	6	26,1%	
Bom humor a maior parte do tempo	Sim	57	83,8%	26	76,5%	23	95,8%	0,138	116	87,2%	34	70,8%	16	72,7%	0,021
	Não	11	16,2%	8	23,5%	1	4,2%		17	12,8%	14	29,2%	6	27,3%	
Acredita que é maravilhoso estar vivo	Sim	67	97,1%	35	97,2%	22	91,7%	0,455	127	96,2%	42	87,5%	20	87,0%	0,039
	Não	2	2,9%	1	2,8%	2	8,3%		5	3,8%	6	12,5%	3	13,0%	
Sente-se cheio de energia	Sim	48	72,7%	23	65,7%	12	52,2%	0,193	85	63,4%	24	52,2%	13	56,5%	0,377
	Não	18	27,3%	12	34,3%	11	47,8%		49	36,6%	22	47,8%	10	43,5%	
Sente-se sem esperança diante da sua situação atual	Sim	43	64,2%	17	48,6%	14	60,9%	0,309	19	14,4%	15	31,9%	4	19,0%	0,344
	Não	24	35,8%	18	51,4%	9	39,1%		113	85,6%	32	68,1%	17	81,0%	
Sente a vida vazia	Sim	21	31,3%	17	47,2%	12	54,5%	0,090	37	27,6%	19	40,4%	8	34,8%	0,032
	Não	46	68,7%	19	52,8%	10	45,5%		97	72,4%	28	59,6%	15	65,2%	
Tem estado aborrecido frequentemente	Sim	15	21,4%	13	36,1%	8	33,3%	0,220	28	21,1%	15	31,9%	8	34,8%	0,177
	Não	55	78,6%	23	63,9%	16	66,7%		105	78,9%	32	68,1%	15	65,2%	
Preocupado ou tem medo de algo ruim	Sim	39	56,5%	24	64,9%	18	75,0%	0,255	20	14,9%	15	32,6%	4	17,4%	0,031
	Não	30	43,5%	13	35,1%	6	25,0%		114	85,1%	31	67,4%	19	82,6%	
Sente desamparado ou desvalido	Sim	10	14,7%	11	31,4%	10	43,5%	0,012	12	9,0%	4	8,5%	5	21,7%	0,162
	Não	58	85,3%	24	68,6%	13	56,5%		121	91,0%	43	91,5%	18	78,3%	
Prefere ficar em casa em vez de sair	Sim	45	65,2%	30	81,1%	22	91,7%	0,021	53	40,2%	28	60,9%	11	47,8%	0,051
	Não	24	34,8%	7	18,9%	2	8,3%		79	59,8%	18	39,1%	12	52,2%	

		SABE – Paraíba						SABE- São Paulo							
		Autoavaliação da qualidade do sono						Teste X2	Autoavaliação da qualidade do sono						Teste X2
		Boa		Regular		Ruim			p	Boa		Regular		Ruim	
		n	%	n	%	n	%	n		%	n	%	n	%	
Sente mais problemas com a memória do que outras pessoas de sua idade	Sim	6	9,7%	4	12,1%	9	39,1%	0,003	16	12,8%	8	17,4%	3	13,6%	0,744
	Não	56	90,3%	29	87,9%	14	60,9%		109	87,2%	38	82,6%	19	86,4%	
Sente-se inútil ou desvalorizado	Sim	6	8,8%	4	12,1%	6	25,0%	0,124	23	17,3%	10	21,3%	4	17,4%	0,826
	Não	62	91,2%	29	87,9%	18	75,0%		110	82,7%	37	78,7%	19	82,6%	
Acredita que as outras pessoas estão em situação melhor	Sim	18	33,3%	11	36,7%	10	55,6%	0,238	37	30,3%	14	34,1%	9	50,0%	0,250
	Não	36	66,7%	19	63,3%	8	44,4%		85	69,7%	27	65,9%	9	50,0%	

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

18

RELATO DE EXPERIÊNCIA: “ENVELHECER NA PARAÍBA” – PROGRAMAS DE RÁDIO E TELEVISÃO COMO ESTRATÉGIA PARA DIVULGAR E DEVOLVER RESULTADOS DE PESQUISA CIENTÍFICA

Maria Clara Dantas Vieira¹
Stéphanie Lima Fechine de Alencar¹
Bárbara Tejo Bezerra Araújo de Souza¹
Hipólito de Sousa Lucena¹
Júlia Cristina Leite Nóbrega¹
Raisa Fernandes Mariz¹
Juliana Barbosa Medeiros¹
Javanna Lacerda Gomes da Silva Freitas¹
Jaíza Marques Medeiros e Silva¹
Silvana Santos¹

¹ Universidade Estadual da Paraíba.

1 INTRODUÇÃO

O Brasil é uma das sociedades que envelhece mais rapidamente no mundo. O processo de transição demográfica tem ocorrido de forma bastante acelerada com acentuada queda da mortalidade e fecundidade ao longo dos anos no Brasil (RIBEIRO, 2011). Nos últimos 70 anos, o número absoluto de pessoas com 60 anos ou mais aumentou doze vezes e, em 2050, a previsão é de que existam 64 milhões de idosos no país, valor três vezes maior do que a população recenseada em 2010 (UNITED NATIONS, 2011).

Face às implicações do processo de envelhecimento populacional e consequente transição epidemiológica, há cerca de vinte anos, a Organização Pan Americana da Saúde (OPAS) desenvolveu um inquérito multicêntrico para traçar o perfil das condições de vida e saúde das pessoas idosas em sete centros urbanos da América Latina, o qual ficou conhecido como projeto “*Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (SABE)*” (LEBRÃO; DUARTE, 2003).

No Brasil, pesquisadores da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP) realizaram, pela primeira vez, a pesquisa SABE no Município de São Paulo, com base em uma amostra representativa da população urbana de 60 anos ou mais. Essa amostra foi composta por mais de dois mil idosos, não institucionalizados, os quais foram entrevistados entre outubro de 1999 e dezembro de 2000 (LEBRÃO, 2005).

Passados seis anos da primeira coleta de dados, foi proposta a continuidade da pesquisa em São Paulo, agora com desenho de um estudo longitudinal (LEBRÃO *et al.*, 2008). A pesquisa, a partir de então, foi ampliada e reaplicada a cada cinco anos, sendo introduzidos novos idosos no estudo de coorte. Recentemente, a Revista Brasileira de Epidemiologia publicou um volume especial, comemorando e divulgando os resultados de 10 anos do projeto SABE em São Paulo (LEBRÃO *et al.*, 2019).

Recentemente, o grupo responsável pelo projeto SABE da FSP/USP estabeleceu parceria com pesquisadores do Centro de Estudos do Genoma Humano da USP e outros quinze grupos de pesquisa do país, entre eles o Núcleo de Estudos em Genética e Educação da Universidade Estadual da Paraíba (NEGE/UEPB), para estudar questões relativas à longevidade e ao envelhecimento.

Dessa iniciativa resultou a proposta aprovada na Chamada INCT/CAPES, com título *Envelhecimento e doenças genéticas: genômica e metagenômica*. Na proposta do INCT, o NEGE/UEPB tem como meta replicar o estudo SABE em comunidades consanguíneas para estabelecer o primeiro estudo

de coorte da região, envolvendo uma população de idosos do semiárido nordestino.

A cidade de Brejo dos Santos, que dista cerca de 400 Km da Capital, João Pessoa (PB), foi escolhida, por conveniência, para realização da primeira fase do estudo SABE na Paraíba. Uma das razões que justifica a escolha dessa cidade foi a elevada prevalência de casamentos consanguíneos, da ordem de 18%, semelhante à média de outros municípios da Paraíba (LOPES *et al.*, 2017; WELLER *et al.*, 2012).

Na literatura, há evidências de associação entre consanguinidade e longevidade. Além disso, outras pesquisas já haviam sido realizada em Brejo dos Santos com apoio da Secretaria de Saúde (LOPES *et al.*, 2017; WELLER *et al.*, 2012; FIGUEIREDO *et al.*, 2016; WALKER *et al.*, 2019). A descrição detalhada do desenho metodológico do SABE-PB foi publicada em outro artigo desta coletânea (SANTOS *et al.*, 2022).

A metodologia de amostragem do estudo SABE na Paraíba se distingue da proposta original executada em São Paulo. Em Brejo dos Santos, uma cidade com cerca de 8.000 habitantes, foram entrevistados com formulário do Estudo SABE todos os idosos longevos, com 80 anos ou mais, na primeira fase do estudo, e preenchida uma ficha de cadastro com dados sociodemográficos e genealógicos com todos os idosos com 60 ou mais anos; os quais participariam futuramente das outras etapas da pesquisa. Com isso, foram entrevistados ou cadastrados 752 idosos. A maior parte dos habitantes da cidade se viu direta ou indiretamente envolvida na pesquisa, tendo em vista que se trata de uma cidade pequena do interior do Estado.

Durante a fase de coleta de dados em campo, os pesquisadores enfrentaram uma situação inusitada que deu origem à ideia deste projeto. Em Brejo dos Santos, por meio dos grupos de *WhatsApp*, foi divulgada uma notícia falsa de que pessoas vestidas de jaleco, a mando da Baleia Azul (*Blue Whale Challenge*), estavam causando a morte de idosos por meio da coleta de sangue. Esta notícia falsa se espalhou na comunidade e teve influência sobre a adesão dos idosos em relação à participação na pesquisa e demandou ações de esclarecimento, que foram realizadas pelos profissionais da Secretaria de Saúde do município e pelos pesquisadores junto à população.

Este episódio suscitou a necessidade de desenvolvimento de estratégias para comunicação e divulgação da pesquisa junto à população e dos resultados obtidos a partir do estudo com idosos longevos. A pergunta que buscamos responder foi a seguinte: como realizar ampla divulgação dos objetivos do projeto e seus resultados para a população de idosos de Brejo dos Santos?

Esta pergunta deu origem a um projeto de extensão que foi executado por estudantes de graduação do curso de Psicologia da UEPB e por mestrandos do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da UEPB, o qual consistiu na elaboração de uma programação audiovisual no formato de entrevistas chamado “Envelhecer na Paraíba”, que teve apoio institucional da Coordenadoria de Comunicação da Universidade Estadual da Paraíba (CODECOM).

Neste trabalho, fazemos um breve relato do processo de elaboração e o conteúdo desses programas; tendo em vista que, devido à pandemia da Covid-19, não foi possível retomar ao município para divulgá-los e avaliar o seu impacto.

1.1 Justificativa

Desde o término da Segunda Guerra Mundial, há um movimento crescente de discussão e criação de regulamentação em relação à realização de pesquisa científica e prática médica. Em 1947, por exemplo, foi publicado o Código de Nuremberg em que se reconheceu a necessidade do consentimento voluntário dos sujeitos humanos em pesquisas científicas e a autonomia do sujeito para tomada de decisões (CZECH; DRUML; WEINDLING, 2018).

Em 1964, a Associação Médica Mundial criou os protocolos de pesquisa em seres humanos por meio da Declaração de Helsinque, que vem sendo discutida e atualizada desde então. Por meio deles, foram estabelecidos os comitês de ética que avaliam os projetos de pesquisa para salvaguardar aspectos éticos e os direitos dos participantes (MEDICAL ASSOCIATION, 2001).

No Brasil, o Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS-MS) vem estabelecendo normativas desde 1988, sendo a última resolução (466) publicada em 2012 (BRASIL, 2012), na qual ficou estabelecido, por exemplo, reconhecimento de que toda pesquisa tem riscos para os participantes e a previsão de indenização em caso de danos (FRANÇA, 2013).

A questão da comunicação tanto dos objetivos e finalidades da pesquisa (pré-pesquisa), quanto dos resultados (pós-pesquisa) para os indivíduos participantes, tem sido alvo de interesse da comunidade acadêmica. A tomada de decisão em relação a participar ou não da pesquisa pode ser influenciada por questões como escolaridade e percepção de risco e suscetibilidade.

A assinatura, por exemplo, do consentimento livre e esclarecido depende da compreensão do conteúdo da pesquisa e de sua relevância, bem como entendimento sobre potenciais benefícios e riscos para os participantes;

além da adesão que é facilitada quando o participante é mais escolarizado (SLAWKA, 2005; SOUZA, 2005).

Com a conclusão de uma pesquisa, é fundamental que os seus participantes tenham acesso ao seu conteúdo já que a devolução dos resultados não é meramente uma compensação, mas uma estratégia de popularização da Ciência e um canal de comunicação e de trocas com o grupo que foi pesquisado (KNAUTH; MEINERZ, 2015).

Entretanto, na literatura, o foco das investigações têm sido sobre a história, preceitos éticos e/ou procedimentos adotados em comitês de ética (WITIUK *et. al.*, 2018; DINIZ *et al.*, 2008), ou questões específicas relativas às ciências sociais (DINIZ, 2008; GUERRIERO; BOSI, 2015). De fato, há uma lacuna na literatura de estudos que visem à descrição de estratégias de comunicação em pesquisas científicas.

1.2 Objetivo

Neste trabalho, o objetivo foi descrever o processo de desenvolvimento de programas de rádio e televisão utilizados para divulgação e devolução de resultados do projeto Saúde, Bem-estar e Envelhecimento no estado Paraíba (SABE-PB).

2 METODOLOGIA

Este é um relato de experiência que narra a busca de uma solução para a questão de como informar os objetivos, métodos e resultados de pesquisas científicas para a população que dela participa. De início, a ideia era realizar oficinas ou palestras envolvendo os idosos longevos; entretanto, seria difícil atingir todos os idosos tendo em vista que o deslocamento para um espaço específico não é possível em todos os casos.

Além disso, seria necessário realizar várias oficinas e palestras em dias distintos para tratar todos os temas, o que se mostrou inviável devido à distância de Brejo dos Santos de Campina Grande, onde fica a UEPB. Outra proposta consistiu na elaboração de panfletos e *folders* explicativos, cada um voltado para um tema de interesse dos idosos. Entretanto, em Brejo dos Santos, a maior parte dos participantes com 60 anos ou mais não era alfabetizada.

Os pesquisadores realizaram uma revisão buscando publicações que pudessem servir de modelo. Duas experiências foram selecionadas: 1) a experiência prévia realizada por pesquisadores da UEPB/Genoma da USP na

utilização de programa de rádio para divulgar questões relativas às doenças genéticas (SANTOS; PAIVA; KOK, 2009); 2) o caso do *Zika, the film* (2016b), produção audiovisual (documentário) publicada pela professora Dra. Débora Diniz (DINIZ, 2016a), para discutir questões éticas relacionadas ao Zika vírus.

O uso de recursos audiovisuais tinha a vantagem de atingir maior número de pessoas com menor custo. Para viabilizar a realização dos programas de rádio e televisão, foi realizada uma cooperação com profissionais da CODECOM, os quais se responsabilizaram pela orientação dos estudantes de graduação em relação à elaboração dos roteiros e estruturação dos programas no formato de entrevistas.

A elaboração dos roteiros contou com a cooperação dos mestrandos vinculados ao projeto SABE/PB que definiram o conteúdo e realizaram a formação dos estudantes de graduação envolvidos na proposta. A elaboração dos roteiros foi supervisionada pelos pesquisadores que revisavam os conteúdos da versão final do material. Além disso, como o objetivo principal dos programas audiovisuais foi ampliar o acesso às informações para toda a população, e em especial para a população participante da cidade de Brejo dos Santos, houve a preocupação com uso de linguagem mais acessível, reduzindo termos técnicos.

As gravações começaram em maio de 2018, estendendo-se até meados de junho do mesmo ano, tendo a estreia no canal da Universidade Estadual da Paraíba, a TV UEPB, no mês de agosto do referido ano. Ao todo foram produzidos sete programas. A criação de logomarca, aberturas e encerramentos, assim como toda a produção técnica dos programas, foi realizada pela CODECOM. As alunas extensionistas estiveram presentes durante a produção dos programas, indicando quais trechos deveriam ser mantidos ou não - etapa fundamental para que o produto fosse condizente com a proposta inicial do projeto.

2.1 Aprovação ética e consentimento para participar

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), sob o protocolo CAAE: 67426017.6.0000.5187 e esteve de acordo com os princípios da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes ou seus responsáveis receberam explicações verbais e por escrito sobre os procedimentos do estudo e, quando concordaram, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e a declaração institucional de aprovação.

Os resultados foram apresentados aos participantes após a conclusão do estudo.

3 RESULTADOS

3.1 O Programa Envelhecer na Paraíba

Os programas audiovisuais foram criados em dois formatos, para televisão e para rádio, sendo todo o conteúdo inserido na plataforma digital YouTube (Canal da TV UEPB). Para facilitar o acesso a tal conteúdo, foi criado também um blog intitulado “Envelhecer na Paraíba” (*envelhecernapb.blogspot.com*), que conta um pouco sobre o projeto SABE, e como ele se desenvolve no estado, além de reunir todos os sete programas produzidos em parceria com a CODECOM.

Os sete programas, contendo aproximadamente dez minutos cada, consistem em entrevistas com mediação dos estudantes extensionistas. O primeiro programa aborda a história do projeto SABE de São Paulo e contou com a participação da professora Dra. Yeda Duarte, da Faculdade de Saúde Pública da USP. Os demais programas descrevem o estudo SABE na Paraíba, tendo a participação da responsável pela proposta, a professora Dra. Silvana Santos, que explicou como foi iniciada a pesquisa em Brejo dos Santos.

A mestra, Juliana Barbosa explicou os resultados sobre hipertensão; e as mestrandas Júlia Nóbrega, Jaíza Marques, Raisa Mariz e Javanna Lacerda explicaram suas temáticas de trabalho: capacidade funcional, risco de quedas, felicidade e bem-estar subjetivo e qualidade de vida. A descrição do conteúdo de cada programa e o acesso a eles pode ser feito por meio do blog do projeto.

Após as gravações e postagem do conteúdo produzido, os programas foram transformados em áudio e gravados em CDs para disponibilizar gratuitamente para todos os idosos que participaram do referido estudo, e para distribuição nas rádios e TV da região de Brejo dos Santos. Entretanto, a pandemia da Covid-19 impossibilitou a realização da distribuição do material.

4 CONCLUSÃO

A criação de programas de rádio foi a estratégia escolhida para divulgar e devolver resultados da pesquisa SABE-PB. Essa estratégia poderá facilitar a execução dessas pesquisas em campo mitigando dúvidas e recusas da população participante, quanto também para a proposição de ações de saúde

baseadas em evidência científica. Em uma etapa futura desta proposta, a intenção dos autores é avaliar como os idosos compreenderam o conteúdo transmitido pelo rádio e televisão.

5 IMPLICAÇÕES

As notícias falsas transmitidas por redes sociais têm impactado a adesão da população em pesquisas científicas, como foi o caso aqui relatado. É necessário, neste contexto, o desenvolvimento de material didático para esclarecer a população sobre os objetivos, métodos, riscos e devolver os resultados para os participantes.

Uma boa estratégia de comunicação é o desenvolvimento de material audiovisual envolvendo pesquisadores e especialistas em comunicação a fim de garantir qualidade de conteúdo e de formato ao produto.

REFERÊNCIAS

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 1 mar. 2019.

CZECH, H.; DRUML, C.; WEINDLING, P. **Medical Ethics in the 70 Years after the Nuremberg Code, 1947 to the Present.** Wiener klinische Wochenschrift, 8 jun. 2018.

DINIZ, D. *et al.* **Ética em Pesquisa - Temas Globais.** RECIIS, 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3395/reciis.v2.sup1.201pt>. Acesso em: 1 mar. 2019.

DINIZ, D. **Ética na pesquisa em ciências humanas: novos desafios.** Ciência & Saúde Coletiva, 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232008000200017>. Acesso em: 1 mar. 2019.

DINIZ, D. **Vírus Zika e mulheres.** Cadernos de Saúde Pública, 2016a. Disponível em: (<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00046316>)

DINIZ, D. **Zika, the film.** , 17 abr. 2016b. Disponível em: (<https://www.youtube.com/watch?v=j9tqt0jaoG0>). Acesso em: 1 mar. 2019

FIGUEIREDO, T. *et al.* A homozygous loss-of-function mutation in inositol monophosphatase 1 (IMPA1) causes severe intellectual disability. **Molecular Psychiatry**, v. 21, n. 8, p. 1125–1129, ago. 2016.

FRANÇA, B. H. S. Novas diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Archives of Oral Research**, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7213/archivesoforalresearch.09.001.ed01>. Acesso em: 1 mar. 2019.

GUERRIERO, I. C. Z.; BOSI, M. L. M. **Ética em pesquisa na dinâmica do campo científico: desafios na construção de diretrizes para ciências humanas e sociais.** Ciência & Saúde Coletiva, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015209.06022015>. Acesso em: 1 mar. 2019.

KNAUTH, D. R.; MEINERZ, N. E. **Reflexões acerca da devolução dos dados na pesquisa antropológica sobre saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015209.04672015>

LEBRÃO, M.L. *et al.* Evolução nas condições de vida e saúde da população idosa do município de São Paulo. **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, n. n. 2, p. 30–45, dezembro, 2008.

LEBRÃO, M. L. *et al.* 10 Anos do Estudo SABE: antecedentes, metodologia e organização do estudo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720180002.supl.2>. Acesso em: 1 mar. 2019.

LEBRÃO M.L. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. n. 2, p. 127–141, 2005.

LEBRÃO, M.L.; DUARTE, Y.A.O. **Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial.** 2003. Disponível em: http://hygeia3.fsp.usp.br/sabe/livro-sabe/Livro_SABE.pdf, Acesso em: 1 mar. 2019.

LOPES, F. R. L. *et al.* Reliability of information on people with disabilities gathered by community health workers in highly consanguineous communities of Northeastern Brazil. **BMC Health Services Research**, v. 17, n. 1, p. 317, 2 maio 2017.

MEDICAL, A. W.; ASSOCIATION WORLD MEDICAL. **World Medical Association Declaration of Helsinki Forum Médical Suisse - Swiss Medical Forum**, 2001. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4414/fms.2001.04031>

RIBEIRO, K. T. **Fatores associados à qualidade de vida relacionada à saúde de idosos residentes no município de São Paulo - Estudo SABE: Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento**. Tese de doutorado – Faculdade de São Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/t.6.2011.tde-20122011-114524>. Acesso em: 1 mar. 2019.

SANTOS, S.; PAIVA, J.; KOK, F. Aconselhamento genético pelas ondas do rádio. **Genética na Escola**, v.03(03):4-6, 2009. Disponível em: <https://discussaoecc.files.wordpress.com/2010/04/20-04.pdf>. Acesso em: 1 mar. 2019.

SANTOS, S. *et. al.* **Saúde, Bem-estar e Envelhecimento em populações consanguíneas na Paraíba - SABE/PB: descrição dos métodos e achados com idosos longevos**. Questões e Desafios em Saúde Coletiva, EDUEPB: Campina Grande, 2022.

SLAWKA, S. **O termo de consentimento livre e esclarecido e a pesquisa em seres humanos na área de saúde: uma revisão crítica**. [s.l.] Universidade de São Paulo, 5 ago. 2005.

SOUZA, M. K. *et al.* **Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE): fatores que interferem na adesão**. [s.l.] Universidade de São Paulo, 25 nov. 2005.

UNITED NATIONS. **Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat. World Population Prospects: The 2010 Revision**. Maio, 2011.

WALKER, C P. *et al.* Loss-of-function mutation in inositol monophosphatase 1 (IMPA1) results in abnormal synchrony in resting-state EEG. **Orphanet Journal of Rare Diseases**, v. 14, n. 1, p. 3, 7 jan. 2019.

WELLER, M. *et al.* **Consanguineous unions and the burden of disability: a population-based study in communities of Northeastern Brazil**. American Journal of Human Biology, v. 24, n. 6, p. 835–840, nov. 2012.

WITIUK, I. L. *et al.* **Ética em pesquisa envolvendo seres humanos**. PUCPress, p. 86, 2018.



SOBRE OS ORGANIZADORES

SILVANA SANTOS

Bióloga, com mestrado e doutorado na área de Genética e Educação pela USP, de São Paulo., e Pós-Doutorado na Universidade de Cambridge, no Reino Unido, atua como docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública e Mestrado Profissional em Saúde da Família na Universidade Estadual da Paraíba. Um de seus interesses é compreender como os casamentos consanguíneos influenciam as condições de saúde das populações, como a fertilidade, longevidade, prevalência de doenças complexas e a manifestação de doenças genéticas raras que causam deficiências graves. Outra vertente foca em Educação em Saúde com base nas teorias de mudança de comportamento para prevenção de arboviroses transmitidas por mosquitos.

CLAUDIA SANTOS MARTINIANO

Enfermeira, com mestrado em Saúde Coletiva e doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Atua como docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública e Mestrado Profissional em Saúde da Família na Universidade Estadual da Paraíba. Tem como principal interesse a avaliação de programas e serviços de Atenção Primária à Saúde e com as questões relacionadas à formação/profissão da Enfermagem, prescrição de medicamentos por enfermeiros, prática avançada em enfermagem.

ANDRÉ L. BONIFÁCIO DE CARVALHO

Fisioterapeuta, com Mestrado em Ciência da Informação, pela Universidade Federal da Paraíba, e Doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília. Atuou como gestor em âmbito local, Estadual e Federal. Docente nos Programas de Pós-Graduação da Universidade Federal da Paraíba, Saúde Coletiva (PPGSC) e Saúde da Família (PROF-Saúde). Tem se dedicado às pesquisas envolvendo temas da gestão, planejamento, federalismo e regionalização do SUS, com ênfase na atuação dos gestores e gestoras do SUS.

ANA MARIA GONDIM VALENÇA

Cirurgiã-dentista, com Mestrado em Odontopediatria, pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, e Doutorado em Odontologia Social, pela Universidade Federal Fluminense, atuando como docente nos seguintes Programas de Pós-Graduação da Universidade Federal da Paraíba: Modelos de Decisão e Saúde (PPGMDS), Saúde Coletiva (PPGSC) e Odontologia (PPGO/UFPB). Tem se dedicado às pesquisas multidisciplinares na área de oncologia pediátrica, apoiadas na epidemiologia clínica, e nas políticas de atenção oncológica.

DANIELA GOMES DE BRITO CARNEIRO

Nutricionista, especialista residente em Saúde da Família, Mestrado em Educação. Diretora Acadêmica da Escola de Saúde Pública do Estado da Paraíba.