

ISSN 1982-8829, 2021. VOL. 15, N.02 PUBLICADO EM 2025

# TEMPUS

ACTAS DE SAÚDE COLETIVA

VOL 15  
N° 02

FOTO: RADILSON CARLOS GOMES

EDITORAS

MA. LUANA DIAS DA COSTA

DRA. NATÁLIA F. DE ANDRADE



**DISCRIMINAÇÃO EM  
SERVIÇOS DE SAÚDE:  
DESAFIOS PARA A  
EQUIDADE NO SUS**

**CONSULTÓRIO  
FARMACÊUTICO NO SUS:  
INOVAÇÃO NO CUIDADO  
CLÍNICO**

**ALIMENTAÇÃO INFANTIL  
E DESIGUALDADES  
SOCIAIS NO SUL DO  
BRASIL**

**TEMPUS**  
actas  
de saúde coletiva



EDITORA  
**ECOS**

© 2024 Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP)

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

## REVISTA TEMPUS ACTAS DE SAÚDE COLETIVA

### Coordenação Editorial

Ana Valéria M. Mendonça  
Elmira L. M. S. Simeão  
Maria Fátima de Sousa  
José da Paz Oliveira Alvarenga

### Revisão

Luana Dias da Costa  
Natália Fernandes de Andrade

### Coordenação Institucional

Laboratório ECoS

Unidade de Tecnologia da Informação e  
Comunicação em Saúde do Núcleo de Estudos em Saúde  
Pública – UTICS/NESP/UnB

### Diagramação e Publicação

Elmira L. M. S. Simeão  
Mônica Peres

### Editores Científicos

Luana Dias da Costa  
Natália Fernandes de Andrade

### Equipe Técnica de TI

Rogério Pritke  
João Paulo Fernandes da Silva

### Editores

**Consultivos** Elmira L.  
M. S. Simeão Mônica  
Peres

### Revisão de Citações e Referências

Luana Dias da Costa  
Josivania Silva Farias

Para mais informações sobre a Revista Tempus Actas em Saúde Coletiva:  
Unidade de Tecnologia da Informação e Comunicação em Saúde do Núcleo de Estudos em Saúde  
Pública SCLN 406 Bloco A, 2º andar, Asa Norte, Brasília (DF), Brasil  
CEP 70847-510  
Tel.: (55++61) 3340-6863  
Fax: (55++61) 3349-9884  
E-mail: uticsnosp@unb.br

---

### Ficha Catalográfica - Mônica R. Peres - CBR 1339

Tempus. Actas de Saúde Coletiva / Coordenadores Ana Valéria M. Mendonça, Elmira L. M. S. Simeão, Maria Fátima de Sousa, José da Paz Oliveira Alvarenga - v. 15, n.2. - Brasília : Editora Ecos, 2021. / Organizadores / Luana Dias da Costa, Natalia Fernandes de Andrade.

Trimestral  
Obra publicada em 2025 para atualização da coleção  
ISSN 1982-8829

1. Saúde coletiva 2. Saúde hepática e renal. 3. Acesso aos serviços de saúde. I.  
Brasil. Núcleo de Estudos em Saúde Pública. ECoS

---

CDU 614(051)(817.4)



## CONSELHO EDITORIAL

### Coordenação Editorial

Ana Valéria Machado Mendonça, Editora Executiva - Universidade de Brasília,  
Brasil  
Elmira Luzia Melo Soares Simeão - Universidade de Brasília, Brasil  
Maria Fátima de Sousa - Universidade de Brasília, Brasil

### Editores Científicos

Ana Valéria Machado Mendonça - Universidade de Brasília,  
Brasil  
Cláudio Fortes Garcia Lorenzo - Universidade de  
Brasília, Brasil  
Maria Fátima de Sousa - Universidade de  
Brasília, Brasil

### Conselho Consultivo

Jairnilson Silva Paim, Instituto de Saúde Coletiva - Universidade Federal da  
Bahia (UFBA)  
Magda Duarte dos Anjos Scherer - Universidade de Brasília (UnB)  
Maria Cecília Minayo - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro

### Comissão Científica - Editores Associados

Andreia de Oliveira - Universidade de Brasília (UnB)  
Aurora Cuevas Cerveró - Universidad Complutense de Madrid  
(UCM)  
Carmen Fontes de Souza Teixeira - Instituto de Saúde  
Coletiva (UFBA)  
Fernando Passos Cupertino de Barros -  
Universidade Federal de Goiás (UFG)  
José da Paz Oliveira  
Alvarenga - Universidade Federal da Paraíba (UFPB)  
Josivania Silva  
Farias - Universidade de Brasília (UnB)  
Lise Renaud - *Faculté de Communication* - Université du Québec à Montréal  
(Canadá)  
Maria Célia Delduque - Fundação Oswaldo Cruz Brasília  
Maria da Glória Lima - Universidade de Brasília (UnB)  
Maria Isabel Loureiro - Escola Nacional de Saúde Pública -  
Lisboa/Portugal  
Rackynelly Alves Sarmiento - Instituto Federal da  
Paraíba (IFPB)  
Tiago Araújo Coelho de Souza - Universidade de  
Brasília (UnB)  
Ximena Pamela Diaz Bermudez -  
Universidade de Brasília (UnB)

## **SUMÁRIO**

### **ARTIGOS ORIGINAIS**

Utilização de protocolo de decanulação pelo fonoaudiólogo em UTI

Implantação de um consultório farmacêutico em um hospital público do Distrito Federal

Fatores de risco para infecção chagásica em gestantes

Consumo de alimentos não saudáveis entre crianças e adolescentes de Pelotas-RS

Um Estudo sobre a Síndrome de Burnout em Policiais Militares do 6º Regimento de Polícia Montada, RS, Brasil

Fatores associados à discriminações em estabelecimentos de saúde no Brasil

O impacto do acidente de trânsito e suas consequências nas vítimas

### **ARTIGOS DE REVISÃO**

A Inserção do Profissional Farmacêutico no Sistema Prisional Brasileiro: uma análise da legislação brasileira com relação ao farmacêutico nos cuidados da população privada de liberdade.

## Editorial

*Luana Dias da Costa*

*Natália Fernandes de Andrade*

É com satisfação que apresentamos o volume 15, número 2 da revista *Tempus – Actas em Saúde Coletiva*. Esta edição reafirma o compromisso da revista com a promoção do conhecimento crítico, plural e comprometido com os desafios da saúde coletiva no Brasil. Os artigos aqui reunidos refletem a complexidade das práticas e políticas de saúde em diferentes contextos, reafirmando a importância de estudos que dialogam com a realidade dos serviços, dos territórios e dos sujeitos envolvidos no cuidado.

Abrimos esta edição com um estudo que lança luz sobre as múltiplas consequências dos acidentes de trânsito na vida das vítimas, evidenciando os impactos físicos, emocionais, familiares e sociais que caracterizam esses eventos como uma grave questão de saúde pública. Na mesma linha de abordagem voltada às práticas em saúde, temos a análise da utilização de protocolos de decanulação pelo fonoaudiólogo em Unidades de Terapia Intensiva, destacando os desafios e implicações clínicas dessa atuação especializada.

O número traz ainda duas contribuições significativas voltadas à atuação farmacêutica no SUS: um estudo sobre a implantação de um consultório farmacêutico em hospital público do Distrito Federal, e uma análise da inserção do profissional farmacêutico no sistema prisional brasileiro. Ambas as produções apontam caminhos para o fortalecimento da atenção integral, com foco na promoção do uso racional de medicamentos e no reconhecimento do papel estratégico do farmacêutico em diversos cenários de cuidado.

Dando continuidade à diversidade de temas, apresentamos um importante estudo sobre os fatores de risco para infecção chagásica em gestantes, enfatizando a vulnerabilidade de populações em áreas endêmicas e a necessidade de vigilância e educação em saúde. Também integram esta edição investigações sobre o consumo de alimentos não saudáveis entre crianças e adolescentes em Pelotas (RS), cujos achados reforçam o papel da escolaridade materna nos hábitos alimentares das novas gerações; e um estudo sobre a Síndrome de Burnout em policiais militares no Rio Grande do Sul, que, embora não tenha identificado a presença da síndrome, alerta para o alto nível de estresse laboral e seus riscos associados.

Um destaque importante deste número é o artigo que aborda as discriminações vivenciadas por travestis e transexuais em estabelecimentos de saúde, revelando um quadro alarmante de exclusão e desrespeito que compromete o acesso e a qualidade do cuidado. Os dados apresentados reiteram a urgência de políticas de humanização, formação profissional e inclusão nas práticas em saúde.

Essa coletânea de artigos, revisões e relatos reafirma a saúde coletiva como campo interdisciplinar, que incorpora perspectivas clínicas, sociais, epidemiológicas e políticas na construção de saberes comprometidos com a equidade e a justiça social. Ao dar visibilidade a realidades diversas, que vão das unidades hospitalares aos territórios vulnerabilizados, esta edição nos convida à reflexão e à ação transformadora, com base em evidências, escuta qualificada e compromisso ético.

Agradecemos às autoras e autores que compartilharam seus estudos e experiências, e aos pareceristas que contribuíram com a qualidade científica desta publicação. Desejamos a todas e todos uma leitura instigante e que inspire novas práticas, pesquisas e políticas em saúde coletiva.

**Boa leitura!**

# **Utilização de protocolo de decanulação pelo fonoaudiólogo em UTI**

*Use of decannulation protocol by speech therapist in Intensive Care Unit*

*Uso de protocolo de decanulación por el fonoaudiólogo em UTI*

Zenóbia Rosa Alves de Araújo Lima  
Carla Targino Bruno dos Santos

**Resumo:** Trata-se de uma revisão integrativa de artigos científicos, estudos e pesquisas em relação ao processo de decanulação em pacientes traqueostomizados.

**Abstract:** This is an integrative review of scientific papers, studies and research regarding the process of decannulation in tracheostomized patients.

**Resumen:** Se trata de una revisión integrativa de artículos científicos, estudios e investigaciones em relación al proceso de decanulación em pacientes traqueostomizados

**Objetivo:** Descrever como se apresenta na literatura a utilização de protocolo de decanulação pelo fonoaudiólogo na UTI, assim como as possíveis complicações presentes neste processo a partir de uma revisão integrativa da literatura indexada em base de dados nacionais e internacionais de 2007 a 2018. Foram selecionadas e analisadas 10 referências.

**Descritores:** Fonoaudiologia, Traqueostomia, UTI.

**Keywords:** Speech, Language and Hearing Sciences; Thacheostomy; Intensive Care Units

**Descriptores:** Fonoaudiología; Traqueostomía; Unidades de Cuidados Intensivos

## **Introdução**

Existem poucos estudos que estabelecem critérios para a decanulação e, portanto, a validação de protocolo visa contribuir para se conhecer a percepção dos

profissionais da equipe multiprofissional diante da atuação fonoaudiológica a beira leito na UTI<sup>1</sup>.

O desmame da traqueostomia é uma das etapas críticas da assistência multiprofissional no ambiente hospitalar, requerendo a integração de vários parâmetros e critérios para que este procedimento aconteça de maneira eficaz e segura para o paciente<sup>2</sup>.

A decanulação é uma prática empírica, uma vez que ainda não se conhece um protocolo baseado em evidência sobre esta técnica e cada local desenvolve respectivamente um protocolo de acordo com a sua rotina. Por se tratar de um processo complexo, o sucesso na decanulação depende de vários fatores e empenho de toda a equipe multidisciplinar<sup>3,4,5</sup>.

Os resultados mostram que o protocolo do processo de decanulação deve ser pautado pelo atendimento de critérios específicos para a retirada da cânula, permitindo uma abordagem detalhada e segura, de forma integrada e aprimora a prestação de uma assistência de qualidade<sup>1</sup>.

De acordo com o novo protocolo de Broncoaspiração do Programa Brasileiro para a segurança do Paciente a broncoaspiração é a maior causa de morte por infecções associadas à assistência à saúde, ficando o cenário mais preocupante se for considerados outros fatores como o envelhecimento da população, o tempo de internação hospitalar e as comorbidades<sup>6</sup>.

Pacientes com pneumonia por broncoaspiração necessitam de maior cuidado devido a sua fragilidade e pior desfecho clínico, quando comparados com pacientes que apresentam pneumonia não associada à aspiração<sup>6</sup>.

Detalhar-se-á a importância do trabalho da Equipe Multidisciplinar e Interdisciplinar. Discorreremos ainda sobre a importância da implantação de protocolos, que além de orientar o passo a passo da equipe, favorecendo a segurança tanto do paciente quanto da atuação dos profissionais, permitindo melhores resultados.

A intervenção fonoaudiológica na unidade de terapia intensiva (UTI) vem recebendo grande atenção atualmente devido à gravidade das condições clínicas do paciente na UTI suscitar questões sobre o momento apropriado para essa intervenção<sup>4</sup>.

Da mesma forma, protocolos padronizados de avaliação clínica da disfagia orofaríngea nessa população são escassos e conseqüentemente, o atraso na

reintrodução por via oral desses pacientes em ambiente de UTI é frequente. Assim, a identificação da alteração da deglutição, ou seja, da disfagia orofaríngea deve ser realizada e tratada o quanto antes, evitando assim, complicações respiratórias e garantindo o sucesso terapêutico<sup>1</sup>.

Este estudo pretende refletir sobre a prática do fonoaudiólogo numa Unidade de Terapia Intensiva (UTI) haja vista o atendimento acontecer com pacientes críticos e instáveis, que necessitam de cuidados intensivos e protocolos de segurança cujo objetivo é prevenir os agravos de qualquer condição.

É necessário ressaltar que existe uma lacuna na literatura quanto à validação de protocolo de decanulação e a presença de um protocolo validado facilita muito o processo de decanulação desses pacientes uma vez que promove para a equipe maior nível de segurança, favorecendo a identificação e o reconhecimento do respectivo papel de cada profissional nesse processo.

Por se tratar de pacientes muitas vezes acometidos por disfagias orofaríngeas ou sob risco de alteração de deglutição, a publicação de pesquisas nestas áreas tem demonstrado que a disfagia é fator de risco para o agravamento do caso levando a complicações extremamente graves como a desidratação, a desnutrição e a pneumonia aspirativa ou broncoaspiração.

A deglutição é resultado da dinâmica e complexa atividade neuromuscular em que estão envolvidas estruturas ósseas, musculares e cartilagosas do trato digestivo e respiratório que atuam de forma organizada e sincronizada <sup>1</sup>.

Inicia-se pela estimulação química e mecânica de um grande número de estruturas na cavidade oral e faríngea, controlada pelo SNC cuja função principal é transportar o alimento da boca para o estômago, evitando a entrada de substâncias na via aérea, garantindo assim o suporte nutricional e de hidratação do indivíduo <sup>1</sup>.

O processo de deglutição pode ser interrompido por um número de variáveis mecânicas e funcionais, incluindo a presença de traqueostomia (TQT).

A traqueostomia é um procedimento cirúrgico. Consiste numa abertura realizada na traqueia para o meio externo, com o objetivo de contornar um obstáculo mecânico das vias áreas superiores. Reduz a resistência respiratória, favorecendo a ventilação pulmonar através desta via e facilitando a eliminação de secreções traqueobrônquicas em excesso<sup>8</sup>.



A traqueostomia pode ser necessária devido a um grande número de razões e estar associada a procedimentos médicos e cirúrgicos, como a insuficiência respiratória, a necessidade de ventilação mecânica, o auxílio no gerenciamento com secreções e higiene pulmonar, a obstrução de via aérea e a dificuldade de deglutição. Na literatura há discussões sobre a relação entre a cânula de traqueostomia e a eficiência da deglutição<sup>3,6-12</sup>.

A utilização da cânula de traqueostomia traz impactos importantes em uma série de mecanismos que estão envolvidos na respiração, deglutição, fala, tosse e olfato, além do mais, as complicações surgidas em virtude do procedimento de traqueostomia e uso da cânula precisam ser analisadas, pois, cada vez mais este procedimento tem sido executado em pacientes críticos internados nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), impactando de forma significativa na qualidade de vida destes pacientes.

As complicações relacionadas à traqueostomia são: mudanças na fisiologia da deglutição, acontecendo redução da elevação e anteriorização da laringe; perda de reflexos laríngeos de proteção com a incoordenação e redução do tempo de fechamento glótico; ausência de coordenação para fechamento laríngeo; diminuição da frequência dos reflexos de deglutição e tosse; redução da sensibilidade da faringe e da laringe; atrofia da musculatura laríngea; compressão do esôfago pelo cuff e diminuição da pressão subglótica<sup>1-12</sup>.

Existem ainda outras complicações relacionadas ao comprometimento da comunicação oral e no risco maior de desenvolvimento de patologias laringofaríngeas tais como, estenose laríngea, traqueomalacia, desenvolvimento de tecido granuloso e comprometimento nas pregas vocais<sup>9</sup>.

Numa cânula de traqueostomia, o cuff insuflado pode ser usado para evitar aspiração de secreções, alimento e suco gástrico. Também tem a função de bloquear o fluxo aéreo respiratório através da laringe, impedindo a fonação e limpeza da via aérea e também ocasiona a dessensibilização da laringe. Vale dizer que o cuff insuflado não é absolutamente protetor da via aérea, portanto, as secreções acumuladas sobre ele podem escorrer para os pulmões (microaspirações), resultando em infecções pulmonares (broncoaspiração).

A indicação de traqueostomia acontece frequentemente após período prolongado de ventilação mecânica ou falha de extubação e tem sido descrita como

fator desencadeador de distúrbios da deglutição (disfagia)<sup>1-4,6-9</sup>. Dessa forma, independentemente da causa da necessidade da traqueostomia, é consenso na literatura que a função de deglutição em pacientes internados nas UTI deverá ser estudada.

A traqueostomia modifica a biodinâmica da deglutição, alterando a anatomia e fisiologia do sistema respiratório, repercutindo na proteção das vias aéreas, na produção vocal como também no sistema digestivo<sup>1</sup>.

Nos pacientes traqueostomizados a questão central na evolução da decanulação é saber determinar quais pacientes são elegíveis para iniciar o processo de retirada da cânula e quando estes pacientes estão realmente aptos a retirá-la. Dessa maneira torna-se necessária a elaboração de estratégias objetivas que norteiem o processo de decanulação segura e eficiente sendo imprescindíveis em serviços de saúde comprometidos com o manejo adequado desses indivíduos.<sup>1,2,4</sup>

Com isso, os protocolos surgem como formas alternativas importantes para facilitar a organização do serviço e uniformizar as estratégias a serem adotadas pela equipe multidisciplinar, principalmente pelos profissionais diretamente envolvidos no processo com o intuito de aumentar o sucesso de decanulação, diminuir o tempo de internação hospitalar, reduzir as complicações secundárias à decanulação e finalmente reduzir os gastos hospitalares.

Os critérios de avaliação clínica fonoaudiológica são essenciais uma vez que garantem um adequado gerenciamento e uma abordagem segura desses pacientes traqueostomizados. É importante considerar aspectos cognitivos, comportamentais, linguísticos, respiratórios, fonatórios e da motricidade orofacial<sup>1</sup>.

A intubação orotraquial e a ventilação mecânica prolongada, como também o tipo de cânula e o uso do cuff potencializam a disfunção da deglutição e as alterações na produção vocal.

Nos casos dos pacientes da UTI que estão em uso de cuff insuflado, o trabalho interdisciplinar, com as visitas multiprofissionais diárias em que são avaliados os riscos e benefícios em desinsuflar o cuff para favorecer a sensibilização e a posterior reintegração das funções respiratórias e de deglutição é fundamental.

Da mesma forma, com o cuff desinsuflado é possível verificar a possibilidade de adaptação de válvula de fala para facilitar o processo de deglutição, respiração e

fonação mais próximas à fisiologia com o objetivo de evolução no processo de decanulação e reabilitação da deglutição.

Na literatura existem poucos relatos de estudos que estabelecem critérios para o desmame da TQT sendo a decisão a respeito da decanulação a maioria das vezes ainda baseada em avaliações subjetivas em oposição a protocolos padronizados.

Vale salientar que todos os profissionais envolvidos no tratamento dos pacientes traqueostomizados precisam estar atentos a alguns sinais para complicações tais como, resíduo de saliva ou alimento na traqueia, mudança na aparência e coloração da secreção, febre, piora da oxigenação, rebaixamento do nível de alerta, do nível de consciência e mudança brusca da imagem radiológica.

Quanto ao papel do fonoaudiólogo este deverá observar e analisar cada fase da deglutição, podendo utilizar, caso necessário o Blue Dye Test também conhecido como o teste do corante azul e exames objetivos complementares à avaliação clínica. Estes exames objetivos são a Videoendoscopia da Deglutição (VED) e a Videofluoroscopia da Deglutição (VFD).

Ressalta-se ainda que o uso da válvula de fala seja muito importante, proporcionando benefícios no funcionamento da deglutição, comunicação oral e o desmame da ventilação mecânica.

Esta revisão tem como objetivo conhecer o que tem disponível na literatura sobre a utilização do protocolo de decanulação pelo fonoaudiólogo na UTI.

## **Metodologia**

Este estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Esse método envolve “a construção de uma contextualização para o problema e a análise das possibilidades presentes na literatura consultada para a concepção do referencial teórico da pesquisa”<sup>18</sup>.

A revisão integrativa está inserida na Prática Baseada em Evidências devido ao seu conhecido rigor metodológico que traz a síntese das informações disponíveis sobre o tema, com a finalidade de subsidiar a prática clínica. Essa abordagem metodológica permite a inclusão de produções qualitativas ou quantitativas e de trabalhos dos diferentes tipos, viabilizando o acesso aos resultados de diversas pesquisas em uma única fonte<sup>19</sup>.

A revisão integrativa é composta de seis fases, que são: (1) elaboração da pergunta que vai nortear a pesquisa; (2) fase de busca na literatura; (3) coleta de dados; (4) análise crítica dos estudos que foram incluídos; (5) redação dos resultados e discussão; e (6) conclui-se a apresentação da revisão integrativa<sup>20</sup>.

Esta revisão abordará a temática da utilização de um protocolo de decanulação pelo fonoaudiólogo em UTI. Como ponto de partida foi utilizado a seguinte pergunta norteadora para a pesquisa: como o fonoaudiólogo utiliza o protocolo de decanulação na UTI?

Consultaram-se as bases de dados MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Scielo (Scientific Eletronic Library Online).

Utilizou-se para a investigação os descritores: Fonoaudiologia, Traqueostomia, UTI. Como também as key-words: Tracheostomy, ASHA, (decanulação OR traqueostomia) AND fonoaudiologia e (decanulação OR traqueostomia) AND (fonoaudiologia OR fisioterapia) para captar mais bibliografia.

Adotou-se como critérios de inclusão artigos científicos publicados entre 2007 a 2018, que responderam à pergunta norteadora e possuíam resumos disponíveis no formato on-line. Não se considerou, para fins de investigação, outros tipos de estudos como teses, dissertações, documentos e conferências, e obras repetidas por constarem em mais de uma base de dados investigadas.

Entre os meses de agosto a outubro de 2018 foi realizada busca em 3 recursos informacionais, sendo três bases de dados eletrônicas (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS), MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) e Scielo (Scientific Eletronic Library Online), e quatro portais de acesso (Portal de Periódicos da CAPES, *Scientific Eletronic Library Online* - SciELO, Biblioteca Virtual de Saúde – BVS e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* via PUBMED – MEDLINE/PUBMED).

Para realização das buscas foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DesCS) e como foram encontrados poucos artigos, pesquisou-se também no Academic Google.

Para todos os bancos de dados LILACS, MEDLINE SCIELO, CAPES, PUBMED, BVS/BIREME, ACADEMIC GOOGLE foi utilizada a combinação

(decanulação OR traqueostomia) AND fonoaudiologia AND (decanulação OR traqueostomia) AND (fonoaudiologia OR fisioterapia) para captar mais bibliografia.

Foi realizada a combinação entre os três descritores, utilizando-se do operador booleano “OR”, “AND”, com a finalidade de refinar a busca de estudos sobre o tema. Foram critérios de inclusão: publicações nos idiomas português, inglês ou espanhol; disponíveis gratuitamente na íntegra; produções que tivessem a temática principal de **Utilização de protocolo de decanulação pelo fonoaudiólogo em UTI**; e sem limite temporal.

Foram critérios de exclusão: artigos que abordassem outra temática principal, dissertações, teses e artigos publicados em outros idiomas; estudos disponíveis parcialmente; e publicações duplicadas. Todas as publicações encontradas (n=39), por meio da estratégia de busca, tiveram seus títulos, resumos e palavras-chave analisados, considerando-se as definições de critérios de inclusão e exclusão. Dos estudos pré-selecionados 29 foram excluídos após aplicação dos critérios de exclusão. Nenhum artigo foi excluído no viés de avaliação de qualidade. A busca nas bases de dados e portais de acesso resultou em 10 publicações. No quadro 1 são apresentadas as estratégias de buscas, as bases ou portais consultados e o número de referências encontradas.

A figura 1 representa a tabela do processo de seleção dos artigos pesquisados.

Quadro 1 – Total de estudos encontrados por estratégias de buscas, bases de dados ou portais de acesso consultados.

Brasília-DF, 2018.

Artigos	Bases de Dados						
	LILACS	MEDLINE	SCIELO	PUBMED	CAPES	BVS/ BIREME	GOOGLE ACADEMIC
Responde a pergunta de pesquisa	6	0	4	0	2	5	4
Total incluídos=6	Artigos encontrados em mais de uma base de dados						
	4 2(SCIELO) (4BVS)	0	2 (4 LILACS)	0	2 (1 BVS) (1 LILACS) (1 SCIELO) (1 GOOGLE ACADEMIC)	4 (4 LILACS) (2 SCIELO) (2CAPES)	2 (2 CAPES)

Não responde a pergunta de pesquisa	2 (2 SCIELO) (1 BVS)	0	2 (2 LILACS)	0	2 (1LILACS) (SCIELO) (1GOOGLE ACADEMIC)	1 (1SCIELO) (1LILACS)	2 (1CAPES)
Total excluídos =4							
Total de artigos pesquisa dos= 10	6	0	4	0	0	0	0

#### Quadro 1: Aplicação dos critérios de inclusão e exclusão.

\*OBS.: Dos 23 artigos encontrados nos bancos de dados pesquisados, vários deles estão repetidos/duplicados em mais de um banco de dados. Dessa forma, apenas 10 não são os mesmos artigos. Desses 10 artigos apenas 6 respondem a pergunta de pesquisa.

O número maior de trabalhos foi resgatado nos portais, em especial Portal da LILACS e CAPES que resultaram em 6 e 4 estudos, respectivamente. Observa-se que as bases de dados MEDLINE não apresentou nenhum resultado consoante à busca realizada.

Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionadas 23 publicações, sendo todos artigos científicos. Na sessão de resultados serão apresentados dados com os estudos selecionados, incluindo autores, idioma, país, periódico e ano de publicação.

A seleção por título e resumo resultou em 23 artigos, destes, 13 eram duplicados entre as bases de dados, que após a análise, foram excluídos. Com isso, a amostra final foi constituída de 10 artigos científicos e dentre eles, 6 respondem a pergunta de pesquisa do presente artigo.

Após a seleção das obras que contemplam os critérios de inclusão no estudo, realizou-se uma caracterização dos artigos por meio de reflexão para coleta das seguintes informações: título, ano de publicação, autores, base de dados, local de publicação do estudo, acervo da revista e tipo de estudo. Após a caracterização dos artigos, realizou-se a leitura dos mesmos para o levantamento de categorias de

análise. Realizou-se uma discussão dialogando com a literatura nacional e internacional que aborda a temática.

## Resultados e Discussões

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram incluídos no estudo os seguintes artigos descritos no quadro 2.

Quadro 2: Descrição dos artigos encontrados:

Título	Ano de publicação	Autores	Base de dados	Local de realização do estudo	Revista	Tipo de estudo
1. Estudo preliminar sobre a proposta de um fluxograma de decanulação em traqueostomia com atuação interdisciplinar	2008	Mendes, TAB, Cavalheiro, L V, Arevalo, RT, Sonegth, R	LILACS/BVS	Brasil SP	Einstein	Estudo descritivo
2. Critérios para avaliação clínica fonoaudiológica do paciente traqueostomizado no leito hospitalar e internamento domiciliar	2014	Santana, L, Fernandes, A, Brasileiro, AG, Abreu, AC	LILACS/SCIELO/CAPES/BVS	Brasil BA	CEFAC	Estudo transversal descritivo
3. Decanulação: atuação fonoaudiológica e fisioterapêutica	2015	Costa, CC, Favero, TC, Rosa, FB, Steidl, SEM, Marcopes, R	LILACS/BVS	Brasil SP	Distúrbios Comun.	Revisão narrativa e compreensiva
4. Avaliação fonoaudiológica para decanulação traqueal em pacientes acometidos por traumatismo cranioencefálico	2016	Zanata, IL, Santos, RS, Marques, JM, Hirata, GC, Santos, DA	LILACS/SCIELO/BVS	Brasil PR	CoDAS	Estudo transversal e comparativo

5. Proposta de protocolo para decanulação realizada por equipe multidisciplinar	2016	Hausberg,CS, Gomes,RHS, Leonor,VD, Gaspar, MRF, Júnior,CS, Santos,RS.	ACADEMIC GOOGLE	Brasil PR	Tuiti: Ciência e Cultura	Estudo descritivo
6. Processo de decanulação em pacientes acometidos por traumatismo cranioencefálico: estudo realizado em um hospital de trauma, na região metropolitana de Belém, PA	2017	Andrade,AG, Lima,GM, Albuquerque,JWA, Anijar,NP, Teixeira, RC	CAPES/ACADEMIC GOOGLE	Brasil SP	Revista Faculdade de Medicina de Sorocaba	Estudo explorador, prospectivo e longitudinal

Do total de artigos incluídos, 2 (20%) trata-se de estudos descritivos, 1 (10%) revisão narrativa e compreensiva, 2 (20%) estudos transversais e 1(10%) pesquisa exploratória prospectiva.

Para Mendes et al. a disfagia orofaríngea pode ser um fator complicador no processo de desmame da traqueostomia. A literatura analisada mostrou que dos pacientes que apresentaram disfagia, metade conseguiu decanular após o trabalho do fonoaudiólogo <sup>3</sup>.

Para alguns autores não há regras determinantes para o processo de desmame da Ventilação Mecânica (VM) e retirada da traqueostomia. Na maioria dos hospitais os fisioterapeutas são os principais responsáveis pelo processo de desmame e decanulação da traqueostomia, contudo, a interação com a equipe permite diminuir o seu tempo de uso, acelerando o desmame e tornando mais seguro, com menor risco de insucesso e complicações<sup>4</sup>.

Segundo alguns autores é comum o seguimento de regras específicas de indicação de traqueostomia, porém não há regras determinantes para o processo de decanulação. Na maioria dos hospitais, uma equipe interdisciplinar é responsável por esse processo e é a interação entre os profissionais de saúde que permite acelerar a retirada da cânula traqueal, tornando-a mais segura para o paciente, com menor risco de insucesso e complicações<sup>3,5</sup>.

Estudos revelam que a decisão de quando iniciar a decanulação da traqueostomia é resultado de um trabalho em equipe, destacando que fatores



preditores de insucesso deverão estar ausentes: sedação, necessidade de ventilação mecânica, insuficiência respiratória, presença de obstrução de via aérea por edema, tumor ou outras causas, cirurgias prévias de cabeça e pescoço, paralisia de pregas vocais e estenoses glóticas ou subglóticas devem estar sanadas e a via aérea superior, restaurada para a passagem adequada do fluxo aéreo<sup>5</sup>. O gerenciamento da decanulação traqueal varia em cada instituição, contudo, é necessário uma abordagem integrada, precoce, com a participação do fonoaudiólogo cujo objetivo é otimizar o estado geral do paciente, favorecendo a reabilitação e conseqüentemente a redução no tempo de internação dele. Mais uma vez, diversos estudos apontam a necessidade de protocolos objetivos para a decanulação traqueal.

Em um estudo realizado com pacientes traqueostomizados acometidos de TCE foi estabelecido seis critérios fonoaudiológicos para a decanulação traqueal: nível de consciência com escore na escala de coma de Glasgow maior que 8, condições de manter o cuff desinsuflado e cânula ocluída, mantendo padrão respiratório, secreção orotraqueal ausente ou em pouca quantidade, com aspecto fluído e coloração clara, fonação sem sinais clínicos de voz “molhada”, deglutição sem sinais clínicos de aspiração traqueal e presença de tosse voluntária eficaz, sendo criado um Instrumento de Avaliação Fonoaudiológica de Decanulação Traqueal (IAFDT) para pacientes acometidos por TCE<sup>5</sup>.

Concorda-se com os autores Zanata et al. ao concluírem que é fundamental a presença de uma equipe multidisciplinar especializada responsável pelo processo de decanulação do paciente traqueostomizado<sup>5</sup>.

Outro estudo canadense relata que o estabelecimento de uma equipe especializada em traqueostomia, atendendo pacientes acometidos por TCE levou a redução no tempo e na incidência de complicações, o que corrobora outros estudos, como uma pesquisa realizada no St. Mary's Hospital, em Londres, na qual após a implementação de um serviço multidisciplinar observou-se redução no tempo de permanência com a traqueostomia de 34 para 24 dias.

Através da revisão bibliográfica observa-se que a partir das dificuldades encontradas em cada instituição e na tentativa de melhoras no atendimento, mais estudos surgiram, revelando que há anseios por protocolos de decanulação definidos para minimizar riscos e otimizar benefícios para os pacientes.

Segundo Zanata et al. no Brasil, os estudos e critérios para a decanulação traqueal a serem seguidos ainda são incipientes, em que cada serviço define um protocolo de acordo com as suas demandas. Todavia, é fundamental a avaliação fonoaudiológica para a decanulação traqueal, uma vez que permite a diminuição do tempo de permanência com a traqueostomia, acelerando a decanulação e, conseqüentemente reduzindo o tempo e custo do internamento hospitalar para pacientes acometidos por TCE. São necessárias novas pesquisas, em outras populações com objetivo de validar o instrumento e verificar sua aplicabilidade<sup>5</sup>.

Existem poucos estudos que estabelecem critérios para o desmame da traqueostomia, sendo a decisão a respeito da decanulação ainda baseada em avaliações subjetivas em oposição a protocolos padronizados<sup>1</sup>. Assim, todos os profissionais envolvidos no tratamento do paciente traqueostomizado devem estar atentos aos seguintes sinais de alerta para complicações: resíduo de saliva ou alimento na traqueia, mudança na coloração ou aspecto da secreção, febre, piora da oxigenação, rebaixamento do nível de consciência e alteração brusca da imagem radiológica<sup>1</sup>.

Quanto ao papel do fonoaudiólogo deverá observar e analisar cada fase de deglutição, podendo fazer uso, quando necessário, do teste do corante azul conhecido como Blue Dye Test e de avaliações instrumentais complementares à avaliação clínica, como, por exemplo a Videoendoscopia de Deglutição (VED) e/ou Videofluoroscopia da Deglutição (VFD). O uso de válvula de fala também é extremamente importante em relação aos vários benefícios que proporcionam no funcionamento da deglutição e da comunicação oral, facilitando o desmame da ventilação mecânica<sup>1</sup>.

Conclui-se que pouco se publica sobre a importância da equipe interdisciplinar e sobre o papel do fonoaudiólogo no desmame da traqueostomia.

Concordamos com Costa et al. quando afirmam que a interação entre fisioterapeuta e fonoaudiólogo permite diminuir o tempo de traqueostomia, acelerando o desmame, tornando-o mais seguro para o paciente, com menor risco de insucesso e complicações. Todos os profissionais envolvidos no tratamento do paciente precisam estar atentos aos sinais de alerta de complicações: presença de resíduo de saliva ou alimento na traqueia, mudança na coloração ou aspecto da secreção, febre,

piora da oxigenação, rebaixamento do nível de consciência e alteração brusca da imagem radiológica de tórax<sup>13</sup>.

Em 2018, ainda se observa poucos estudos que propuseram protocolos de decanulação no período estudado tanto pelos autores (1996 a 2015) e nossos estudos (2008 a 2018). Todavia, os itens relevantes a serem avaliados se mantêm: condição respiratória, função de deglutição, nível de consciência e força muscular respiratória do paciente.

É consenso na literatura que a decisão de quando iniciar o desmame da traqueostomia é um trabalho de equipe e que a disfagia é manifestação frequente na UTI sendo a atuação fonoaudiológica essencial para a reabilitação desses pacientes internados.

Para Andrade et al. o papel do fonoaudiólogo no processo de decanulação é analisar cada fase de deglutição, podendo fazer uso, quando necessário, do teste do corante azul (Blue Dye Test) e de avaliações instrumentais complementares e oportunas à avaliação clínica, tendo por finalidade, após corar a cavidade oral do paciente, observar se haverá saída de secreção corada de azul pela traqueostomia e caso não aconteça, dar seguimento ao processo de oclusão e decanulação<sup>15</sup>.

Da mesma forma, o fonoaudiólogo deverá verificar sinais de aspiração após desinsuflar o cuff e quando o paciente ainda estiver recebendo dieta via oral fazer com que este consiga uma deglutição efetiva da saliva, coordenando a deglutição e respiração e, se possível, início de fala. Com isso, o objetivo é diminuir o tempo de uso de traqueostomia, acelerando o desmame e o tornando mais seguro para o paciente, com menor risco de insucesso e complicações<sup>21</sup>

De acordo com Boulhosa et al. a não padronização no processo do cuidado com a traqueostomia causa um grande desentendimento entre vários profissionais na hora de lidar com este tipo de situação. Referem também que é baixo o número de estudos publicados acerca do desmame da traqueostomia, principalmente envolvendo um protocolo validado de decanulação, o que torna difícil a discussão mais detalhada<sup>14</sup>. Por outro lado, observou-se um tempo curto de internação após a decanulação até a saída hospitalar do paciente, provavelmente porque a traqueostomia é uma porta de entrada para infecções levando a uma permanência maior do paciente dentro do ambiente hospitalar.

## Considerações Finais

É consenso na literatura que a decisão de quando iniciar o desmame da traqueostomia é um trabalho de equipe.

A não padronização no processo do cuidado com a traqueostomia causa um grande desentendimento entre vários profissionais na hora de lidar com esse tipo de situação. Há regras específicas de indicação, mas não há regras determinantes para sua retirada <sup>14</sup>.

Mendes et al. relatam que na maioria dos hospitais, os fisioterapeutas são responsáveis pelo processo de desmame e decanulação. A interação entre o médico, o fisioterapeuta, o enfermeiro e o fonoaudiólogo permite diminuir o tempo de uso da traqueostomia, tornando-o mais seguro para o paciente, com menor risco de insucesso e complicações <sup>3</sup>.

É baixo o número de estudos publicados acerca do processo de desmame da traqueostomia, principalmente envolvendo um protocolo validado de decanulação <sup>10</sup>. Com isso, o motivo da realização do estudo foi à importância da realização de pesquisas abordando este procedimento e seu consequente impacto no processo de hospitalização do paciente para que possam ser corrigidas prováveis falhas e favorecer uma melhor evolução clínica do indivíduo.

Os estudos analisados concluem que existem poucos estudos que estabelecem critérios para a decanulação da mesma forma, em relação à realização do Blue Dye Test sendo a decisão a respeito ainda baseada em avaliações subjetivas, não havendo protocolos padronizados.

Devido à existência de poucos estudos que estabeleçam critérios padronizados e protocolos para a decanulação sugere-se a necessidade de mais estudos para validações de protocolos, facilitando a melhora na atuação da equipe interdisciplinar no processo de decanulação e com isso, minimizando os riscos e complicações, refletindo na melhoria da atuação dos profissionais com os pacientes traqueostomizados.

Costa et al. respondem a pergunta de pesquisa ao dizer que o trabalho do fonoaudiólogo no processo de decanulação visa adequar à deglutição, tornando-a

eficaz e segura, bem como atuar na proteção de vias aéreas inferiores, trabalhando a função esfíncteriana da laringe e a tosse<sup>13</sup>.

Boulhosa et al. não respondem à pergunta de pesquisa. Sua relevância está em destacar esta miscelânea que acontece em relação a não padronização no processo do cuidado da traqueostomia, o que causa desentendimento entre vários profissionais na hora de lidar com este tipo de situação, destacando que quem sai perdendo é o próprio paciente e chamando a atenção para novos estudos quanto à temática <sup>14</sup>.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SANTANA, L., Fernandes, A., Brasileiro, A.G., Abreu, A. C.- Criteria for clinical speech pathology evaluation of tracheostomized patient in hospital and home. Rev. CEFAC, 2014.p.524-536.
2. HAUSBERGER, C.S., GOMES, R.H.S., LEONOR, V.D., GASPAR, M.R.F., JÚNIO R, C.S., SANTOS, R.S. Proposta de protocolo para decanulação realizada por equipe multidisciplinar, Tuiuti: Ciência e Cultura, n.52, p.11-18, Curitiba, 2016.
3. MENDES, T.A.B., CAVALHEIRO, L.V., AREVALO, R.T., SONEGTH, R. Preliminary study on a proposal of an interdisciplinary flowchart of tracheostomy decannulation. Einstein, 2008;6(1):1-6.
4. MENDES, F., RANEA, P., OLIVEIRA, A.C.T. Protocolo y destete traqueostomia decanulación, Ver UNILUS Ensino e Pesquisa Centro Universitário Lusíadas, v.10, n.20, jul./set.2013.
5. ZANATA, I.L., SANTOS, R.S., MARQUES, J.M., HIRATA, G.C., SANTOS, D.A. Speech-language pathology assessment for tracheal decannulation in patients suffering from traumatic brain injury, CoDAS 2016;28(6):710-716.
6. CÉSAR, F. Broncoaspiração Conheça o novo protocolo do Programa Brasileiro para Segurança do Paciente Protocolo Assistencial – Revistamelhorespraticas.com.br, 2017.
7. FURKIM, A. M., Rodrigues, K.A. Disfagias nas Unidades de Terapia Intensiva, São Paulo, 2014;(11)126.
8. Godwin JE, Heffner JE. Special critical care considerations in tracheostomy management. Clin Chest Med. 1991;12 (3):573-83.
9. ROCHA PM. Traqueostomias. In: Araújo Filho VJ, Brandão L, Garcia e Ferraz AR. Manual do residente de cirurgia de cabeça e pescoço. São Paulo: Keyla e Rosenfeld: 1999.p.66-73.
10. SHAKER R, Milbrath M, Ren J, Campbell B, Toohill R, Hogan W. Deglutitive aspiration in patients with tracheostomy: effect of tracheostomy on the duration of vocal cord closure. Gastroenterology. 1995;108:1357-60.
11. Goldsmith T. Evaluation and treatment of swallowing disorders following endotracheal intubation and tracheostomy. Int Anesthesiol Clin. 2000;38(3):219-42.
12. TERK AR, Leder SB, Burell MI. Hyoid bone and laryngeal movement dependent upon presence of a tracheotomy tube. Dysphagia. 2007;22:89-93.
13. COSTA, C.C., FAVERO, T.C., ROSA, F.B., STEIDL, E.M.S., MANCOPES, R. Decannulation: speech therapy and physiotherapy approach. Rev. Distúrbios Comun. São Paulo, 28(1):93-101, março, 2016.
14. BOULHOSA, F.J.S., COSTA, L.R.N., LIMA, G.M., AMARAL, J.A.R., SILVA, P.K.E., MACÊDO, R.C., TEIXEIRA, T.C., FEIO, S.C.A. O impacto do protocolo de desmame de traqueostomia em pacientes vítimas de Traumatismo Cranioencefálico internados no Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência no Pará. Rev da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações, v.13, n.2, p.313-323, 2015.

15. ANDRADE, A.G., LIMA, G.M., ALBUQUERQUE, J.W.A., ANIJAR, N.P., TEIXEIRA, R.C. Decannulation process in patients afflicted with traumatic brain injury: study performed in a hospital trauma, in the metropolitan region of Belem, PA, Brazil, Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba, 2017.
16. BARROQUEIRO, P.C., LOPES, M.K.D., MORAES, A.M.S. Speech therapy criteria to indicate an alternative feeding route at an intensive care unit at a university hospital, Revista CEFAC, 2017, Marc-Abri; 19(2):190-197.
17. SILVA, D.L.R., LIRA, F.O.Q., OLIVEIRA, J.C.C., CANUTO, M.S.B. Speech Therapy Practice in the Intensive Care Unit of a hospital of infectious diseases of Alagoas, Revista CEFAC, 2016 Jan-Fev; 18(1):174-183.
18. VOSGERAU, D.S., ROMANOWSKI, J.P. Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas, Revista Diálogo Educ. V14. p(170)165-189 jan/abril 2014.
19. SOARES, C.B., HOGA, L.A., PEDUZZI, M. et al. Revisão Integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem Revista Esc Enferm USP 2014p. 335- 345.
20. DE SOUZA, M.T., M.D., DA SILVA, R. DE CARVALHO. Revisão Integrativa: o que é e como fazer. Einstein. 2010, 8 (1Pt1):102-6.
21. PANNUNZIO T.G. Aspiration of oral feedings in patients with tracheostomies. AACN Clin Issues. 1996; 7(4):560-9.

# **Implantação de um consultório farmacêutico em um hospital público do Distrito Federal**

*CARRYING OUT OF A PHARMACEUTICAL OFFICE IN A PUBLIC HOSPITAL OF  
DISTRITO FEDERAL*

*IMPLEMENTACIÓN DE UNA OFICINA FARMACÉUTICA EN UN HOSPITAL  
PUBLICO DO DISTRITO FEDERAL*

Laís Nathalia Brandão  
Débora Ferreira Reis  
Jacksandra Faria de Campos França  
Camila Alves Arede  
Emilia Vitoria da Silva

## **RESUMO**

Com a publicação de resoluções e leis que favorecem a atuação clínica do farmacêutico, o Consultório Farmacêutico surge permitindo um atendimento integral ao paciente, visando o uso racional dos medicamentos, promoção à saúde e prevenção de doenças. Por meio de um estudo de caso descritivo, foi possível descrever o processo de implantação e as perspectivas futuras da atuação do Consultório Farmacêutico, no qual a coleta de dados deu-se por uma busca exploratória em documentos que embasaram a criação do consultório e pela elaboração de um planejamento estratégico com auxílio do Núcleo de Farmácia Clínica do hospital. O Núcleo de Farmácia Clínica instituiu o consultório para atendimento farmacêutico, funcionando todas às terças feiras, de 13 às 17 horas. Os pacientes são das especialidades de Geriatria e Cuidados Paliativos. A infraestrutura é composta por uma sala de 5m<sup>2</sup>, contendo mesa, cadeiras, lixeira, pia, computador, livros. No processo de atendimento, utiliza-se um formulário. O foco do atendimento é promover a adesão e o uso racional de medicamentos. A ferramenta 5W2H permitiu que o plano de ação fosse estruturado, apontando de forma mais objetiva as necessidades para a implementação do consultório.

**Palavras-chaves:** Cuidado Farmacêutico, Cuidados Paliativos, Geriatria, Serviços



Clínicos.

## **ABSTRACT**

With the publication of resolutions and law that favor the clinical performance of the pharmacist, the Pharmaceutical Office emerges allowing an integral care to the patient, aiming at the rational use of medicines, health promotion and disease prevention. By means of a descriptive case study, it was possible to describe the implantation process and the future perspectives of the Pharmaceutical Office, in which the collection of data was done through an exploratory search in documents that supported the creation of the office, and by the elaboration of a strategic plan with the help of the Clinical Pharmacy Nucleus of the hospital. The Clinical Pharmacy Nucleus instituted pharmaceutical consultation office, which functions every Tuesday, from 1:00 p.m. to 5:00 p.m. Patients are from Geriatrics and Palliative Care specialties. An infrastructure is composed of a room five square meters, containing a table, chairs, a bin, a sink, a computer, books. In the attendance process, a form is used. The focus of this pharmaceutical consultation is to promote adherence and rational use of medicines. The 5W2H tool allowed structured action plan, pointing more objectively to the needs for the implementation of the Pharmaceutical Office.

**Keywords:** Pharmaceutical Care, Palliative Care, Geriatrics, Clinical Services.

## **RESUMEN**

Con la publicación de resoluciones y leyes que favorecen la actuación clínica del farmacéutico, el Consultorio Farmacéutico surge permitiendo un atendimento integral al paciente, visando el uso racional de los medicamentos, promoción a la salud y prevención de enfermedades. Por medio de un estudio de caso descriptivo, fue posible describir el proceso de implantación y las perspectivas futuras de la actuación del Consultorio Farmacéutico, lo cual la obtención de datos se dio por una búsqueda exploratoria en documentos que basaron la creación del consultorio, y por la elaboración de un planeamiento estratégico con ayuda del Núcleo de Farmacia Clínica del hospital. El Núcleo de Farmacia Clínica instituyó el consultorio para atendimento farmacéutica, funcionando todos los martes, de 13 hasta 17 horas. Los pacientes son de las especialidades de Geriatría y Cuidados Paliativos. La infraestructura es compuesta por un salón de cinco metros cuadrados, conteniendo mesa, sillas, basura, fregadero, ordenador, libros. En el proceso de atendimento se utiliza un formulario. El enfoque del atendimento es promover la adhesión y el uso racional de medicamentos. La herramienta 5W2H permitió que el plan de acción fuera estructurado, apuntando

de forma más objetiva a las necesidades para la implementación del consultorio.

**Palabras-clave:** Atención Farmacéutica, Cuidados Paliativos, Geriatria, Servicios Clínicos.

## INTRODUÇÃO

A industrialização dos medicamentos trouxe muitos benefícios à população, como o aumento da expectativa de vida decorrente do controle e cura de doenças, mas, ao mesmo tempo, tornou a utilização de medicamentos mais complexa, o que pode gerar problemas de efetividade e segurança<sup>1</sup>. Esse contexto tem favorecido o uso irracional de medicamentos e também a automedicação<sup>2</sup>.

A Atenção Farmacêutica surge da necessidade do farmacêutico resgatar o reconhecimento social, retomando suas práticas voltadas ao cuidado do paciente, o qual foi perdido em parte pela expansão da indústria de medicamentos, o que o leva a ser um simples dispensador de mercadorias<sup>3</sup>. Na década de 1960, nos Estados Unidos da América, a Farmácia Clínica começou a ser desenvolvida dentro dos hospitais, onde houve a inserção do profissional farmacêutico na equipe multidisciplinar<sup>1</sup>, e posteriormente expandiu-se para outros níveis de atenção à saúde, em um serviço conhecido como *Pharmaceutical Care*, que no Brasil é chamado de Atenção Farmacêutica<sup>3</sup>.

No Brasil, a Assistência Farmacêutica começa a se expandir na década de 1990 com a publicação da Política Nacional de Medicamentos. Na mesma época, começa a ser discutida a necessidade de promover a Atenção Farmacêutica, a fim de adotar um modelo de prática e unificar a forma de prestação do serviço farmacêutico. A obtenção de um consenso sobre conceitos e estratégias para a prática da Atenção Farmacêutica só aconteceu no ano de 2002, quando profissionais se reuniram no Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica para discutir propostas<sup>4</sup>. Em 2004, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica foi aprovada. Está envolve um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, promovendo o acesso aos medicamentos e o uso racional<sup>5</sup>.

O maior objetivo comum a essas duas políticas é promover o uso racional dos medicamentos. Dessa forma, passa a existir uma atenção maior dos profissionais em

relação ao Cuidado Farmacêutico. As definições desse serviço começam a ser amplamente discutidas, sendo o Conselho Federal de Farmácia fundamental nessa ampliação, pois ele propiciou o fortalecimento desse movimento.

Em 2013, o Conselho Federal de Farmácia publicou a Resolução nº 585 que regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico. Ainda no mesmo ano, houve a aprovação da Lei nº 13.021, sendo esse ato de grande importância, pois trouxe uma nova visão dos estabelecimentos farmacêuticos, considerando-os como unidade de saúde prestadora de Assistência e Atenção Farmacêutica, onde o profissional farmacêutico torna-se legalmente responsável por prestar o Cuidado Farmacêutico direto ao paciente<sup>6,7</sup>.

Nesse contexto, começa a surgir uma nova proposta de serviço farmacêutico, na qual os profissionais enxergam a oportunidade de prestar um atendimento mais integral ao paciente, visando o uso racional de medicamentos, promoção da saúde e a prevenção de doenças.

No Consultório Farmacêutico a prática clínica consegue ser consolidada, pois é nesse ambiente que se contempla alguns dos serviços farmacêuticos de acordo com a necessidade do paciente.<sup>6</sup> A consulta farmacêutica é uma das atribuições clínicas desse profissional, conforme a Resolução/CFF nº 585, no entanto, a mesma não pode ser considerada um serviço farmacêutico<sup>8</sup>.

A população mundial tende a viver cada vez mais, havendo uma inversão na pirâmide populacional da sociedade moderna, com mais pessoas em idades avançadas do que jovens, devendo esse ser um dos focos no Cuidado Farmacêutico, para promover qualidade de vida na velhice, assim como, o cuidado voltado a pacientes que enfrentam doenças graves em estágios avançados e sem perspectiva de cura, denominado de Cuidados Paliativos<sup>9</sup>.

Conhecer o processo de inserção, como também as perspectivas futuras da atuação do Consultório Farmacêutico com serviços voltados a Geriatria e Cuidados Paliativos, implantado em um hospital, propicia a criação de estratégias que melhoram e garantem maior eficiência e qualidade na atenção à saúde. Dessa forma, esse trabalho visa descrever o processo de implantação do Consultório Farmacêutico no Hospital de Apoio de Brasília (HAB).

## **MÉTODO**

### ***Tipo de Estudo***

Trata-se de um estudo de caso descritivo, com o relato da implantação de um Consultório Farmacêutico no Hospital de Apoio de Brasília (HAB), em outubro de 2017.

### ***Descrição do cenário***

O Hospital de Apoio de Brasília está integrado a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SESDF), oferece tratamentos ambulatoriais nas especialidades de Cuidados Paliativos, Geriatria, Reabilitação, Dismorfologias, Triagem Neonatal e Genética, além de clínica de internação, sendo esse setor dividido em duas Alas, Ala A (Cuidados Paliativos) e Ala B (Reabilitação).

O hospital não atende emergência, dessa forma, os pacientes atendidos nessa rede são encaminhados de outras unidades de saúde ou hospitais, por necessitarem de especialidades oferecidas pelo HAB.

### ***Coleta de Informações***

Para coleta de dados, realizou-se uma busca exploratória por documentos e informações relevantes junto ao Núcleo de Farmácia Clínica do HAB, que fundamentaram a criação do Consultório Farmacêutico nesta unidade de saúde.

Além da coleta de informações inerentes à implantação do consultório, por meio da ferramenta 5W2H e a colaboração da equipe de farmacêuticos do Núcleo de Farmácia Clínica do HAB, realizou-se planejamento estratégico do Consultório Farmacêutico, o qual deve nortear a consolidação desse tipo de serviço.

### ***Aspectos Éticos***

Em função das características deste trabalho, não há necessidade de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, uma vez que não envolve seres humanos. Contudo, houve aprovação do Núcleo de Ensino e Pesquisa (NEP) do próprio hospital.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Além de todo o contexto, como a definição das atribuições clínicas do farmacêutico segundo a Resolução/CFF nº 585, a publicação da Lei nº 13.021<sup>6,7</sup> e a crescente discussão sobre Consultórios Farmacêuticos, há um engajamento por parte do Conselho Federal de Farmácia (CFF) em unificar os serviços clínicos por meio de publicação, tais como o “PROFAR - Programa de suporte ao cuidado farmacêutico na atenção à saúde”, o “Serviços Farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual”, “Competências para a Atuação Clínica do Farmacêutico: relatório do I Encontro Nacional de Educadores em Farmácia Clínica e Matriz de Competências para a Atuação Clínica”<sup>8,10,11</sup>. Esses fatores influenciam e favorecem a criação de serviços, como o consultório farmacêutico implantado no Hospital de Apoio de Brasília (HAB).

A ideia de implantar o consultório surgiu a partir do Ambulatório Interdisciplinar do HAB, em que acontecem reuniões com equipes interdisciplinares a fim de analisar a necessidade de encaminhar os pacientes a diversas especialidades, dessa forma, foi verificado que os pacientes atendidos precisavam de melhoria na adesão ao tratamento medicamentoso, visto isso, o Núcleo de Farmácia Clínica demonstra vontade de instituir um consultório próprio para atendimento farmacêutico, expressada pelo envio do Memorando a Gerência de Assistência Multidisciplinar de Atenção à Saúde (GAMAD), do hospital.

Atualmente o consultório está funcionando com atendimentos todas às terças feiras, de 13 às 17 horas, com agenda inicial de cinco consultas e, no máximo, dois encaixes autorizados pelos profissionais farmacêuticos. Os pacientes atendidos são de ambulatório, das especialidades de Geriatria e Cuidados Paliativos, que fazem tratamento no hospital, encaminhados pela equipe médica ou consulta de retorno.

A escolha da população a ser atendida se dá pela importância do tratamento dessas pessoas, que por vezes a doença não responde mais ao tratamento curativo<sup>12</sup>, deste modo, os Cuidados Paliativos devem ser tratados de maneira diferente dos cuidados institucionais, pois fundamentam-se em uma filosofia do cuidado voltado a pessoas portadoras de doença crônico-degenerativa ou em fase terminal<sup>13</sup>.

O farmacêutico tem papel importante, visto que é o responsável por prestar cuidados relacionados aos medicamentos. As atividades do profissional farmacêutico em Cuidados Paliativos são de responsabilidades clínicas, educacionais e

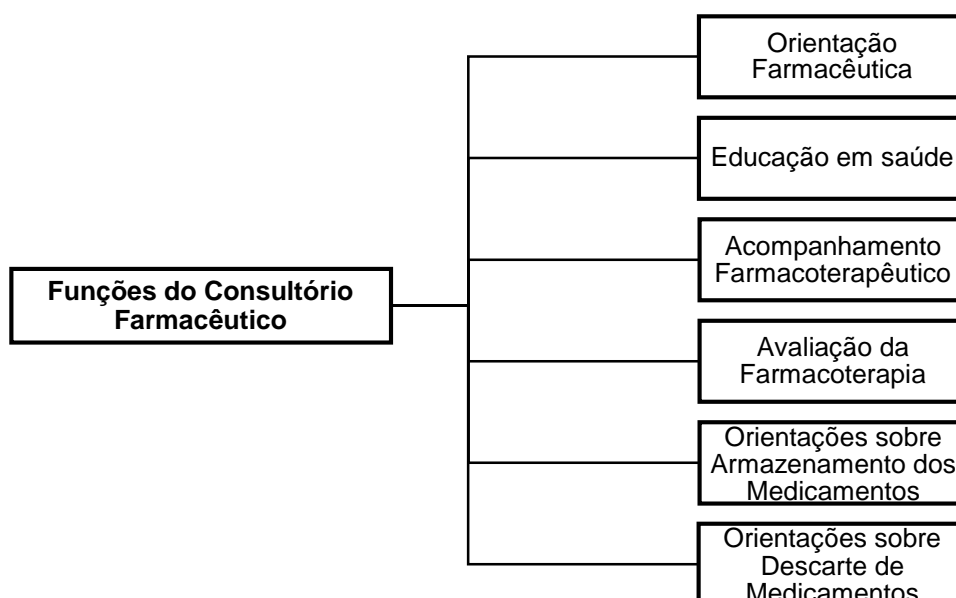
administrativas, como a avaliação adequada da farmacoterapia, o monitoramento de efeitos dos medicamentos, a educação em saúde, o desenvolvimento de formulários de medicação baseado em literatura, a fim de alcançar os objetivos do tratamento que é dar qualidade de vida do paciente<sup>14,15</sup>.

O paciente de Cuidado Paliativo não tem a perspectiva de melhorar sinais e sintomas, sendo assim, trata-se de uma abordagem de cuidado diferenciada, buscando dar qualidade de vida ao paciente, principalmente no tratamento para alívio da dor e sofrimento, além de proporcionar suporte psicológico, social e espiritual<sup>16</sup>.

No caso de pacientes idosos, além do envelhecimento natural, ainda pode ser acometido por doenças crônicas e déficits cognitivos que contribuem para o declínio das funções orgânicas e geram um estado de fragilidade. Não apresentando uma expectativa de melhora ou cura, deve também ser tratado de forma integral, priorizando a sua qualidade de vida<sup>16</sup>.

No entanto, o propósito do atendimento prestado pelo Consultório Farmacêutico do HAB é promover o uso racional dos medicamentos e melhorar a adesão ao tratamento, prestando orientação farmacêutica, educação em saúde, acompanhamento farmacoterapêutico, avaliação da farmacoterapia, orientação sobre armazenagem e descarte dos medicamentos, colaborando assim para maior qualidade no tratamento.

**Figura 1 – Atividades desenvolvidas no Consultório Farmacêutico no Hospital de Apoio de Brasília.**



**Fonte:** elaborada pelo próprio autor.

A infraestrutura montada para o serviço é composta por uma sala de aproximadamente cinco metros quadrados inserido dentro da unidade de saúde, contendo mesa com cadeiras, lixeira, pia com água corrente, computador com acesso à internet, material para consultas rápidas como livros e base de dados, além de contar com dois farmacêuticos. Foi criada uma imagem para que ilustrasse o Consultório Farmacêutico, mostrando todos os componentes deste (Figura 2).

**Figura 2 – Ilustração da estrutura do Consultório Farmacêutico do HAB, contendo o mobiliário básico para funcionamento.**



**Fonte:** elaborada pelo próprio autor.

A Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa nº 44/2010 traz na em seu Capítulo III, Seção II, normas de como deve ser a infraestrutura do “Ambiente Destinado aos Serviços Farmacêuticos”, como um espaço específico para a prestação do serviço garantindo privacidade e conforto, provido de lavatório contendo água corrente, toalha de uso individual e descartável, sabonete líquido, gel bactericida e lixeira com pedal e tampa<sup>17,18</sup>. Já a Diretriz para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde traz normas técnicas referentes a estrutura e mobiliário de ambientes destinados ao segmento farmacoterapêutico, devendo este conter mesa com gaveteiro, cadeiras, computador, armário simples, lixeira com tampa e pedal<sup>19</sup>.

Entretanto, ainda não há no Brasil uma regulamentação sanitária específica que regulamente ou normatize a infraestrutura própria do Consultório Farmacêutico. Dessa forma a estrutura básica deve se assemelhar a de qualquer outro consultório que preste cuidado à saúde.

No processo de atendimento, utiliza-se um formulário, que foi elaborado e adaptado a partir do material do Ministério da Saúde, “Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica, volume 2”<sup>19</sup>. A ficha é composta por campos para o preenchimento de dados demográficos e clínicos do paciente, que avaliam a prescrição de medicamentos (dose, forma farmacêutica, horário de administração, posologia, origem da prescrição e tempo de uso), queixas do paciente, histórico social (consumo de álcool, tabagismo, hábitos alimentares, exercícios físicos), o acesso aos medicamentos, histórico de alergias, a utilização de terapias alternativas, a ocorrência de eventos adversos, a adesão ao tratamento e o entendimento do paciente e cuidador.

Uma vez que o foco do atendimento é promover a adesão e o uso racional de medicamentos, não há a utilização de equipamentos que façam controle clínico de doenças, como por exemplo, aparelho de aferir pressão arterial e índice glicêmico. Também não há encaminhamentos a outros profissionais de saúde e nem prescrição farmacêutica.

As atividades desenvolvidas ainda apresentam um potencial pequeno, visto que o consultório não está em pleno funcionamento, pois o número de pacientes atendidos é muito baixo, dessa forma, se chegou à conclusão de que a divulgação feita não foi eficiente, para isso, foi elaborado um planejamento estratégico utilizando a metodologia 5W2H, para potencializar as atividades do consultório.

A metodologia 5W2H é uma ferramenta administrativa para potencializar processos, que atua como suporte estratégico, pois esta permite mapear as atividades que devem ser realizadas, garantindo que as informações básicas e fundamentais sejam claramente definidas<sup>20</sup>. A ferramenta detalhada no Quadro 1, permitiu que o plano de ação fosse estruturado, apontando de forma mais objetiva as necessidades para a implementação do consultório.



**Quadro 1 – Modelo de plano de trabalho para a elaboração do Planejamento Estratégico.**

<b>APLICAÇÃO DA FERRAMENTA 5W2H</b>			
<b>5W</b>	<b>What</b>	<b>O Que?</b>	Aumentar o número de atendimentos no Consultório Farmacêutico.
	<b>Why</b>	<b>Por Quê?</b>	Porque é necessário melhorar a adesão ao tratamento e promover o uso racional de medicamentos.
	<b>When</b>	<b>Quando?</b>	A partir do primeiro semestre de 2018.
	<b>Where</b>	<b>Onde?</b>	Na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SESDF).
	<b>Who</b>	<b>Quem?</b>	Pelo Núcleo de Farmácia Clínica do Hospital de Apoio, intermediado pela gerência do próprio hospital.
<b>2H</b>	<b>How</b>	<b>Como?</b>	Aumentando a divulgação interna do serviço.
	<b>How much</b>	<b>Quanto custa?</b>	Sem custos adicionais.

**Fonte:** elaborada pelo próprio autor.

Aumentar o número de pacientes atendidos no consultório é fundamental para medir a eficiência do serviço, pois quando o paciente é atendido, pode ser realizado o acompanhamento dele por meio de consultas de retorno. Ampliar esse serviço a outros pacientes atendidos por este hospital é um ponto importante na melhoria da adesão ao tratamento, como também, no uso racional de medicamentos, pois a consulta propicia esclarecimentos de dúvidas e informações ao paciente e cuidador.

A equipe responsável pelo serviço de Farmácia Clínica no HAB tem o propósito de aumentar os atendimentos no consultório a partir do segundo semestre de 2018, promovendo a divulgação interna serviço, por meio das reuniões interdisciplinares no hospital e participação mais ativa em outros eventos internos.

Em relação aos custos desse projeto, foi verificado que todo o aporte necessário já fazia parte do orçamento do hospital. Uma vez que os profissionais envolvidos, os meios de divulgação, instrumentos e processos necessários, já estão inclusos no plano financeiro própria Secretaria.

O planejamento na área da saúde e a utilização de ferramentas de gestão da qualidade vem sendo cada vez mais utilizadas nas práticas gerenciais, fazendo com que as mudanças aconteçam de forma segura e coordenada. Um exemplo disso, o trabalho desenvolvido por Muller *et.al*<sup>20</sup>, que buscou mostrar a importância do uso da metodologia 5W2H para a melhoria dos processos internos em Clínicas Integradas de Saúde (CIS). Após a realização da análise dos dados e constatações dos problemas apresentados nos processos, foi utilizado o plano de ação para resolução dos problemas apresentados na CIS.

Por fim, um aspecto muito importante a ser mencionado é a inclusão de serviços prestados pelos farmacêuticos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, conforme estabelecido em Nota Técnica Nº 4, de 23/3/2018, do Ministério da Saúde<sup>21</sup>. Com essa alteração, os serviços clínicos oferecidos pelo consultório farmacêutico poderá ser remunerado, gerando mais recursos ao HAB.

## **CONCLUSÃO**

O presente estudo tornou visível a implantação do Consultório Farmacêutico no HAB, desde sua estrutura até seus processos de trabalho, descrevendo de forma detalhada os documentos que fundamentaram a criação do mesmo.

As perspectivas futuras para o consultório são, além do aumento do número de atendimentos, é ampliar o serviço oferecido para outras especialidades. A elaboração do planejamento estratégico torna possível potencializar essas atividades.

Por fim, a limitação encontrada foi não ter registros dos atendimentos realizados, impossibilitando a obtenção de dados, os quais permitiriam medir a efetividade do serviço.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pereira M.L.; Nascimento M.M.G. Das boticas ao cuidado farmacêutico: Perspectivas do profissional farmacêutico. Rev. Bras. Farm. 2011; 92(4): 245-252.
2. Filho JR, Batista LM. Perfil da atenção farmacêutica nas farmácias comerciais no município de João Pessoa-PB. Rev. Braz. J. Pharm. 2011; 92(3): 137-141.
3. Gomes ALZ, Othero MB. Cuidados paliativos. Ver Estud. Av. 2016; 30(88):155-166.
4. Adriana Mitsue Ivama et al. Consenso brasileiro de atenção farmacêutica: proposta. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.
5. Ministério da Saúde (Brasil). Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União 20 mai 2004, Seção 1.
6. Conselho Federal de Farmácia (Brasil). Resolução nº 585, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. Diário Oficial da União 25 set 2013, Seção 1.
7. Brasil. Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. Diário Oficial da União 11 ago 2014; Seção 1.
8. Conselho Federal de Farmácia. Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2016. 200 p.
9. Conselho Federal de Farmácia. Competências para a Atuação Clínica do Farmacêutico: relatório do I Encontro Nacional de Educadores em Farmácia Clínica e Matriz de Competências para a Atuação Clínica. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2017. ISBN 978-85-89924-21-4.
10. Conselho Federal de Farmácia. Programa de suporte ao cuidado farmacêutico na atenção à saúde - PROFAR. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2016. 76 p.
11. World Health Organization (WHO). National cancer control programmers: Policies and managerial guidelines – 2<sup>nd</sup> ed. Geneva: 2002. ISBN 92 4 15 4557 7.
12. Pessini L, Bertachini L. Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. Rev O Mundo Da Saúde. 2005; 29(4): 491-509.
13. American Society of Health-System Pharmacists (ASHP). ASHP Statement on the Pharmacist's Role in Hospice and Palliative Care. Rev American Journal of Health-System Pharmacy. 2002; 59 (18): 1770 -1773.
14. Walker et al. Fifty Reasons to Love Your Palliative Care Pharmacist. Rev Am J Hosp Palliat Care. 2010 Dez; 27 (8): 511-530.
15. Araújo MMT, Silva MJP. Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos. Rev Esc Enferm USP. 2012; 46(3): 626-632.
16. Fratezi FR, Gutierrez BAO. Cuidador familiar do idoso em cuidados paliativos: O processo de morrer no domicílio. Rev Ciência & Saúde Coletiva. 2011; 16(7): 3241-3248.
17. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Resolução nº 44 de 17 de agosto de 2009.. Diário Oficial da União 18 ago 2009; Seção 1.

18. Ministério da Saúde (Brasil). Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2009, 44 p.
19. Ministério da Saúde (Brasil). Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica – Caderno 2: Capacitação para implantação de serviços de Clínica Farmacêutica. Brasília, 2014, 308 p.
20. Muller VC et.al. Gestão em saúde do empirismo à profissionalização: um estudo de caso em uma instituição de ensino superior. Rev RAHIS. 2016; 13(1): p 96-107.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. NOTA TÉCNICA nº 04/2018 de 25/03/2018. Disponível em [ftp://ftp2.datasus.gov.br/pub/sistemas/tup/downloads/notastecnicas/nota\\_tecnica\\_cgsi\\_sigtap\\_2018\\_04.pdf](ftp://ftp2.datasus.gov.br/pub/sistemas/tup/downloads/notastecnicas/nota_tecnica_cgsi_sigtap_2018_04.pdf). Acesso em 28 mai 2018.

## **Fatores de Risco para Infecção Chagásica em Gestantes de um município do Estado do Rio Grande do Norte - Brasil, 2014**

*Risk factors to Chagas disease in pregnant women of a municipality in the State of Rio Grande do Norte – Brazil, 2014*

*Factores de Riesgo para Infección Chagásica en Gestantes de uno condado del Estado de Rio Grande do Norte – Brasil, 2014*

Márcio Adriano Fernandes Barreto  
Ellany Gurgel Cosme do Nascimento  
Marília Abrantes Fernandes Cavalcanti  
Cléber de Mesquita Andrade  
Antônio Carlos de Medeiros  
Eliane de Freitas Oliveira  
Franklin Roberto da Costa  
Wogelsanger de Oliveira Pereira

**RESUMO:** Introdução: No Brasil, mesmo com ações dos programas de controle vetorial e triagem sorológica em banco de sangue, estima-se que 119.000 mulheres em idade fértil estejam infectadas pelo *Trypanossoma cruzi*, constituindo-se um grande risco para infecção em gestante. Objetivos: Investigar fatores de risco para infecção chagásica em gestantes no município de Severiano Melo - Estado do Rio Grande do Norte, Brasil. Métodos: Estudo transversal, com abordagem quantitativa, em município endêmico da Mesorregião Oeste Potiguar, aonde foram coletadas as variáveis sociodemográficas e sorologias de 67 gestantes, no período de março de 2013 a agosto de 2014. Além dos dados entomológicos das 67 residências onde houve registros de triatomíneos no município. Posteriormente, realizou-se visitas aos 134 (centro e trinta e quatro) domicílios para a detecção de indicadores ambientais e coordenadas geográficas a partir da utilização de GPS. Resultados: A realidade investigada suscitou preocupação, compreendida a vulnerabilidade a que as participantes se encontraram condicionadas, seja pelo perfil sociodemográfico caracterizado, pelo insuficiente conhecimento acerca da doença, pelos indicadores entomológicos relatados ou pelos aspectos ambientais e espaciais observados. Conclusões: O estudo mostrou a presença da infecção chagásica em gestantes, com prevalência de 1,49%. No tocante às gestantes, diversos fatores mostraram associação com a presença dos triatomíneos no domicílio, dentre eles, as características das residências favorecendo o abrigo dos vetores, amontoados de tijolos, telhas, palhas, madeiras, anexos de criação de animais, além de armazéns/depósitos nas residências rurais

**Palavras-Chave:** Doença de Chagas; Gestantes; Fatores de Risco; Epidemiologia; *Triatominae*; Indicadores Ambientais; Análise Espacial.

**ABSTRACT:** Introduction: In Brazil, even with the actions of vector control and serological screening programs in a blood bank, it is estimated that 119,000 women of childbearing age are infected with *Trypanossoma cruzi*, constituting a great risk for infection in pregnant women. Objectives: To investigate risk factors for chagasic

infection in pregnant women in the municipality of Severiano Melo – State of Rio Grande do Norte, Brazil. Methods: Cross-sectional study with a quantitative approach, in an endemic municipality of Mesorregião Oeste Potiguar, where were collected sociodemographic variables and serology from 67 pregnant women, from March 2013 to August 2014. In addition to the entomological data of the 67 residences where there were records of triatomines in the municipality. Subsequently, visits were made to 134 (center and thirty-four) households to detect environmental indicators and geographic coordinates using GPS. Results: The reality investigated raised concern, including the vulnerability to which the participants were conditioned, either by the sociodemographic profile characterized by insufficient knowledge about the disease, by the reported entomological indicators or by the environmental and spatial aspects observed. Conclusions: The study showed the presence of Chagas infection in pregnant women, with a prevalence of 1.49%. Regarding pregnant women, several factors were associated with the presence of triatomines in the household, among them, the characteristics of the homes favoring the shelter of vectors, heaps of bricks, tiles, straw, wood, animal husbandry attachments, in addition to warehouses/deposits in rural residences.

**Keywords:** Chagas disease; Pregnant Women; Risk Factors; Epidemiology; Triatominae; Environmental Indicators; Spatial Analysis.

**RESUMEN:** Introducción: Em Brasil, aún com las acciones de control de vectores y programas de tamizaje serológico em um banco de sangre, se estima que 119.000 mujeres en edad fértil están infectadas com *Trypanossoma cruzi*, constituyendo um gran riesgos de infección em mujeres embarazadas. Objetivos: investigar los factores de riesgo de infección chagásica em mujeres embarazadas em el municipio de Severiano Melo – Estado do Rio Grande do Norte, Brasil. Métodos: Estudio transversal con enfoque cuantitativo, em un municipio endémico de Mesorregião Oeste Potiguar, donde se recolectaron los variables sociodemográficas y serológicas de 67 mujeres embarazadas, de marzo de 2013 a agosto de 2014. Además de los datos entomológicos de las 67 residencias donde había registros de triatominos em el municipio. Posteriormente, se realizaron visitas a 134 (centros y treinta y cuatro) hogares para detectar indicadores ambientales y coordenadas geográficas mediante GPS. Resultados: La realidad investigada suscitó preocupación, incluida la vulnerabilidad a la que los participantes estaban condicionados, ya sea por el perfil sociodemográfico caracterizado por un conocimiento insuficiente sobre la enfermedad, por los indicadores entomológicos informados o por los aspectos ambientales y espaciales observados. Conclusiones: El estudio mostró la presencia de infección por Chagas em mujeres embarazadas, con una prevalencia del 1,49%. En cuanto a las gestantes, varios factores se asociaron a la presencia de triatominos em el hogar, entre ellos, las características de los hogares favoreciendo el resguardo de vectores, montones de ladrillos, tejas, paja, madera, anexos ganaderos, además de almacenes/depósitos em residencias rurales.

**Palabras clave:** Enfermedad de Chagas; Mujeres Embarazadas; Factores de Riesgo; Epidemiología; Triatominae; Indicadores Ambientales; Análisis Espacial.

## **Introdução**

A Doença de Chagas (DCh) é uma condição infecciosa instalada mediante ação do protozoário flagelado *Trypanosoma cruzi* (*T. cruzi*), cuja primeira descrição foi realizada nos anos iniciais do século XX pelo pesquisador brasileiro Carlos Chagas (OMS, 2015). Existem 8 milhões de indivíduos portadores da infecção chagásica, sendo que 6 milhões vivem na América Latina. Acredita-se que 70 milhões de pessoas vivem em permanente exposição ao risco de contrair a infecção. No Brasil apresenta 3,2 milhões de pessoas infectadas, representando 2,4% da população<sup>1,2</sup>.

O cenário Brasileiro, mesmo diante de ações do programa de controle vetorial da doença de Chagas, ainda configura-se como área endêmica e de grande risco para a transmissão desta infecção, estima-se que 119.000 mulheres em idade fértil estejam infectadas com o protozoário<sup>3</sup>. Estudos que descrevem a prevalência da Doença de Chagas em gestantes nos estados de Minas Gerais, São Paulo, Rio Grande do Sul, Bahia e Mato Grosso do Sul revelaram um índice de 0,1 a 8,5%<sup>4</sup> de indivíduos soropositivos, demonstrando a importância de se investigar a infecção chagásica neste público<sup>5</sup>, a qual está intimamente relacionada ao grau de endemicidade da região<sup>6</sup> e constitui uma problemática importante para os serviços de saúde pela ausência de detecção precoce<sup>7</sup>.

A presença de triatomíneo na residência constitui-se um dos fatores associados à infecção chagásica em gestantes. A ocorrência perpassa principalmente em populações da zona rural apresentado uma estrutura precária, ocasionando assim um processo denominado de domiciliação de triatomíneos decorrente de transformação ou destruição de seu habitat natural, assim os insetos acabam invadindo as residências e adaptando-se a seu ecótopos artificiais<sup>8</sup>.

Nesta perspectiva, ancorando-se sobre a necessidade de investigação da doença de Chagas em gestantes em municípios de prevalência superior a 5% para infecção chagásica<sup>7</sup> e na necessidade de ferramentas que facilitem o diagnóstico em tempo hábil<sup>9</sup>, objetivou-se investigar os fatores de risco para a contaminação por Doença de Chagas entre gestantes do município de Severiano Melo no Estado do Rio Grande do Norte (RN).

## **Método**

Estudo transversal, com abordagem quantitativa, realizado no município de Severiano Melo, situado na Mesorregião Oeste do estado do Rio Grande do Norte<sup>10</sup>, o qual apresentou prevalência de 10,4% para Doença de Chagas em inquérito soroepidemiológico realizado no ano de 2012<sup>11</sup>.

O universo do estudo correspondeu a gestantes que realizavam acompanhamento pré-natal nos serviços de Atenção Básica locais, exceto as que possuíam menos de 18 anos e não apresentaram responsável. O cálculo amostral se deu a partir do número de gestantes do município, mensurado com base no quantitativo de nascidos vivos no período de um ano, obtido por meio do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e da proporção da infecção chagásica em humanos, fornecido em estudo realizado na mesorregião oeste do Estado do Rio Grande do Norte<sup>11</sup>, em 2012. Obedeceu à fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{Z^2 \cdot P \cdot (1-P) + \varepsilon^2 \cdot (N-1)}$$

Onde **n** corresponde ao tamanho da amostra, **N** é o número total de gestantes durante o período de agosto de 2013 a agosto de 2014, **Z** representa a variável aleatória normal padrão, **ε** é o erro estimado e **p** refere-se ao estimador de proporção de indivíduos com sorologia positiva na área do estudo. Logo, considerando-se que **p**= 0,1, **ε**=0,05, **N**= 111 (estimativa de nascidos vivos/ano) e **Z**=1,96 (considerando o intervalo de confiança 95%), obteve-se uma amostra de 67 gestantes.

Concomitante à aplicação de questionário sociodemográfico, foi realizada coleta de sangue periférico para pesquisa de anticorpos IgG anti-*T.cruzi* através das técnicas de reação imunoenzimática (ELISA) e da reação de hemaglutinação indireta (HAI), de maneira que a soropositividade esteve condicionada à reatividade atestada por duas técnicas diferentes<sup>11</sup>. Em situação de exames que reagiram ou estiveram na zona de indeterminação em pelo menos um dos testes anteriores, foi adotado o terceiro teste sorológico: a reação de imunofluorescência indireta (IFI).

Realizou-se também a coleta de dados sobre indicadores entomológicos, por meio dos registros sobre a ocorrência de triatomíneos no município disponibilizados pela Coordenação Regional de Controle de Doença de Chagas da VI Regional de Saúde do Rio Grande do Norte. A partir destas informações, obteve-se o quantitativo de 67



(sessenta e sete) domicílios acometidos por triatomíneos, condição na qual não incluíram-se as residências das gestantes do estudo.

As coletas dos insetos foram realizadas no ano de 2013, de maneira manual por agentes de endemias do município de Severiano Melo em visitas programadas ou por moradores da área. Na captura, foram adotadas pinças metálicas para coleta dos insetos e lanternas para a inspeção de frestas e locais desprovidos de luminosidade que pudessem servir de abrigo para os triatomíneos. Todos os exemplares foram devidamente armazenados e identificados e as ocorrências foram registradas em formulário do Programa de Controle da Doença de Chagas (PCDCh). A classificação taxonômica dos triatomíneos foi realizada pelo Laboratório de Entomologia da VI Regional de Saúde do Rio Grande do Norte.

Foram realizadas visitas aos 134 (centro e trinta e quatro) domicílios (67 correspondentes às moradias das gestantes e 67 respectivos aos locais nos quais foram encontrados triatomíneos) para a detecção de indicadores ambientais associados à transmissão da Doença de Chagas.

Concomitante a isso, foram obtidas as coordenadas geográficas dos respectivos domicílios, a partir da utilização de GPS Global Positioning System (GPS), no intuito de estimar a distribuição da distância de uma residência sem a presença do triatomíneo ao domicílio vizinho infestado mais próximo (*distribuição Gcross*), ou seja, o percentual de residências de gestantes que estão a menos de “r” metros de um domicílio infestado.

Para verificar a associação entre a variável infestação triatomínica e os indicadores ambientais associados à doença de Chagas foi realizada análise bivariada, apropriando-se do teste do qui-quadrado *Likelihood Ratio*. A medida da ocorrência foi realizada com base no cálculo da razão de prevalência e intervalo de confiança de 95%.

Acerca dos dados respectivos ao inquérito sociodemográfico, realizou-se análise descritiva, apresentando-se as médias e medianas das variáveis quantitativas e a distribuição das frequências absolutas e percentuais para as variáveis categóricas.

Ambas as análises foram realizadas com o auxílio do software estatístico (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 20.0 (SPSS Inc, Chicago, IL, EUA).

O estudo atende aos princípios éticos contidos nas diretrizes da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS acerca de pesquisas envolvendo seres humanos e foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Rio

Grande do Norte (CEP/UERN), havendo sido aprovado sob o parecer 166369 e CAAE 09255212.7.0000.5294 no dia 09 de dezembro de 2012.

## **Resultados**

Segundo o Programa de Controle da Doença de Chagas do Estado do Rio Grande do Norte (PCDCh), no mesmo período de coleta de dados realizada com as gestantes, foram capturados 95 (noventa e cinco) triatomíneos, distribuídos nos 67 (sessenta e sete) domicílios nos quais não residiam as gestantes, situados em 21 (vinte e uma) localidades diferentes no município do estudo (Tabela 01).

Do total de exemplares identificados, 81,5% (n=66) foram localizados no ambiente peridomiciliar e 35,9% (n=29) encontravam-se na forma de ninfas. Dentre as espécies de triatomíneos encontrou-se o *Triatoma pseudomaculata* e o *Triatoma brasiliensis*, com predominância deste último, o qual representou 60,0% (n=57) dos exemplares coletados. Todos os exemplares respectivos ao intradomicílio pertencem à espécie *Triatoma brasiliensis*. Em contrapartida, a *Triatoma pseudomaculata* apresentou 100% (n=32) dos triatomíneos identificados no espaço peridomiciliar (Tabela 01).

Realizando-se análise bivariada entre a variável dependente infestação triatomínica e as variáveis independentes, constatou-se que: a) a existência de amontoados de tijolos e telhas esteve associada a cinco vezes mais chances de invasão dos domicílios pelos insetos ( $p < 0,001$ ); b) a presença de amontoados de palhas no peridomicílio representou duas vezes mais chances de ocorrência de infestação no ambiente domiciliar ( $p = 0,003$ ); c) o acúmulo de pedaços de madeira nos arredores das residências esteve associado a cinco vezes mais chances de invasão de triatomíneos nos domicílios ( $p < 0,001$ ); d) a existência de depósitos ou armazéns no peridomicílio foi associada a três vezes mais chances da ocorrência de infestação dos domicílios por triatomíneos ( $p = 0,05$ ); e) e os anexos com criação de animais caprinos e ovinos ( $p = 0,002$ ), bovinos e equinos ( $p = 0,001$ ) e suínos ( $p = 0,008$ ) apresentaram associação significativa com a invasão das residências pelos vetores, representando, respectivamente, três, quatro e duas vezes mais chances de presença de triatomíneos nas residências (Tabela 02).

Diante da análise espacial realizada, a distribuição *Gcross* indicou que os pontos correspondentes aos domicílios acometidos por triatomíneos e as residências livres de

infestação não constituem um processo puramente aleatório, visto que as curvas que estimam essa distribuição ( $\hat{G}_{0,1}^{bord}$  e  $\hat{G}_{0,1}^{km}(r)$ ) estão acima da curva verde teórica, a qual estabelece o limiar para a possibilidade dos conjuntos dos dois pontos terem sido selecionados ao acaso (Figura 01).

Neste contexto, do grupo de gestantes investigadas, 100,0% (n=67) residem em domicílios localizados a menos de 1500 metros da residência infestada mais próxima e, ainda que se diminua o raio  $r$  e, conseqüentemente o percentual de gestantes dentro deste raio também decresça, cerca de 20,0% (n=13) encontram-se alocadas a pouco mais de 200 metros do domicílio infestado mais próximo (Figura 01).

Quanto à localização das moradias, verificou-se que 76,1% (n=51) residem na zona rural, 74,6% (n=50) encontram-se próximas a matas ou florestas e 100,0% (n=67) residem em casas de alvenaria (Tabela 03).

Entre as respondentes, 31,3% (n=21) afirmaram não saber identificar o triatomíneo e 37,5% (n=25) declararam já o terem visto anteriormente no domicílio. Quando questionadas sobre as vias de transmissão, 38,8% (n=36) afirmaram conhecer pelo menos alguma e 38,5% (n=24) referiram ter conhecimento sobre alguma medida profilática (Tabela 03).

Frente à investigação da soropositividade da infecção chagásica entre o público tratado, constatou-se que 1 (uma) gestante apresentou infecção chagásica, representando uma prevalência de 1,49%.

## **Discussão**

O cenário investigado demonstrou ampla distribuição de triatomíneos correspondentes a espécies autóctones e potencialmente vetoras<sup>11</sup>, as quais representam maior relevância epidemiológica frente ao controle vetorial da Doença de Chagas no estado do Rio Grande do Norte<sup>13</sup>.

O percentual de ninfas detectado dentre os exemplares capturados na região pode ser explicado pela ação adaptativa dos triatomíneos ao ecótopo artificial, culminando no processo de domiciliação<sup>14</sup>, podendo estar associado à invasão deste ambiente por fêmeas em período fértil<sup>15</sup>.

A maior concentração do vetor no ambiente peridomiciliar também foi um resultado reportado em outro estudo<sup>15</sup>, o qual pode ser explicado pelo enfoque em medidas de combate aos vetores domiciliados<sup>16</sup> e pelas condições adequadas para a aglomeração de triatomíneos no peridomicílio possibilitadas pelo descuido quanto à limpeza dos anexos domiciliares<sup>17</sup>. Além disso, a ocupação deste espaço pode ser resultante do mecanismo de defesa dos insetos em virtude da realização de controle químico no interior das residências, bem como da atuação insatisfatória dos inseticidas no peridomicílio<sup>17,18</sup>. Contudo, ainda que tenha sido constatado menor quantitativo de triatomíneos no ambiente domiciliar, esse achado não deve ser ignorado, havendo a necessidade de vigilância permanente nas residências, dada a alta carga de espécimes no peridomicílio<sup>16</sup>.

A elevada prevalência das espécies *T. brasiliensis* e da *T. pseudomaculata* foi um achado que reforçou o panorama geral da Doença de Chagas na Região Nordeste, na qual se sobressai como espécie principal a *T. brasiliensis*, seguida da *T. pseudomaculata*<sup>15</sup>.

Embora tenha apresentado o maior número de exemplares dentre os triatomíneos localizados no intradomicílio, o *T. brasiliensis* apresentou comportamento peculiar na região avaliada, uma vez que o espaço extradomiciliar foi o seu ambiente de preferência<sup>19</sup>. A identificação desta espécie no espaço de análise requer atenção, uma vez que esta persiste como uma preocupação e prioridade em Saúde Pública nas áreas de sua ocorrência<sup>20</sup> e é reconhecida por grande capacidade de infestação, colonização<sup>15,21</sup>, reinvasão do domicílio por focos silvestres<sup>22</sup> e altos índices de infecção natural<sup>23</sup>.

A espécie *T. pseudomaculata*, a qual apresenta preferência pelo espaço extradomiciliar<sup>15,19,23,24</sup>, esteve predominante no peridomicílio, comportamento que determina a dificuldade para o controle químico tradicional, uma vez que os inseticidas demonstram efeito transitório neste espaço, facilitando o processo de reinfestação<sup>25</sup>. Contudo, a sua classificação como segunda espécie em densidade triatomínica intradomiciliar, posicionando-se depois da *T. brasiliensis*, reafirma a sua adaptação progressiva ao ecótopo artificial<sup>13</sup>, além de, na situação de maior quantitativo de exemplares, esta ocupar o interior dos domicílios e assumir o posto do *T. brasiliensis*. Ademais, estudos apontam que o *T. pseudomaculata* está gradativamente se tornando dominante<sup>18</sup>, mantendo níveis de infestação e de colonização tanto no domicílio como no peridomicílio, com grande potencial de invasão<sup>15</sup>.

Diante da investigação de indicadores ambientais associados à propagação do vetor, verificou-se associação estabelecida entre a presença de amontoados de tijolos e telhas nos peridomicílios e a possibilidade de infestação triatomínica<sup>25</sup>, entendendo-se que o acúmulo de entulhos ou material de construção nos arredores das habitações pode funcionar como abrigo para os triatomíneos, dada a maneira como ficam dispostos “empilhados” nos quintais<sup>27-29</sup>, possibilitando que estes se utilizem das pessoas e animais para se alimentar e desses entulhos para proteger-se da predação<sup>29-31</sup>.

Estabeleceu-se também a relação entre a existência de amontoados de palhas no peridomicílio e a presença de triatomíneos, justificada pela afinidade do inseto com folhas como as das palmeiras, as quais são convertidas pelo vetor em alojamento, transformando-se em via de transporte destes para as residências<sup>27,28,32,33</sup> e elevando as possibilidades de colonização<sup>27,28,34</sup> e infestação domiciliar<sup>27,28,32,33</sup>, em virtude da adesão dos ovos dos triatomíneos à superfície das folhas<sup>35</sup>.

De maneira semelhante, o acúmulo de madeira ou lenha no ambiente peridomiciliar dos domicílios infestados representa perigo para a presença do vetor nas residências das gestantes, considerando-se que esta condição possibilita abrigo e esconderijo para os insetos<sup>29-31</sup>, caracterizando-se como um dos mais importantes elementos responsáveis para a infestação<sup>30,36</sup> e formação de grandes colônias de triatomíneos<sup>37</sup>. Além disso, há que se destacar os transportes passivos destas<sup>15,19</sup> para serem utilizadas como fontes de calor para o preparo de alimentos<sup>29-31</sup> e para a construção de cercas<sup>19</sup>, situações que facilitam a transferência dos triatomíneos<sup>29-31</sup> e dos ovos destes<sup>35</sup> para dentro das residências, quando aderidos aos pedaços de lenha ou madeira<sup>29-31,35</sup>.

A presença de bovinos, caprinos e suínos no espaço peridomiciliar também foi identificada como um elemento facilitador da ocorrência de triatomíneos, em virtude da existência correspondente de armazéns e currais<sup>28</sup>. Neste contexto, anexos domiciliares como pocilgas, estábulos e currais, são destacados como importantes indicadores ambientais, em virtude da dupla disposição de abrigo e fonte de alimentos para os insetos<sup>38</sup>.

Os currais de criação de cabras, especificamente, são tratados na literatura como um anexo considerado intermediário entre o ambiente silvestre e a área peridomiciliar, classificando-se como habitats semi-silvestres<sup>29</sup>. As pocilgas, por sua vez, são locais

favoráveis ao aparecimento do vetor, uma vez que podem ser ocupadas por triatomíneos em quaisquer fases do desenvolvimento<sup>15</sup>, sendo classificadas, em algumas localidades, como ecótopos predisponentes à reinfestação pelos vetores<sup>39</sup>.

A existência de anexos (depósitos ou armazéns) em propriedades rurais, conforme apontou associação estatística positiva para a infestação triatomínica, também foi descrita em outros estudos como propícia para a proliferação dos vetores, devido o armazenamento de rações ou outros materiais relacionados à criação de animais. Nestes espaços, os alimentos armazenados podem atrair pequenos roedores, os quais atuam como fonte de alimento para os triatomíneos<sup>27,40</sup>, simulando características fundamentais dos ecótopos artificiais, como a oferta de alimentos e condições seguras para o abrigo<sup>41</sup>.

A análise espacial para estimar a proximidade entre os domicílios das gestantes e as residências invadidas por triatomíneos evidenciou o risco constante ao qual as participantes do estudo encontram-se condicionadas, ao constatar-se que um quantitativo considerável destas ocupa áreas a 200 metros de distância dos focos de infestação, espaço pelo qual os triatomíneos podem se locomover em busca de alimento e abrigo<sup>16</sup> através da dispersão ativa, realizada principalmente por meio do vôo e relacionada à invasão de domicílios por espécies silvestres<sup>41</sup>.

Ainda que todas as gestantes residam em casa de alvenaria, verificou-se a ocorrência de domicílios com reboco incompleto enquanto fator de risco, considerando-se que as frestas entre os tijolos também servem como abrigo para os triatomíneos<sup>27,28,32,42</sup>. Além disso, as casas com paredes de tijolo podem sofrer rachaduras, nas quais os vetores podem se alojar<sup>43</sup>. Logo, o fato de algumas casas encontrarem-se em estado de má conservação, mal construídas ou inacabadas também deve ser encarado como um importante indicador para a proliferação dos insetos<sup>37</sup>.

A localização das residências investigadas também merece atenção, uma vez que a Doença de Chagas caracteriza-se como uma doença eminentemente rural<sup>37</sup>, de maneira que a manutenção dos ciclos tradicionais de transmissão vetorial se dá nas áreas rurais mais isoladas e pobres, com ínfimas taxas de mudança social, em realce na ausência de ações regulares e contínuas de controle<sup>44</sup>. Acrescenta-se, ainda, a proximidade da maioria destes à vegetação como um importante fator de risco para a transmissão da Doença de Chagas, pois muitas vezes as plantas servem de abrigos para os triatomíneos<sup>45,46</sup> e algumas espécies apresentam preferência pela ocupação dos ecótopos silvestres<sup>36,45,47</sup>.

A parcela de gestantes que declarou não saber identificar o vetor representou um resultado preocupante, ao passo com que o conhecimento insatisfatório sobre os triatomíneos em área endêmica compromete a atuação dos programas de controle<sup>48</sup>. Este achado torna-se ainda mais grave se considerar-se que moradores da zona rural geralmente apresentam maior facilidade de identificação do inseto em virtude destas áreas estarem incluídas nas zonas de distribuição de várias espécies de triatomíneos<sup>49</sup>.

O quantitativo de entrevistadas que apresentaram-se alheias a quaisquer mecanismos de transmissão da doença evidenciou a falta de conhecimento em relação aos hábitos de hematofagia do triatomíneo, a qual pode desencadear um risco considerável para a população residente dessas áreas devido à omissão quanto às medidas profiláticas adequadas, como a limpeza do ambiente e dos locais de criação de animais, melhorias no domicílio, utilização de inseticidas ou a extirpação de quaisquer fatores que possibilitem a presença dos vetores e, conseqüentemente, a perpetuação do ciclo da doença na área<sup>50</sup>.

O número de respondentes que conhecem algum método de prevenção da Doença de Chagas apresentou-se como insatisfatório, declinando quando comparado ao percentual de indivíduos que declararam reconhecer o barbeiro, suscitando o entendimento de que a população que conhece o triatomíneo não sabe como evitá-lo<sup>51</sup>.

Quando comparada a estudos nacionais, a prevalência de gestantes soropositivas para Doença de Chagas apresentou-se como menor que em investigações realizadas no Sudeste do Rio Grande do Sul<sup>9</sup>, na Bahia<sup>12</sup> e em São Paulo<sup>52</sup> e caracterizou-se como maior do que nos estudos promovidos no Mato Grosso do Sul<sup>53</sup>, em Minas Gerais<sup>54</sup> e na zona rural e urbana de Goiás<sup>55</sup>.

Entretanto, o baixo índice de infecção entre as participantes do estudo pode ter sofrido influência da predominância de faixas etárias mais baixas, uma vez que acredita-se que a implantação dos programas de controle vetorial datados da década de 1970 tenham desencadeado o declínio da prevalência da infecção nos grupos mais jovens<sup>56</sup>, de maneira que a prevalência entre mulheres é mais elevada a partir dos 30 anos<sup>57</sup>, período no qual se inclui a gestante soropositiva deste estudo. Além disso, a espécie *T. brasiliensis*, classificada como a mais encontrada neste estudo, apresenta uma elevada frequência de parasitos da tipagem TcIII<sup>58</sup>, os quais, na região de estudo, são caracterizados por baixa antropofilia e associados, preferencialmente, à infecção de reservatórios animais<sup>59</sup>.

Contudo, ainda que tenha sido diagnosticada apenas uma gestante soropositiva, é consenso que, enquanto houver mulheres em idade reprodutiva acometidas pela Doença de Chagas, continuam válidas as estratégias de rastreamento sorológico enquanto política de saúde pública<sup>60</sup>.

## **Conclusão**

O estudo mostrou presença da infecção chagásica em gestantes com prevalência de 1,49%. A transmissão vetorial mostrou-se como um grave problema para a infecção chagásica. No tocante às gestantes, diversos fatores mostraram associação com a presença dos triatomíneos no domicílio, dentre eles, as características das residências favorecendo o abrigo dos vetores, amontoados de tijolos, telhas, palhas, madeiras, anexos de criação de animais, além de armazéns/depósitos nas residências rurais. A análise espacial reforça a investigação no sentido estimar a proximidade e deslocamento do triatomíneo para as residências das gestantes, levando a um risco constante.

Ainda que a soroprevalência da população do estudo não tenha sido elevada quando comparada a outras regiões, a realidade investigada suscita preocupação, compreendida a vulnerabilidade a que as participantes se encontram condicionadas, seja pelo perfil sociodemográfico caracterizado, pelo reduzido nível de conhecimento acerca da doença, pelos indicadores entomológicos relatados ou pelos aspectos ambientais e espaciais observados. Desta forma, as estratégias de investigação soropidemiológica, de identificação de fatores de risco ambientais e de georreferenciamento de áreas adjacentes aos pontos de infestação demonstraram-se válidas diante do reconhecimento de gestantes em situação de risco potencial.

Frente os achados encontrados, sugere-se a promoção de estratégias que priorizem as práticas de educação popular em saúde, entendendo-se que o conhecimento adequado acerca da Doença de Chagas acrescenta aos indivíduos a sensibilidade quanto à adoção de medidas de prevenção capazes de minimizar os riscos da contaminação vetorial. Concomitantemente, indica-se o monitoramento sistemático da vigilância entomológica assentada sobre a parceria entre as equipes de campo e as comunidades locais frente à detecção, o reconhecimento e a notificação dos vetores nos espaços intradomiciliar e peridomiciliar e a reorganização dos arredores dos domicílios, uma vez que os indicadores



ambientais descritos caracterizam fortes evidências para a manutenção do ciclo de vida do vetor e sua propagação em áreas proximais.

Acrescente-se, ainda, que as limitações da investigação partem da amostra limitada e da ausência de seguimento deste público, o que pressupõe a importância da realização de um estudo longitudinal, dada a possibilidade de contaminação das gestantes em longo prazo mediante os fatores de risco para Doença de Chagas reportados.

## Referências

1. Dias JCP, Ramos Jr NA, Gotijo ED, Luquetti A, Shikanai-Yasuda MA, Coura JR et al. II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. *Epidemiol. Servi. Saúde*, Brasília. 2016;25 (21):1-10.
2. OPAS. Organização Panamericana de Saúde. Guia para el diagnostico y el tratamiento de la enfermedad de Chagas. Washington: OPAS, 2018.
3. Coura Jr. Dinâmica das doenças infecciosas e parasitárias. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
4. Martins-Melo FR, Alencar CH, Ramos Jr AN, Heukelbach J. Epidemiology of Mortality Related to Chagas' Disease in Brazil, 1999–2007. *PLOS Neglected Tropical Diseases*. 2012; 6: e1508.
5. Bittencourt AL. Possible risk factors for vertical transmission of Chagas disease. *Rev do Inst de Med Tropic*. 1992; 34:403-408.
6. Moya PR, Moretti ERA. Doença de Chagas Congênita. In: Dias JC, Coura JR, editores. *Clínica e Terapêutica da Doença de Chagas: uma Abordagem Prática para o Clínico Geral*. Fiocruz; 1997.
7. Dias JCP, Neto AV, Luna EJA. Alternative transmission mechanisms of *Trypanosoma cruzi* in Brazil and proposals for their prevention. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2011; 44:375-379.
8. De Souza C, Rodrigues A et al. Infecção por *Trypanosoma cruzi* em triatomíneos capturados em dois municípios sul-cearenses. *Revista Saúde-UNG-Ser*. 2017;11(1/2): 19-32.
9. Gontijo ED, Andrade GMQ, Santos SE, Galvão LMC, Pinto FS, Dias JCP, Januário JN. Neonatal screening program for the infection by *Trypanosoma cruzi* in Minas Gerais, Brazil: congenital transmission and tracking of the endemic areas. *Rev de Epidemio e Serv de Saúd*. 2009; 18: 243-254.
10. Araújo AB, Castagno VD, Gallina T, Berne MEA. Prevalência da doença de Chagas em gestantes da região sul do Rio Grande do Sul. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2009; 42: 732-733.
11. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/>>.
12. Brito CRN, Sampaio GHF, Câmara ACJ, Nunes DF, Azevedo PRM, Galvão LMC. Soroepidemiologia da infecção pelo *Trypanosoma cruzi* na zona rural do semiárido do Estado do Rio Grande do Norte, Brasil. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2012; 45: 346-352.

13. Brasil MS. Secretaria de Vigilância em Saúde. Consenso Brasileiro em doenças de Chagas. Rev. Soc. Bras Med Trop. 2005; 38:30p.
14. Dias JCP, Machado EMM, Fernandes AL, Vinhaes MC. Esboço geral e perspectivas da doença de Chagas no Nordeste do Brasil. Cad Saú Públ. 2000; 16:13-34.
15. Villela MM, Souza JB, Mello VP, Azeredo BVM, Dias, JCP. Vigilância entomológica da doença de Chagas na região centro-oeste de Minas Gerais, Brasil, entre os anos de 2000 e 2003. Cad Saú Públ. 2005; 21: 878-886.
16. Freitas ALC, Freitas SPC, Gonçalves TCM, Lima Neto AS. Vigilância Entomológica dos Vetores da Doença de Chagas no Município de Farias Brito, Estado do Ceará-Brasil. Cad Saú Col. 2007; 15:231-240.
17. Silva RA, Bonifácio PR, Wanderley DMV. Doença de Chagas no Estado de São Paulo: comparação entre pesquisa ativa de triatomíneos em domicílio e notificação de sua presença pela população em área sob vigilância entomológica. Rev Soc Bras Med Trop. 1999; 32:653-659.
18. Dias JCP. Problemas e possibilidades de participação comunitária no controle das grandes endemias. Cad Saú Públ. 1999; 14:19-37.
19. Dias JCP, Diotaiuti LG. IWHO/TDR Technical report n. 811: small correction, proposal. Rev Soc Bras Med Trop. 1998; 31:582-583.
20. Gurgel-Gonçalves R, Pereira FCA, Lima IP, Cavalcante RR. Distribuição geográfica, infestação domiciliar e infecção natural de triatomíneos (Hemiptera: Reduviidae) no Estado do Piauí, Brasil, 2008. Rev Pan-Amaz Saúd. 2008; 1: 57-64.
21. Silveira AC, Vinhaes M. Doença de Chagas: Aspectos epidemiológicos e de controle. Rev Soc Bras Med Trop. 1998; 31:15-60.
22. Sarquis O, Sposina R, Oliveira TG, MacCord JR, Cabello PH, Borges-Pereira J, Lima MM. Aspects of peridomestic ecotopes in rural areas of Northeastern Brazil associated to triatomine (Hemiptera, Reduviidae) infestation, vectors of Chagas disease. Mem Inst Oswaldo Cruz. 2006; 101:143-147.
23. Diotaiuti L, Faria Filho OF, Carneiro FCF, Dias JCP, Pires HHR, Schofield CJ. Aspectos operacionais do controle do *Triatoma brasiliensis*. Cad de Saúde Públ. 2000; 16:61-67.
24. Costa J, Lorenzo M. Biologia, diversidade e estratégias para o monitoramento e controle de vetores de doenças triatomíneos-chagásicos. Mem Inst Oswaldo Cruz. 2009; 7:46-51.
25. Carvalho DM, Gomes WS. Distribuição de triatomíneos hemíptera, reduviidae, triatominae nos municípios da mesorregião sul do estado do Ceará, no período de 2010 a 2012. Cad ESP-Escola Saúde Pública do Ceará. 2014; 8:30-7.
26. Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos. – Rio de Janeiro: PANAFTOSA-VP/OPAS/OMS, 2009.
27. Campbell-Lendrum DH, Angulo WM, Esteban L, Tarazona Z, Parra GJ, Restrepo M, Guhl F, Pinto N, Aguilera G, Wilkinson P, Davies CR. House-level risk factors for triatomine infestation in Colombia. Intern Jour of Epidem. 2007; 36: 866-872.
28. Figueiredo JF, Silva LC, Bolognez CA. Influência das agressões ecológicas na migração de triatomíneos (Hemiptera:Reduviidae), para ecótopos artificiais criados pelo homem em municípios do estado do Mato Grosso. Biodiversid. 2008; 6; 52-61.

29. Vazquez-Prokopec GM, Cecere MC, Kitron U, Gürtler RE. Environmental and demographic factors determining the spatial distribution of *Triatoma guasayana* in peridomestic and semi-sylvatic habitats of rural northwestern Argentina. *Med and Veter Entomo.* 2008; 22:273-282.
30. Ferreira RTB, Branquinho MR, Leite PC. Transmissão oral da doença de Chagas pelo consumo do açaí: um desafio para a Vigilância Sanitária. *Vigilância Sanitária em Debate* 2014; 2(4):4-11.
31. Cohen JM, Wilson ML, Cruz-Celis A, Ordoñez R, Ramsey JM. Infestation by *Triatoma pallidipennis* (Hemiptera: Reduviidae: Triatominae) is associated with housing characteristics in Rural Mexico. *Jour of Med Entomo.* 2006; 43: 1251-1260.
32. Sandoval-Ruiz CA, Guevara R, Ibáñez-Bernal S. House hold risk factors associated to infestation of *Triatoma dimidiata*, the Chagas disease vector in central region of Veracruz, México. *Salud Publ de Mexico* 2014; 56: 213-220.
33. Bustamante DM, Urioste-Stone SM, Juárez JG, Pennington PNM. Ecological, social e biological risk factors for continued *Trypanosoma cruzi* transmission by *Triatoma dimidiata* in Guatemala. *PLOS Neglected Tropical Diseases* 2014; 9:1-10.
34. Abad-Franch F, Santos WS, Schofield CJ. Research needs for Chagas disease prevention. *Acta Tropica* 2010; 115: 44-54.
35. Juberg J, Galvão C, Noireau F, Carcavallo RU, Rocha DS, Lent H. Uma Iconografia dos Triatomíneos (Hemiptera: Reduviidae). *Entomol. Vect.* 2004; 11:454-494.
36. Mendes PC, Lima SC, Paula MBC, Souza AA, Rodrigues EAS, Limongi JE. Doença de Chagas e a distribuição espacial de triatomíneos capturados em Uberlândia, Minas Gerais – Brasil. *Rev Bras Geo Méd Saúde.* 2008; 3: 176-204.
37. Rossi JCN. Fatores associados com a ocorrência de triatomíneos em unidades domiciliares de localidades rurais no município de posse, Goiás, Brasil, 2013 [Dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2014.
38. Silva RA, Scandar SAS, Rodrigues VLCC, Cardoso Júnior RP, Sei IA, Wanderley DMV. Cuidados do domicílio pela população em área infestada por *Triatoma sordida*. *Rev Baiana de Saúde Publ.* 2010; 34: 267-278.
39. Gaspe MS, Guervitz JM, Gürtler RE, Dujardin JP. Origins of house reinfestation with *Triatoma infestans* after insecticide spraying in the Argentine Chaco using geometric morphometry. *Infection, Genetics and Evolution.* 2013; 17: 93-100.
40. Hurtado LA, Calzada JE, Pineda V, González K, Santamaría AM, Cáceres, Wald C, Saldaña A. Conocimientos y factores de riesgo relacionados con la enfermedad de Chagas en dos comunidades panameñas donde *Rhodnius pallescens* es el vector principal. *Rev Bioméd.* 2014; 34: 260-270.
41. Forattini OP, Santos JLF, Ferreira OA, Silva EOR, Rabello EX. Aspectos ecológicos da tripanossomíase americana: XVI - dispersão e ciclos anuais de colônias de *Triatoma sordida* e de *Panstrongylus megistus* espontaneamente desenvolvidas em ecótopos artificiais. *Rev Saúde Públ.* 1979; 13: 299-313.
42. Weeks ENI, Cordón-Rosales C, Davies C, Gezan S, Yeo M, Cameron MM. Risk factors for domestic infestation by the Chagas disease vector, *Triatoma dimidiata* in Chiquimula, Guatemala. *Bulletin of Entomological Research Journal.* 2013;103:634-643.

43. Black CL, Ocaña S, Riner D, Costales JÁ, Lascano MS, Davila S, Arcos-Teran L, Seed JR, Grijalva MJ. House hold risk factors for Trypanosoma cruzi seropositivity in two geographic regions of Ecuador. *Journal of Parasitology*. 2007; 93: 12-16.
44. Dias JCP, Macedo VO. Doença de Chagas. In: Coura JR, organizador. Dinâmica das doenças infecciosas e parasitárias. Editora Guanabara Koogan; 2005.
45. Dumonteil E, Nouvellet P, Rosecrans K, Ramirez-Sierra MJ, Gamboaléon R, Cruz-Chan V, Rosado-Vallado M, Gourbière R. Eco-Bio-Social determinants for house infestation by non-domiciliated Triatoma dimidiata in the Yucatan Peninsula, Mexico. *PLOS Neglected Tropical Diseases*. 2013; 7: 1-9.
46. Mendes RS, Santana VL, Jansen AM, Xavier SCC, Rotondando TEF, Souza AP. Aspectos epidemiológicos da doença de Chagas canina. *Pesquisa Veterinária Brasileira*. 2013; 33 (12):1459-1465.
47. Falavigna-Guilherme AN, Santana R, Pavanelli GC, Lorosa ES, Araújo SM. Triatomine infestation and vector-borne transmission of Chagas disease in northwestern and central Paraná, Brazil. *Cad Saúde Públ*. 2004; 20: 1191-200.
48. Aikins MK, Pickering H, Greenwood, BM. Attitudes to malaria, traditional practices and bednets (mosquito nets) as vector control measures: a comparative study in five West African countries. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 1994; 97:81-86.
49. Argolo AN, Felix M, Pacheco R & Costa J. Doença de Chagas e seus principais vetores no Brasil. Editora Imperial Novo Milênio, Rio de Janeiro, Brasil. 2008; 64 pp.
50. **Maeda MH, Gurgel-Gonçalves R.** Conhecimentos e práticas de moradores do Distrito Federal, Brasil, em relação à doença de Chagas e seus vetores. *Revista de Patologia Tropical*. 2012; 41:15-26.
51. Fonseca DV, Vilar ACQ, Lima CMB, Freitas FIS. Estudo soropidemiológico da Doença de Chagas no município de Salgadinho/PB. *Rev Bio Farm*. 2012; 7:82-87.
52. Vaz AJ, Guerra EM, Ferratto LCC, Toledo LAS, Azevedo Neto RS. Positive serology of syphilis, toxoplasmosis and Chagas' disease in pregnant women on their first visit to State Health Centres in a metropolitan area, Brazil. *Rev Saúde Públ*. 1990; 24: 373-379.
53. Botelho CAO, Tomaz CAB, Cunha RV, Botelho MAO, Botelho LO, Assis DM, Pinho DLM. Prevalência dos Agravos Triados no Programa de Proteção à Gestante do Estado de Mato Grosso do Sul de 2004 a 2007. *Rev Patol Trop*. 2008; 37: 341-53.
54. Borges-Pereira AJ, Castro JAF, Silva AR, Zauza PL, Bulhões TP, Gonçalves ME, Almeida ES, Salmito MA, Pereira LRM, Alves Filho FI, Correia-Lima FG, Coura JR. Soroprevalência da infecção chagásica no Estado do Piauí, 2002. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2006; 39:530-539.
55. Gomes Filho C, Macedo Filho JV, Gomes MM, Luquetti AO. Triagem pré-natal ampliada: teste da mamãe. *Vita et Sanitas*. 2009:101-109.
56. Dias JCP. Doença de Chagas. In: Farhat CK, Carvalho LHFR, Succi RC, editores. Atheneu, ed. *Infectologia pediátrica*. 2007:821-49.
57. Cucunuba ZM, Flórez AC, Cárdenas A, Pavía P, Montilla M, Aldana R, Villamizar K, Ríos LC, Nicholls RS, Puerta CJ. Prevalence and risk factors for Chagas disease in pregnant women in Casanare, Colombia. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. 2012; 87:837-42.

58. Câmara AC, Varela-Freire AA, Valadares HM, Macedo AM, D'Ávila DA, Machado CR, Lages-Silva E, Chiari E, Galvão LM. Genetic analyses of *Trypanosoma cruzi* isolates from naturally infected triatomines and humans in northeastern Brazil. *Acta Tropica*. 2010;115:205–11.
59. Martins K, Andrade CM, Barbosa-Silva AN, Nascimento CB, Chiari E, Galvão LMC, Câmara ACJ. *Trypanosoma cruzi* III causing the indeterminate form of Chagas disease in a semi-arid region of Brazil. *International Journal of Infectious Diseases* 2015; 39:68–75.
60. Gontijo ED, Andrade GMQ, Santos SE, Galvão LMC, Pinto FS, Dias JCP, Januário JN. Neonatal screening program for the infection by *Trypanosoma cruzi* in Minas Gerais, Brazil: congenital transmission and tracking of the endemic areas. *Revista de Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2009; 18: 243-254.

# **Consumo de alimentos não saudáveis entre crianças e adolescentes de Pelotas-RS**

*Consumption of unhealthy foods among children and adolescents of Pelotas-RS*

*Consumo de alimentos no saludables entre niños y adolescentes de Pelotas- RS*

Daiane Vieira de Oliveira  
Thaís Burlani Neves  
Caroline Cardozo Bortolotto  
Felipe Fossatti Reichert  
Denise Petrucci Gigante  
Renata Moraes Bielemann

## **RESUMO**

Trata-se de um estudo transversal o qual objetivou descrever o consumo de alimentos não saudáveis e fatores associados entre crianças e adolescentes de Pelotas (RS). Fez parte do estudo amostra representativa de indivíduos de 4 a 10 anos recrutados em 2010. O consumo alimentar na última semana foi avaliado pelo Formulário de Marcadores de Consumo do SISVAN, sendo considerado consumo regular a ingestão em três ou mais dias da semana. Realizou-se análise multivariável e hierarquizada, por regressão de Poisson, considerando sexo e idade das crianças/adolescentes, idade e escolaridade materna, renda familiar, estado nutricional e tempo assistido de TV como co-variáveis. Em 2010, foram encontradas 239 crianças e, em 2012, 157 foram acompanhados (65,7% da meta). Em comparação a 2010, a amostra diferiu apenas quanto à idade materna. Mais de 40% dos jovens consumiram regularmente bolacha/biscoito doce (43,7%) e refrigerante (51,3%). As meninas ( $p=0,003$ ) e aqueles indivíduos com maior renda familiar ( $p=0,048$ ) relataram maior consumo de embutidos. Filhos de mães menos escolarizadas consumiram mais alimentos embutidos e bolacha/biscoito salgado. Encontrou-se elevado consumo de alimentos não saudáveis entre crianças e adolescentes de Pelotas, sendo a escolaridade materna um importante determinante da ingestão alimentar dos jovens.

**Palavras-chave:** Consumo alimentar; Fatores de risco; Criança; Adolescente.

## **ABSTRACT**

This is a cross-sectional study which aimed to describe the consumption of unhealthy foods and associated factors among children and adolescents in Pelotas (RS). A representative sample of 4 to 10 year olds recruited in 2010 was part of the study. Food consumption in the last week was evaluated by the SISVAN Consumption Markers Form, and intake was considered as regular intake on three or more days of the week. A multivariate and hierarchical analysis was performed, by Poisson regression, considering the sex and age of the children / adolescents, maternal age and schooling, family income, nutritional status and assisted TV time as covariates. In 2010, 239 children were found, and in 2012, 157 were followed up (65,7% of the target). Compared to 2010, the sample differed only in terms of maternal age. More than 40% of young people regularly consumed biscuits / cookies (43,7%) and refrigerants (51,3%). Girls ( $p = 0,003$ ) and those with higher family income ( $p = 0,048$ ) reported higher consumption of sausages. Children of less educated mothers consumed more food and crackers / crackers. There

was a high consumption of unhealthy foods among children and adolescents in Pelotas, and maternal schooling is an important determinant of the dietary intake of the young.

**Keywords:** Food consumption; Risk factors; Child; Teenager.

## RESUMEN

Se trata de un estudio transversal que objetivó describir el consumo de alimentos no saludables y factores asociados entre niños y adolescentes de Pelotas (RS). El consumo de alimentos en la última semana fue evaluado por el Formulario de Marcadores de Consumo del SISVAN, siendo considerado consumo regular la ingestión en tres o más días de la semana. Se realizó un análisis multivariable y jerarquizado, por regresión de Poisson, considerando sexo y edad de los niños / adolescentes, edad y escolaridad materna, ingreso familiar, estado nutricional y tiempo asistido de TV como covariables. En 2010, se encontraron 239 niños y, en 2012, 157 fueron acompañados (65,7% de la meta). En comparación con 2010, la muestra sólo se diferenció en cuanto a la edad materna. Más del 40% de los jóvenes consumieron regularmente galletas dulces (43,7%) y refrigerante (51,3%). Las niñas ( $p = 0,003$ ) y aquellos individuos con mayor ingreso familiar ( $p = 0,048$ ) relataron mayor consumo de embutidos. Los hijos de madres menos escolarizadas consumieron más alimentos embutidos y galletas / galletas saladas. Se encontró un elevado consumo de alimentos no saludables entre niños y adolescentes de Pelotas, siendo la escolaridad materna un importante determinante de la ingestión alimentaria de los jóvenes.

**Palabras clave:** Consumo de alimentos; Factores de riesgo; Niño; Adolescente.

## INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT's) são responsáveis por 63% das mortes no mundo e 72% das mortes no Brasil<sup>1</sup>. Dentre os fatores de risco para o desenvolvimento das DCNT's, as características comportamentais são os principais determinantes, sendo estas por exemplo, a inatividade física e sedentarismo, a alimentação inadequada, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas e o tabagismo. Estes fatores, modificáveis e diretamente ligados com o estilo de vida atual da população, são alvos de intervenções de políticas públicas de saúde<sup>1,2</sup>.

A preocupação com a ocorrência dos fatores descritos acima ocorre desde cedo na vida, uma vez que a prevalência de excesso de peso no Brasil é de 33,5% e 20,5% entre crianças e adolescentes, respectivamente<sup>3</sup>. Ainda, Dishchekenian *et al.*, ao avaliarem o padrão alimentar de adolescentes já obesos observaram associação positiva entre o consumo de alimentos padrão *Fast Food* (cafeteria, hambúrguer, maionese, bolacha, bolos e tortas, chocolate e refrigerantes) e alterações lipídicas (colesterol total e LDL) e hipertensão arterial, demonstrando que este padrão alimentar relaciona-se com a obesidade, índice aterogênico elevado e hipertensão arterial<sup>4</sup>.

A relação da má alimentação com o surgimento precoce de doenças crônicas é preocupante uma vez que, segundo Bezerra *et al.*, alimentos como salgadinhos fritos e assados, pizzas, sanduíches, bebidas alcoólicas e refrigerantes estão entre os mais consumidos por adolescentes e adultos durante as refeições realizadas fora do lar<sup>5</sup>. Na mesma direção, a Pesquisa Nacional da Saúde Escolar (PeNSE) de 2015 ao avaliar o consumo alimentar entre estudantes com idades de 13 a 17 anos, observou que entre 27% e 42% dos adolescentes consumiam guloseimas, salgados ultraprocessados e refrigerantes em pelo menos cinco dias da semana. Ainda, a mesma pesquisa apontou que em torno de 17% dos estudantes realizavam suas refeições em restaurantes especializados em *fast-foods*<sup>6</sup>.

Considerando que a formação dos hábitos alimentares tem seu início na infância, sendo determinada ao longo da vida por diversos fatores como a cultura, hábitos alimentares dos pais, mídia e caracterização socioeconômica da família<sup>7,8</sup>, o aprendizado adquirido na infância sobre os alimentos tem influência nas escolhas alimentares durante toda a vida do indivíduo<sup>9</sup>. Dessa forma, crianças com uma dieta com alta ingestão de alimentos gordurosos e baixo consumo de vegetais e frutas tenderiam a manter esse padrão na puberdade<sup>10</sup>.

Diante disso, o consumo de alimentos não saudáveis na infância e adolescência é preocupante tanto para o momento presente quanto para o futuro, de forma que conhecer a distribuição do consumo destes alimentos e os fatores a ele associados faz-se importante. Sendo assim, o objetivo do presente estudo é descrever o consumo de alimentos não saudáveis entre crianças e adolescentes de Pelotas, RS, bem como apresentar as características sociodemográficas e comportamentais associadas.

## **METODOLOGIA**

Foi conduzido um estudo transversal, de base populacional, na cidade de Pelotas, RS. Esse estudo ocorreu dentro de um projeto de avaliação longitudinal de avaliação da atividade física em crianças e adolescentes O município, com população estimada de 342.873 habitantes no ano de 2015<sup>11</sup>, tem 93% da população morando na área urbana<sup>12</sup> e produto interno bruto estimado em R\$17.353,15 per capita<sup>13</sup>.

Em 2010, foi realizado estudo transversal com crianças de idade entre 4 e 10 anos, residentes na cidade de Pelotas, selecionadas por amostragem de múltiplos estágios, sendo a última unidade de seleção os domicílios existentes nos setores censitários amostrados. Nesse primeiro momento, as variáveis coletadas para o estudo foram sexo e idade da criança, idade e



escolaridade da mãe e renda da família. O estudo de 2010 objetivava a avaliação da atividade física dessas crianças.

Em 2012, retornou-se às residências destas crianças para uma nova coleta de dados cujo intuito foi de investigar a relação entre cognição e atividade física de maneira longitudinal. Por esse motivo, foram incluídas no estudo de 2012 todas as crianças que em 2010 apresentavam dados válidos na medida objetiva de atividade física (acelerometria) utilizada. Tanto em 2010 quanto em 2012, os critérios para a exclusão do estudo consistiram em crianças que apresentaram alguma deficiência mental ou física que impossibilitasse a prática de atividades motoras, crianças cujas mães apresentassem alguma incapacidade mental que a impossibilitasse de responder ao questionário, crianças institucionalizadas durante a realização do trabalho de campo (hospitais, lares para crianças, orfanatos, etc.).

Além das principais características objetivadas acima citadas, o acompanhamento de 2012 avaliou outras questões de saúde das crianças/adolescentes, estando entre elas o consumo alimentar. O consumo de alimentos não saudáveis nos últimos 7 dias foi avaliado a partir do Formulário de Marcadores de Consumo de indivíduos com 5 anos de idade ou mais, disponibilizado pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)<sup>14</sup>. As crianças e adolescentes foram entrevistadas com base no consumo de: 1) Alimentos fritos (batata-frita, batata de pacote e salgados fritos como: coxinha, quibe, pastel, etc.); 2) Alimentos embutidos: hambúrguer e embutidos (salsicha, mortadela, salame, presunto, linguiça, etc.); 3) Bolachas/biscoitos salgados, incluindo salgadinhos de pacote; 4) Bolachas/biscoitos doces, incluindo bolachas/biscoitos recheados, doces, balas e chocolates (em barra ou bombom); 5) Refrigerante (não considerando diet ou light). No novo guia alimentar não há recomendação de frequência de consumo alimentar, neste estudo considerou-se consumo regular desses alimentos a ingestão em três ou mais dias da semana anterior à entrevista devido melhor distribuição dos dados. Em 2010, os chefes das famílias foram questionados sobre a renda familiar (incluindo salários e recebimento de aluguéis, aposentadorias ou pensões por todos os moradores), a qual foi coletada de forma contínua e, posteriormente, classificada em tercís. Ainda, as mães (preferencialmente) ou responsáveis pelas crianças foram entrevistadas quanto ao seu nível de escolaridade e idade, bem como a idade e sexo da criança.

Em 2012 as mães das crianças ou adolescentes foram questionadas sobre o tempo que os mesmos passavam assistindo televisão habitualmente durante a semana e aos finais de semana, obtendo-se uma medida estimada de média de horas diárias assistindo televisão. Ainda, foi utilizada balança *Tanita® BC-558 Ironman Segmental Body Composition Monitor*, com capacidade máxima de 150kg e precisão de 100g para aferição do peso corporal e estadiômetro

de madeira, fabricado localmente para este fim, com precisão de 1mm, para aferição da estatura. As medidas antropométricas foram realizadas por entrevistadoras treinadas por nutricionista. Os dados de massa corporal e estatura foram analisados no software Anthro Plus seguindo o critério da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 2007<sup>15</sup> para avaliação do estado nutricional a partir do escore-z do índice de massa corporal (IMC) para idade e sexo, sendo escore-z <-3 magreza acentuada, < -2 magreza,  $\geq -2$  e < 1 adequado,  $\geq 1$  e < 2 sobrepeso e  $\geq 2$  obesidade<sup>16</sup>.

As análises foram conduzidas no pacote estatístico Stata 14.0. Inicialmente, foram realizadas análises descritivas para caracterizar a amostra estudada e demonstradas as frequências absolutas e relativas das variáveis sociodemográficas, variáveis de exposição e de desfecho através do teste Qui-quadrado de heterogeneidade para realizar a comparação entre as crianças do ano de 2010 e 2012. As variáveis com valor-p <0,20 na análise bivariada foram incluídas na análise multivariada no modelo hierárquico, o qual foi composto por dois níveis, sendo inseridas no primeiro nível as variáveis sociodemográficas e no segundo nível as variáveis comportamentais. Além disso, as análises multivariáveis foram realizadas por meio da regressão de Poisson com variância robusta, para obtenção das estimativas de efeito ajustadas para possíveis fatores de confusão. Foram consideradas diferenças estatisticamente significativas aquelas cujo valor-p foi menor que 5%.

Foi solicitada assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido para todas as mães anteriormente à realização das entrevistas. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas.

## **RESULTADOS**

Em 2010, foram entrevistadas 369 crianças, dessas, considerando os critérios adotados para avaliação da atividade física por acelerometria, 239 (64,8%) apresentaram dados válidos. Destas 239, apenas 157 delas foram encontradas e entrevistadas em 2012 (65,7% da meta). Os dados sociodemográficos das crianças e adolescentes entrevistadas em 2012, bem como a comparação com as características da amostra original localizada em 2010 são apresentados na Tabela 1. Em ambas as visitas, cerca de 52% foi do sexo masculino, a maioria eram filhos de mães com idade entre 30 e 39 anos ao primeiro acompanhamento, cerca de 40% eram filhos de mães com 5 a 8 anos de escolaridade. O percentual localizado em 2012 não diferiu quanto a idade em 2010. Já com relação à renda, em 2010, cerca de 20% das crianças e adolescentes

pertenciam ao tercil de renda mais alta (3º tercil), enquanto em 2012, aproximadamente 25% das crianças e adolescentes pertenciam a este mesmo tercil de renda. Em 2012, cerca de 31% das crianças e adolescentes apresentavam excesso de peso. Ainda, três quartos da amostra assistiam televisão duas horas ou mais por dia. Em 2012, entrevistou-se menor proporção de crianças/adolescentes cujas mães tinham idade inferior a 40 anos em 2010 do que a proporção localizada no primeiro acompanhamento. Não houve diferença estatisticamente significativa entre as amostras de 2010 e 2012 para as demais características apontadas.

A distribuição do consumo de alimentos não saudáveis nos sete dias anteriores à entrevista é apresentada na Figura 1. Percebe-se que 17%, 26% e 39% das crianças/adolescentes apresentaram consumo regular de alimentos fritos, embutidos e biscoito/bolacha salgada na última semana, respectivamente. Os dois alimentos com maior proporção de crianças/adolescentes com consumo em três ou mais dias na última semana foram a bolacha/biscoito doce e o refrigerante, com consumo regular de aproximadamente 44% e 51%, respectivamente.

Observa-se na Figura 2 que respectivamente 27,9% e 20,9% das crianças/adolescentes consumiram um e dois dos grupos dos alimentos considerados não saudáveis na última semana pelo menos três vezes na semana. Além disso, o consumo de três grupos ou mais de alimentos, dos cinco grupos avaliados no estudo foi em torno de 30%.

Na Tabela 2 verifica-se a associação entre características sociodemográficas e a prevalência de consumo em três ou mais dias na semana dos alimentos não saudáveis estudados. Não foi observada significância estatística para a maioria das associações investigadas. Entretanto, o consumo de alimentos embutidos foi estatisticamente maior entre as crianças/adolescentes do sexo feminino – 34,3% ( $p=0,027$ ). O consumo de bolacha/biscoito salgado, em três ou mais dias, na semana foi maior pelas crianças/adolescentes filhos de mães com menor escolaridade (0 a 4 anos) – 53,1% ( $p=0,013$ ) e o consumo de refrigerantes foi maior entre crianças/adolescentes filhos de mães mais jovens (<30 anos) – 68,6% ( $p=0,043$ ).

Após o ajuste para as variáveis sociodemográficas e comportamentais por nível hierárquico (Tabela 3), percebeu-se que o consumo de alimentos embutidos em três ou mais dias na semana foi 17% maior nas meninas (IC95% = 1,06 – 1,29), já naqueles filhos de mães com escolaridade de 5 a 8 anos e 9 anos ou mais, respectivamente, houve uma proteção de consumo regular de alimentos embutidos de 12% e 32% em relação aos de menor escolaridade (IC95% = 0,77 – 1,00 e IC95% = 0,74 – 0,91, respectivamente). Ainda sobre o consumo de embutidos, aqueles pertencentes às famílias dos tercis mais altos de renda apresentaram um risco de 1,14 e 1,18 em relação aos do primeiro tercil (IC95% = 1,01 – 1,30 e IC95% = 1,02 –

1,37, respectivamente). O consumo de bolacha/biscoito salgado apenas mostrou associação para escolaridade materna mostrando uma proteção ao consumo regular desses alimentos naqueles filhos de mães com maior escolaridade. Por fim, o consumo de refrigerante pelos filhos de mães mais com 30 a 39 anos foi menor em 17% e 11% em relação aos filhos de mães com menos de 30 anos (IC95% = 0,73 – 0,94).

## DISCUSSÃO

O presente estudo encontrou elevado consumo de alimentos não saudáveis por crianças e adolescentes moradoras em cidade de médio porte do sul do Brasil. Ressalta-se o hábito de consumo de refrigerantes nesta amostra, uma vez que menos de 10% dos jovens não consumiu a bebida na última semana. Ainda, o consumo de bolachas e biscoitos, sejam doces ou salgados, foram altamente frequentes ao considerar que em torno de 40% das crianças e adolescentes apresentaram consumo regular de tais alimentos na semana anterior à entrevista. Embora o consumo de alimentos embutidos e fritos tenha sido menor em relação aos demais, ressalta-se que menos da metade dos jovens investigados não consumiu esses tipos de alimentos na última semana. A idade e escolaridade maternas foram as características que apresentaram maior associação com o consumo de alimentos considerados não saudáveis. Filhos de mães mais jovens consumiram mais refrigerantes, em relação aos filhos de mães do grupo intermediário, da mesma forma que filhos de mães com menor escolaridade apresentaram maior prevalência de consumo regular de bolacha/biscoito salgado e alimentos embutidos, em relação àquelas crianças/adolescentes filhas de mães com maior escolaridade. Chamou a atenção também que crianças e adolescentes dos tercis mais altos de renda apresentaram maior consumo de alimentos embutidos quando comparados aos indivíduos pertencentes ao tercil menor de renda.

Cerca de 17% e 26% das crianças e adolescentes do presente estudo apresentaram consumo de alimentos fritos e embutidos, respectivamente, em três ou mais dias da última semana. Da mesma forma, *Tavares et al.*<sup>17</sup> ao avaliarem a alimentação de adolescentes de 13 a 17 anos, no Rio de Janeiro, através de questionário de frequência alimentar qualitativo, observaram prevalência de consumo em cinco ou mais dias da semana de aproximadamente 9% e 16% para batata frita e/ou alimentos fritos e embutidos, respectivamente. Embora que o presente estudo apresente valores mais elevados para o consumo de alimentos fritos e embutidos, em ambos os estudos percebe-se elevado consumo desses alimentos por jovens.

Em relação à bolacha/biscoito salgado consumido em três dias ou mais na mesma semana, *Santos et al.*<sup>18</sup> encontraram uma prevalência de 25% de consumo em 4 dias ou mais na semana por estudantes com 17 a 19 anos na Bahia. Ainda, em consonância a este estudo, a pesquisa realizada na Bahia encontrou prevalência de consumo de biscoito em quatro ou mais dias na semana apenas um pouco inferior (26%)<sup>18</sup>.

O mesmo estudo citado acima encontrou que biscoitos doces e refrigerantes foram consumidos por 27% e 35% dos jovens investigados, respectivamente, durante quatro ou mais dias por semana<sup>18</sup>, sendo bastante similar ao observado na amostra estudada em questão. Em contrapartida, prevalências inferiores de consumo em todos os dias da semana desses mesmos alimentos foi observada por *Pérez et al.*<sup>19</sup>. Entretanto vale ressaltar que esse estudo foi realizado com universitários, população com hábitos de vida e de alimentação diferentes da estudada. Ainda sobre alimentos ricos em açúcar, *Neutzling et al.*<sup>20</sup>, observaram que aproximadamente 35% de escolares com idades entre 13 e 14 anos da mesma cidade deste estudo, consumiam bolos ou biscoitos doces até duas vezes na semana. Dessa forma, é possível observar que biscoitos doces, bolos e biscoitos salgados fazem parte do hábito alimentar da maioria de crianças e adolescentes, demonstrando elevada prevalência da alimentação inadequada entre essa população.

Aproximadamente 18% das crianças e adolescentes do presente estudo consumiram 3 grupos de alimentos considerados não saudáveis, pelo menos 3 vezes na semana, nos últimos 7 dias anteriores à entrevista, indicando hábitos alimentares inadequados em indivíduos nesta faixa etária. Em concordância com este estudo, *Maia et al.*<sup>21</sup>, ao avaliarem o consumo alimentar de adolescentes com 13 e 14 anos observou entre esse grupo elevada frequência de consumo de alimentos marcadores de uma alimentação não saudável, como frituras, embutidos, biscoitos salgados e doces, guloseimas e refrigerante. Estes achados demonstram que alimentos denominados não saudáveis fazem parte do cotidiano e rotina alimentar dos adolescentes no país, sendo consumidos com bastante frequência<sup>22</sup>.

O consumo alimentar pode ser determinado por diversos fatores, entre eles estão os fatores biológicos, econômicos, sociais e a oferta/disponibilidade dos alimentos<sup>23</sup>. Dentro de um contexto socioeconômico, a renda familiar determina o acesso e a disponibilidade dos alimentos na residência<sup>23</sup> o que pode estar ligado ao fato de que no presente estudo a renda familiar, além da idade da mãe e sua escolaridade, foi um dos componentes que estiveram associados ao elevado consumo de alimentos não saudáveis pelas crianças/adolescentes. Diante disso, crianças e adolescentes dos grupos intermediário e mais alto de renda demonstraram maior consumo de alimentos embutidos do que os jovens de famílias com menor renda.

Entretanto, estudo realizado na Espanha, com crianças e adolescentes, demonstrou que jovens de menor nível econômico apresentavam um maior consumo de doces e alimentos ricos em gorduras além de associar-se a um menor nível de escolaridade materna<sup>24</sup>.

Além da renda familiar, a idade materna, como citada anteriormente, também se apresentou associada ao consumo dos alimentos considerados não saudáveis. Dessa forma, filhos de mães mais velhas (30 a 39 anos) apresentaram menor ingestão de refrigerantes. Pode-se levantar como hipótese para o achado o maior consumo de refrigerantes pelas próprias mães das crianças e adolescentes que estão na faixa etária mais jovem, como o observado em outro estudo com adultos da mesma cidade<sup>25</sup>, sendo este hábito possível a ser seguido pela prole. Em contrapartida, *Silva et al.*<sup>26</sup> encontraram que crianças menores de cinco anos, filhas de mães com idade entre 40-49 anos consumiram mais refrigerante e sucos artificiais do que os filhos de mães mais jovens, discordando dos resultados aqui mostrados.

A escolaridade materna, além das variáveis independentes citadas, também se mostrou associada ao consumo de alimentos considerados não saudáveis. Diante disso, filhos de mães com menor escolaridade apresentaram maior prevalência de consumo de bolacha/biscoito salgado e alimentos embutidos. No mesmo sentido, *Michereff et al.*<sup>27</sup>, ao avaliarem a qualidade da dieta de escolares, observaram que filhos de mães com menor escolaridade apresentaram menor prevalência de dieta de boa qualidade, quando comparadas com filhos de mães com maior escolaridade. Diante disso, pode-se relacionar um menor conhecimento sobre a importância e o conceito de uma alimentação adequada e saudável a menor escolaridade dessas mães<sup>27</sup>. Em contrapartida, *Sparrenberger et al.*<sup>28</sup> e *Neto et al.*<sup>29</sup>, ao analisarem o consumo alimentar de crianças e adolescentes encontraram maior consumo de alimentos não saudáveis entre aqueles filhos de mães com maior escolaridade.

Não foram encontradas associações significativas entre o consumo de alimentos considerados não saudáveis pelas crianças/adolescentes e estado nutricional (excesso de peso) e tempo assistindo TV igual ou superior a duas horas. *Frutoso et al.*<sup>30</sup>, ao avaliarem crianças e adolescentes de 7 a 14 anos em São Paulo, detectaram associações estatisticamente significativas entre apresentar excesso de peso e consumir alimentos como, biscoitos, refrigerantes, salgadinhos industrializados, doces e chocolates, em frente à TV. Do mesmo modo, *Enes e Lucchini*<sup>31</sup>, ao avaliarem adolescentes de 10 a 19 anos em São Paulo, observaram associações estatisticamente significativas entre permanecer mais tempo em frente à TV e consumo excessivo de açúcares e doces e refrigerantes. Uma possível explicação para o estudo não ter encontrado associação significativa entre consumo alimentar e excesso de peso e assistir

televisão, como talvez seria esperado, pode ser devido à pequena proporção de crianças encontradas em 2012, impossibilitando que algumas associações esperadas fossem observadas.

Como limitação do estudo ressalta-se a causalidade reversa, pois crianças/adolescentes com excesso de peso podem estar ingerindo menos alimentos não saudáveis em consequência da sua condição nutricional e não dispomos de informações do estado nutricional na primeira visita realizada à amostra. Além disso, esta amostra não foi planejada especificamente para a avaliação do consumo alimentar e sim de acordo com o monitoramento da atividade física por medida objetiva em relação à avaliação cognitiva justificando o fato apenas da inclusão de crianças com medida válida da acelerometria em 2010. Sendo assim, o poder para a análise estatística deste estudo pode não ter sido adequado para algumas variáveis, o que pode ser um fator contribuinte para ausência de associações significativas. Porém, mesmo com um tamanho reduzido de crianças e adolescentes encontrados em 2012 foram encontradas algumas associações importantes.

O percentual de perdas de acompanhamento foi elevado (apenas 42,5% dos amostrados em 2010 foram captados em 2012). Sobre isso, porém, cabe salientar que a amostra em 2012 diferiu apenas em relação à maior proporção de jovens filhos de mães mais velhas, refletindo boa aleatorização nas perdas e recusas, o que pode assim não afetar as estimativas médias encontradas de consumo. Como ponto forte deve ser considerada a amostragem de base populacional ocorrida em 2010 e a dificuldade logística enfrentada em 2012 com o fim de buscar a representatividade garantida anteriormente pelo uso de procedimentos de amostragem complexos de base domiciliar, com participação de todos os perfis sociodemográficos. Ainda, salienta-se a utilização de instrumento anteriormente preconizado pelo SISVAN para avaliação do consumo alimentar na comunidade à época do estudo, permitindo que o panorama da alimentação de crianças/adolescente fosse descrito.

## **CONCLUSÃO**

Encontrou-se elevado consumo de alimentos não saudáveis entre crianças e adolescentes de Pelotas, chamando-se especialmente a atenção para o alto consumo semanal de refrigerantes, sendo que outras bebidas açucaradas não foram investigadas. As associações demonstraram a importância das características sociodemográficas na observação do perfil alimentar das faixas etárias jovens, embora a alimentação e nutrição seja um problema inerente a todos os perfis populacionais. Ressalta-se a importância de estimular crianças/adolescentes

para uma alimentação saudável e adequada com a intenção de diminuir o consumo de alimentos ultraprocessados, ricos em gordura, sódio e açúcar e assim prevenir, em curto e longo prazo, a ocorrência de morbidades.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. 1ª ed. Brasília: MS, 2011. Série B. Textos Básicos de Saúde.
2. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). *Vigilância em Saúde*. Brasília: CONASS, 2007.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: Antropometria e Estado Nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.
4. Dishchekian VRM, Escrivão MAMS, Palma D, Ancona-Lopez F, Araújo EAC, Taddei JAAC. Padrões alimentares de adolescentes obesos e diferentes repercussões metabólicas. *Rev Nutr*. 2011; 24(1):17-29.
5. Bezerra IN, Souza AM, Pereira RA, Sichieri R. Consumo de alimentos fora do domicílio no Brasil. *Rev Saúde Públ*. 2013; 47(1Supl):200S-11S
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa nacional de saúde do escolar (PeNSE), 2015. Coordenação de População e Indicadores Sociais*. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.
7. Valle JMN, Euclides MP. A Formação dos hábitos alimentares na infância: uma revisão de alguns aspectos abordados na literatura nos últimos dez anos. *Revista APS* 2007; 10(1): 56-65.
8. Vaz DSS, Bennemann RM. Comportamento alimentar e hábito alimentar: uma revisão. *Rev. UNINGÁ Review* 2014; 20(1):108-112.
9. Madruga SW, Araújo CLP, Bertoldi AD, Neutzling MB. Manutenção dos padrões alimentares da infância à adolescência. *Rev. Saúde Públ*. 2012; 46 (2):376-86.
10. Wang Y, Bentley ME, Zhai F, Popkin BM. Tracking of dietary intake patterns of Chinese from childhood to adolescence over a six-year follow-up period. *J Nutr* 2002; 132(3):430-8.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2015*. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Sinopse do Censo Demográfico 2010*. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Produto Interno Bruto dos Municípios para o período de 2010-2013 (série revisada)*. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. [acessado 2016 Set 15]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=431440&idtema=152&search=rio-grande-do-sul|pelotas|produto-interno-bruto-dos-municipios-2013>
14. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) na assistência à saúde*. Brasília: MS, 2008
15. World Health Organization (WHO). *AnthroPlus software. Software to monitor the growth of school-age children and adolescents in the world*. Geneva: WHO, 2007. [acessado 2016 Set 12]. Disponível em: <http://www.who.int/growthref/tools/en/>



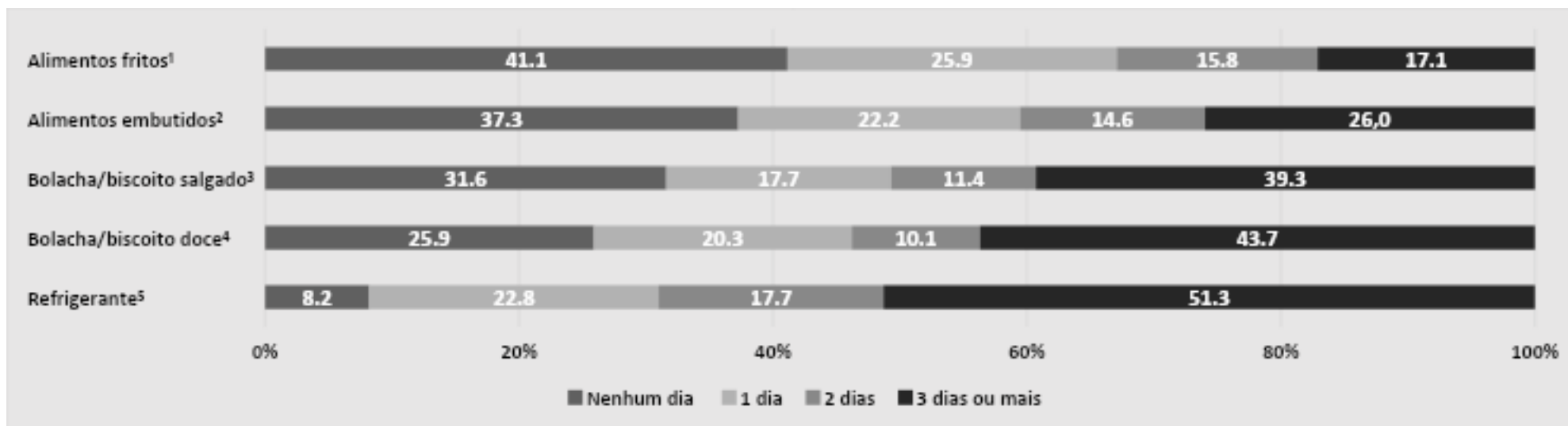
16. World Health Organization (WHO). *Growth reference data for 5-19 years*. Geneva: WHO, 2007. [acessado 2016 Set 12]. Disponível em: <http://www.who.int/growthref/en/>
17. Tavares LF, Castro IRR, Levy RB, Cardoso LO, Passos MD, Brito FSB. Validaderelativa de práticas alimentares da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar entre adolescentes do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2014; 30(5):1029-1041.
18. Santos JS, Costa MCO, Nascimento Sobrinho CL, Silva MCM, Souza KEP, Melo BO. Perfil antropométrico e consume alimentar de adolescents de Teixeira de Freitas – Bahia. *Rev Nutr.* 2005; 18(5):623-632.
19. Pérez PMP, Castro IRR, Franco AS, Bandoni DH, Wolkoff DB. Práticas alimentares de estudantes costistas e não costistas de uma universidade pública brasileira. *Cien Saúde Colet* 2016; 21(2):531-542.
20. Neutzling MB, Assunção MCF, Malcon MC, Hallal PC, Menezes AMB. Hábitos alimentares de escolares adolescentes de Pelotas, Brasil. *Rev Nutr.* 2010; 23(3):379-388.
21. Maia RP, Kubo SEAC, Gubert MB. Diferenças no consumo alimentar de adolescentes na Região Centro-Oeste e outras regiões brasileiras. *Demetria* 2014; 9(1): 147-162.
22. Souza AM, Pereira RA, Yokoo EM, Levy RB, Sichieri R. Alimentos mais consumidos no Brasil: Inquérito Nacional de Alimentação 2008-2009. *Rev Saúde Pública* 2013; 47(1 Supl): 190S-9S
23. Estima CCP, Philippi ST, Alvarenga MS. Fatores determinantes de consumo alimentar: por que os indivíduos comem o que comem? *Rev Bras Nutr Clin* 2009; 24(4): 263-8.
24. Aranceta J, Pérez-Rodrigo C, Ribas L, Serra-Majem LI. Sociodemographic and lifestyle determinants of food patterns in Spanish children and adolescents: the enKid study. *Eur J Clin Nutr* 2003; 57(1Suppl): S40-4.
25. Rombaldi AJ, Neutzling MB, Silva MC, Azevedo MR, Hallal PC. Fatores associados ao consumo regular de refrigerante não dietético em adultos de Pelotas, RS. *Rev. Saúde Públ.* 2011; 45(2):382-390.
26. Silva NVP, Muniz LC, Vieira MFA. Consumo de refrigerantes e sucos artificiais por crianças menores de cinco anos: uma análise da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, 2006. *Nutrire: rev Soc Bras Alim Nutr* 2012; 37(2):163-173.
27. Michereff ALP, Tachini L, Mezadri T, Höfelmann DA. Associação da qualidade da dieta com as características do ambiente familiar em escolares de Itajaí-SC. *O Mundo da Saúde*, 2014; 38(3): 296-305.
28. Sparrenberger K, Friedrich RR, Schiffner MD, Schuch I, Wagner MB. Ultra-processed food consumption in children from a Basic Health Unit. *J Pediatr.* 2015; 91(6): 535-542.
29. Neto ACB, Andrade MIS, Lima VLM, Diniz AS. Peso corporal e escores de consumo alimentar em adolescentes no nordeste brasileiro. *Rev Paul Pediatr.* 2015; 33(3): 318-325.
30. Frutuoso MFP, Bismarck-Nasr EM, Gambardella AMD. Redução do dispêndio energético e excesso de peso corporal em adolescentes. *Rev Nutr.* 2003; 16(3):257-263.
31. Enes CC, Lucchini BG. Tempo excessivo diante da televisão e sua influência sobre o consumo alimentar de adolescents. *Rev Nutr.* 2016; 29(3):391-399.

**Tabela 1.** Descrição das características sociodemográficas das crianças e adolescentes acompanhadas em 2010 e 2012. Pelotas, RS, 2016.

Variáveis	2010	2012	Valor p*
	N (%)	N (%)	
<b>Sexo</b>			0,783
Masculino	192 (52,0)	83 (52,9)	
Feminino	177 (48,0)	74 (47,1)	
<b>Idade</b>			0,168
6 e 7 anos	103 (27,9)	29 (18,5)	
8 e 9 anos	89 (24,1)	38 (24,2)	
10 e 11 anos	109 (29,5)	45 (28,7)	
12 e 13 anos	68 (18,5)	45 (28,6)	
<b>Idade materna</b>			<0,001
<30 anos	103 (28,0)	35 (22,4)	

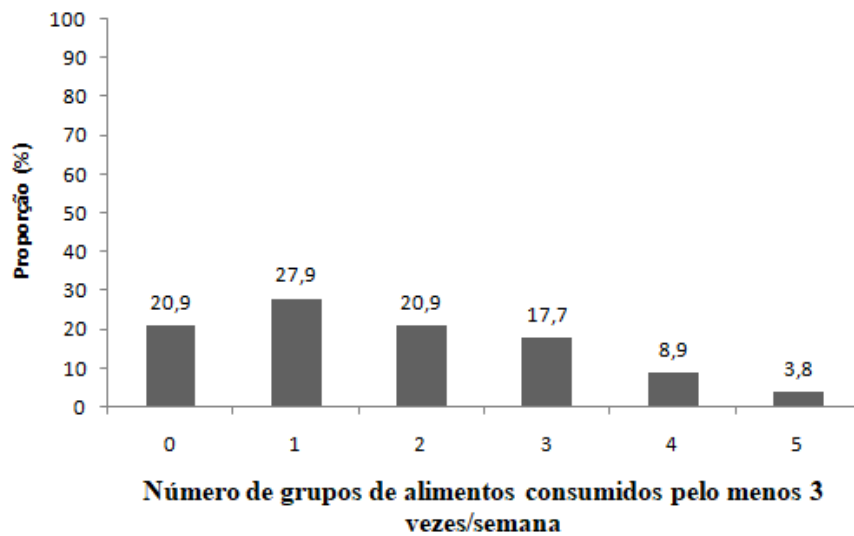
30-39 anos	169 (45,9)	61 (39,1)	
≥40 anos	96 (26,1)	60 (38,5)	
<b>Escolaridade materna</b>			0,740
0 a 4 anos	64 (17,4)	31 (19,9)	
5 a 8 anos	150 (40,7)	63 (40,4)	
9 a 11 anos	107 (29,1)	43 (27,6)	
≥ 12 anos	47 (12,8)	19 (12,2)	
<b>Renda (tercis)</b>			0,207
1° tercil	133 (36,3)	56 (36,0)	
2° tercil	129 (35,3)	62 (39,7)	
3° tercil	104 (20,4)	38 (24,4)	
<b>Estado nutricional</b>			
Baixo IMC para idade/Eutrofia		107 (68,6)	
Excesso de peso		49 (31,4)	
<b>Tempo assistido de TV</b>			
<2 horas/dia		40 (25,5)	
≥2 horas/dia		117 (74,5)	

\*Teste Qui-quadrado de Pearson para heterogeneidade



<sup>1</sup>batata-frita, batata de pacote e salgados fritos (coxinha, quibe, pastel) <sup>2</sup>hambúrguer e embutidos (salsicha, mortadela, salame, presunto e linguiça) <sup>3</sup>Incluindo salgadinhos de pacote <sup>4</sup>Incluindo bolacha recheada, doces, balas e chocolates (em barra ou bombom) <sup>5</sup>Sem considerar os diets ou light.

**Figura 1.** Distribuição da amostra estudada, em 2012, de acordo com o consumo em três dias ou mais, de alimentos considerados não saudáveis, na última semana (N=157)



**Figura 2.** Distribuição da amostra estudada, em 2012, de acordo com o número de grupos de alimentos consumidos, considerados não saudáveis, nos últimos sete dias. (N=157).

**Tabela 2.** Prevalência de consumo em três dias ou mais da semana, de alimentos considerados não saudáveis segundo característica demográfica, socioeconômica e comportamental. Pelotas, RS, 2016.

Variáveis	Grupo do Alimento									
	Alimentos fritos <sup>1</sup>		Alimentos embutidos <sup>2</sup>		Bolacha/biscoito salgado <sup>3</sup>		Bolacha/biscoito doce <sup>4</sup>		Refrigerante <sup>5</sup>	
	N (%)	Valor p*	N (%)	Valor p*	N (%)	Valor p*	N (%)	Valor p*	N (%)	Valor p*
<b>Sexo</b>		0,283		0,027		0,324		1,000		0,521
Masculino	11 (13,3)		15 (18,1)		29 (34,9)		36 (43,4)		45 (54,2)	
Feminino	15 (20,6)		25 (34,3)		32 (43,8)		32 (43,8)		35 (48,0)	
<b>Idade</b>		0,789		0,562		0,427		0,754		0,910
6 e 7 anos	7 (24,1)		9 (31,0)		15 (51,7)		12 (41,4)		15 (51,7)	
8 e 9 anos	6 (15,8)		12 (31,6)		16 (42,1)		18 (47,4)		19 (50,0)	
10 e 11 anos	7 (15,6)		10 (22,2)		15 (33,3)		17 (37,8)		25 (55,6)	
12 e 13 anos	7 (15,9)		9 (25,6)		16 (36,4)		21 (47,7)		21 (47,7)	
<b>Idade materna</b>		0,430		0,547		0,436		0,784		0,043
< 30 anos	6 (17,1)		7 (20,0)		17 (48,6)		17 (48,6)		24 (68,6)	
30-39 anos	8 (12,9)		15 (24,2)		22 (35,5)		26 (41,9)		26 (41,9)	
≥40 anos	13 (21,7)		18 (30,0)		22 (36,7)		25 (41,7)		31 (51,7)	
<b>Escolaridade materna</b>		0,334		0,152		0,013		0,442		1,000
0 a 4 anos	5 (15,6)		12 (37,5)		17 (53,1)		17 (53,1)		17 (53,1)	
5 a 8 aos	14 (22,6)		16 (25,8)		28 (45,2)		26 (41,9)		32 (54,6)	
9 anos ou mais	8 (12,7)		12 (19,1)		16 (25,4)		25 (39,7)		32 (50,8)	
<b>Renda (tercís)</b>		0,583		0,328		0,348		0,289		0,349
1º tercil (mais pobre)	8 (14,6)		11 (20,0)		25 (45,5)		27 (49,1)		25 (45,5)	
2º tercil	13 (20,6)		17 (27,0)		25 (39,7)		29 (46,0)		37 (58,7)	
3ºtercil	5 (12,8)		13(33,3)		12 (30,8)		13 (33,3,)		19 (48,7)	
<b>Estado nutricional</b>		0,651		0,079		0,293		0,729		0,414
Baixo IMC para idade/Eutrofia	19 (17,8)		32 (29,9)		45 (42,1)		48 (44,9)		56 (52,3)	

Excesso de peso	7 (14,3)		8 (16,3)		16 (32,7)		20 (40,8)		24 (49,0)	
<b>Tempo assistido de TV</b>		0,810		0,678		0,235		0,460		0,714
<2 horas/dia	6 (15,0)		9 (22,5)		12 (30,0)		15 (37,5)		22 (55,0)	
≥ 2 horas/dia	21 (18,1)		31 (26,7)		50 (43,1)		53 (45,7)		58 (50,0)	

<sup>1</sup> batata-frita, batata de pacote e salgados fritos (coxinha, quibe, pastel) <sup>2</sup> hambúrguer e embutidos (salsicha, mortadela, salame, presunto e linguiça) <sup>3</sup> Incluindo salgadinhos de pacote <sup>4</sup> Incluindo bolacha recheada, doces, balas e chocolates (em barra ou bombom) <sup>5</sup> Sem considerar os diets ou light. \*teste Qui-quadrado de Pearson para heterogeneidade

**Tabela 3.** Razão de Prevalência do consumo em três dias ou mais da semana, de alimentos considerados não saudáveis segundo característica demográfica, socioeconômica e comportamental. Pelotas, RS, 2016.

Variáveis	Grupos de Alimentos									
	Alimentos fritos <sup>1</sup>		Alimentos embutidos <sup>2</sup>		Bolacha/biscoito salgado <sup>3</sup>		Bolacha/Biscoito doce <sup>4</sup>		Refrigerante <sup>5</sup>	
	RP (IC95%)	Valor p*	RP (IC95%)	Valor p*	RP (IC95%)	Valor p*	RP (IC95%)	Valor p*	RP (IC95%)	Valor p*
<b>Sexo</b>		0,080		0,003		0,163		0,518		0,584
Masculino	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
Feminino	1,09 (0,99-1,21)		1,17(1,06-1,29)		1,08 (0,97-1,20)		1,03 (0,93-1,15)		0,97 (0,88-1,08)	
<b>Idade</b>		0,902		0,394		0,362		0,655		0,924
6 e 7 anos	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
8 e 9 anos	0,97 (0,83-1,14)		1,01 (0,87-1,17)		0,94 (0,80-1,11)		1,04 (0,88-1,24)		1,03 (0,89-1,21)	
10 e 11 anos	0,94 (0,80-1,11)		0,92 (0,80-1,06)		0,87 (0,74-1,02)		0,97 (0,82-1,15)		1,05 (0,90-1,22)	
12 e 13 anos	0,96 (0,82-1,12)		0,91 (0,78-1,06)		0,91 (0,77-1,07)		1,05 (0,89-1,24)		1,01 (0,86-1,19)	
<b>Idade materna</b>		0,163		0,534		0,594		0,687		0,017
<30 anos	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
30-39 anos	0,96 (0,83-1,09)		1,03 (0,91-1,18)		0,94 (0,81-1,08)		0,94 (0,81-1,09)		0,83 (0,73-0,94)	
≥40 anos	1,07 (0,92-1,23)		1,08 (0,94-1,23)		0,93 (0,81-1,07)		0,95 (0,82-1,10)		0,89 (0,79-1,02)	
<b>Escolaridade materna</b>		0,586		0,007		0,011		0,448		0,787
0 a 4 anos	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
5 a 8 anos	1,05 (0,90-1,21)		0,88 (0,77-1,00)		0,93 (0,80-1,08)		0,92 (0,79-1,07)		0,96 (0,83-1,11)	
9 anos ou mais	0,98 (0,85-1,11)		0,68 (0,74-0,91)		0,80 (0,68-0,94)		0,91 (0,78-1,07)		0,95 (0,82-1,10)	
<b>Renda (tercis)</b>		0,390		0,048		0,871		0,304		0,136
1º tercil (mais pobre)	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
2º tercil	1,07 (0,95-1,21)		1,14 (1,01-1,30)		1,01 (0,89-1,16)		1,02 (0,89-1,15)		1,12 (1,00-1,27)	



3ºtercil	0,98 (0,85-1,13)		1,18 (1,02-1,37)		0,98 (0,85-1,14)		0,91 (0,78-1,06)		1,04 (0,90-1,21)	
<b>Estado nutricional</b>		0,620		0,168		0,392		0,491		0,352
Baixo IMC para idade/Eutrofia	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
Excesso de peso	0,97 (0,87-1,08)		0,91 (0,82-1,01)		0,95 (0,84-1,07)		0,98 (0,87-1,10)		0,95 (0,85-1,06)	
<b>Tempo assistido de TV</b>		0,738		0,981		0,131		0,700		0,675
<2 horas/dia	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
≥ 2 horas/dia	1,00 (0,98-1,03)		1,01 (0,89-1,15)		1,02 (0,99-1,06)		1,03 (0,90-1,17)		0,97 (0,87-1,10)	

<sup>1</sup> batata-frita, batata de pacote e salgados fritos (coxinha, quibe, pastel); <sup>2</sup> hambúrguer e embutidos (salsicha, mortadela, salame, presunto e linguiça); <sup>3</sup> Incluindo salgadinhos de pacote; <sup>4</sup> Incluindo bolacha recheada, doces, balas e chocolates (em barra ou bombom); <sup>5</sup> Sem considerar os diet ou light. RP: razão de prevalência; IC: Intervalo de confiança. \*Regressão de Poisson com ajuste para variância robusta.

# Um Estudo sobre a Síndrome de *Burnout* em Policiais Militares do 6º Regimento de Polícia Montada, RS, Brasil<sup>1</sup>.

*A Study on Burnout Syndrome in Military Police Officers of the 6th Mounted Police Regiment, RS, Brazil.*

*Un Estudio sobre el Síndrome de Burnout en Policías Militares del 6º Regimiento de Policía Montada, RS, Brasil.*

Paulo Ricardo Argiles de Souza  
Giovandro Loreto Laus  
João Serafim Tusi da Silveira  
Daniel Knebel Baggio  
Juliana da Fonseca Capssa Lima Sausen

**RESUMO: Objetivo:** O objetivo deste estudo é verificar se há incidência de sintomas da Síndrome de *Burnout* – doença laboral multidimensional resultante de estresse constante devido à Exaustão Emocional, à Despersonalização e ao Envolvimento Pessoal no Trabalho – entre policiais militares que atuam no 6º Regimento de Polícia Montada da Polícia Militar do Estado do Rio Grande do Sul (RS), no município de Dom Pedrito, Brasil. **Métodos:** Os recursos metodológicos empregados na pesquisa incluem abordagem quali-quantitativa, objetivos descritivos e exploratórios; e procedimentos técnicos de levantamento, tipo *survey* e de estudo de campo envolvendo uma amostra de 45 servidores. O questionário para coleta de dados segue a ferramenta denominada *Malasch Burnout Inventory* e consiste em caracterizar o perfil dos participantes, buscando elementos que identifiquem comportamentos relacionados à atividade laboral e à manifestação de sintomas da doença. No tratamento quantitativo dos dados é empregada a estatística descritiva e a análise fatorial. **Resultados e Conclusão:** Os resultados encontrados evidenciam a não ocorrência da Síndrome de *Burnout*, porém em virtude do alto nível de estresse e sobrecarga de trabalho observado, os referidos servidores podem ser considerados passíveis de desenvolver futuramente anomalias relacionadas à síndrome, visto que a mesma possui características multifatoriais e patologia relacionadas ao ambiente de trabalho.

**Palavras-chave:** Comportamento Organizacional, Prática de Recursos Humanos, Polícia Militar, Síndrome de *Burnout*.

**ABSTRACT: Objective:** The objective of this study is to verify if there is incidence of *Burnout* Syndrome symptoms - multidimensional occupational disease resulting from constant stress due to Emotional Exhaustion, Depersonalization and Personal Involvement at Work - between military police officers who act in the 6th Regiment of Mounted Police of the Military Police of the State of Rio Grande do Sul (RS), in the municipality of Dom Pedrito, Brazil. **Methods:** The methodological resources used in the research include qualitative-quantitative approach, descriptive and exploratory objectives; and technical survey procedures, survey type and field study involving a sample of 45 servers. The questionnaire for data collection follows the tool

---

<sup>1</sup> O presente estudo é resultado de Projeto de Pesquisa do Grupo de Pesquisa de Métodos Aplicados à Gestão Organizacional (MAGO)/URI. O presente estudo foi realizado sem o amparo de financiamento externo organizacional.

called Malasch Burnout Inventory and consists of characterizing the profile of the participants, searching for elements that identify behaviors related to the work activity and the manifestation of symptoms of the disease. In the quantitative data treatment, descriptive statistics and factorial analysis are used. **Results and Conclusion:** The results show that there is no Burnout Syndrome, but due to the high level of stress and overload observed, these servers can be considered as potentially developing anomalies related to the syndrome, since it has multifactorial features and pathology related to the work environment.

**Keywords:** Organizational Behavior, Human Resources Practice, Military Police, *Burnout Syndrome*.

**RESUMEN: Objetivo:** El objetivo de este estudio es verificar si hay incidencia de síntomas del Síndrome de Burnout - enfermedad laboral multidimensional resultante de estrés constante debido a la Extracción Emocional, a la Despersonalización y al involucramiento personal en el trabajo - entre policías militares que actúan en el sexto regimiento La Policía de la Policía Militar del Estado de Rio Grande do Sul (RS), en el municipio de Dom Pedrito, Brasil.

**Métodos:** Los recursos metodológicos empleados en la investigación incluyen abordaje cualitativo, objetivos descriptivos y exploratorios; y procedimientos técnicos de levantamiento, tipo *survey* y de estudio de campo involucrando una muestra de 45 servidores. El cuestionario para recolección de datos sigue la herramienta denominada *Malasch Burnout Inventory* y consiste en caracterizar el perfil de los participantes, buscando elementos que identifiquen comportamientos relacionados con la actividad laboral y la manifestación de síntomas de la enfermedad. En el tratamiento cuantitativo de los datos se emplea la estadística descriptiva y el análisis factorial. **Resultados y Conclusión:** Los resultados encontrados evidencian la no ocurrencia del Síndrome de *Burnout*, pero en virtud del alto nivel de estrés y sobrecarga de trabajo observado, dichos servidores pueden ser considerados capaces de desarrollar en el futuro anomalías relacionadas con el síndrome, ya que la misma posee características multifactoriales y patología relacionadas con el ambiente de trabajo.

**Palabras clave:** Comportamiento Organizacional, Práctica de Recursos Humanos, Policía Militar, Síndrome de *Burnout*.

## INTRODUÇÃO

Ao longo da história da humanidade passou-se a observar o ambiente, as condições do trabalho e as suas influências na saúde dos trabalhadores, primeiramente física e atualmente mental. Desde a antiguidade já se reconhecia a existência de doenças associadas ao trabalho e hoje a preocupação com a relação entre as doenças e as atividades laborativas ganha gradativamente novos adeptos em vários segmentos.

Nos dias atuais, o trabalho ocupa uma função predominante na vida das pessoas, sendo um elemento importante na formação da identidade. Diante disso, é de suma importância que as organizações proporcionem as condições necessárias e adequadas de trabalho para o exercício de cada função. Nesse sentido, a competição acirrada e o maior nível de exigência por parte do trabalhador fazem com que os profissionais estejam cada vez mais vulneráveis a pressões e

cobranças extremamente exageradas, que lhes são impostas pelos cargos que ocupam. A consequência de tudo isso é a ocorrência de diversos problemas de saúde, ocasionando absenteísmos e a abdução do trabalho.

As contínuas transformações que vêm ocorrendo, tanto no cenário econômico quanto no aspecto político e social, têm exercido grande influência na saúde dos trabalhadores. O excesso de trabalho, somado a controles internos ineficazes, recompensas não condizentes com a função exercida, desigualdades sociais, falta de união e conflitos organizacionais, são eventos que afetam o bem-estar físico e mental desses indivíduos<sup>1</sup>. Isso os torna mais vulneráveis ao surgimento do estresse e também da Síndrome de *Burnout*, podendo vir a afetar diretamente a performance individual e o desempenho organizacional como um todo.

O *Burnout* é uma doença ocupacional já reconhecida no Brasil, constando no anexo referente aos agentes patogênicos motivadores de doenças profissionais<sup>2</sup>, nos termos da Lei nº 8213<sup>3</sup> e no Decreto nº 3048<sup>4</sup>, no âmbito da Previdência Social.

A Síndrome de *Burnout*, ou síndrome do esgotamento profissional, é ligada ao estresse decorrente do sentimento de fraqueza e impotência que pode acometer o trabalhador durante o exercício de sua atividade laboral<sup>5</sup>, podendo atingir profissionais de diversas áreas, sendo mais susceptíveis aqueles ligados a atividades onde haja necessidade de maior contato interpessoal<sup>6</sup>.

Essa doença está diretamente relacionada ao trabalho, exposição procrastinada, estressores laborais e falta de apoio social, situações que geram enfraquecimento físico e psíquico do ser humano<sup>7</sup>. Importante, ainda, destacar que *Burnout* não se caracteriza como um problema pessoal e exclusivo do trabalhador, mas sim, do ambiente social onde este se encontra inserido<sup>8</sup>.

Tal fato tem relação com a má adaptação do indivíduo ao seu ambiente de trabalho, carga emocional elevada, estresse e frustração em relação a si mesmo e à função que exerce. Além disso, a presença de *Burnout* prejudica a qualidade do serviço prestado<sup>9</sup> e traz consequências para a vida do trabalhador para além do contexto do trabalho, tais como depressão, absenteísmo, presenteísmo, e dificuldades nas relações familiares e sociais<sup>10</sup>.

Nesse contexto, o presente trabalho trata da investigação da existência, ou não, de sintomas da Síndrome de *Burnout* entre policiais militares lotados no 6º Regimento de Polícia Montada,

que atuam no município de Dom Pedrito RS, Brasil, a partir da observação de determinadas características comportamentais do referido grupo e de sintomas apontados pelos profissionais.

## **ASPECTOS TEÓRICO-EMPÍRICOS**

### **Síndrome de *Burnout***

O *Burnout* é uma expressão inglesa que significa “queimar-se” ou “consumir-se pelo fogo”, utilizada pela ligação metafórica com o estado de exaustão emocional, o “estar consumido”, fenômeno vivenciado mais frequente e intensamente por algumas categorias profissionais<sup>11</sup>.

A partir das publicações de Freudenberg em 1974, iniciaram-se os estudos sobre o *Burnout*, ou desgaste profissional<sup>12</sup>. Nesses estudos, os autores relatam a experiência da exaustão de energia a que os voluntários e os profissionais, em tarefas assistenciais e de ajuda, eram submetidos; sentindo-se, conseqüentemente, sobrecarregados pelos problemas dos pacientes.

A primeira publicação específica sobre a Síndrome de *Burnout* no Brasil deve-se à França e Rodrigues<sup>13</sup>, porém Lipp<sup>14</sup> já citara a doença em seus estudos sobre o estresse. Segundo Lipp<sup>14</sup>, “o estresse pode ter origem em fontes externas e internas: as fontes internas estão relacionadas com a maneira de ser do indivíduo, tipo de personalidade e seu modo típico de reagir à vida”.

Muitas vezes, não é o conhecimento em si que se torna estressante, mas a maneira como é interpretado pela pessoa. Os estressores externos podem estar relacionados com exigências do dia a dia do indivíduo, problemas de trabalho, familiares, sociais, morte ou doenças de um filho, perda de uma posição na empresa, não concessão de um objetivo de trabalho, perda de dinheiro ou dificuldades econômicas, notícias ameaçadoras, assaltos e violências das grandes cidades. Frequentemente o estresse ocorre em função dos diversos tipos de cargos que a pessoa exerce.

Benevides-Pereira<sup>15</sup> inclui em suas obras, características típicas dessa síndrome em um grupo de psicólogos. Provavelmente, o aspecto mais preponderante tenha ocorrido em 1996, quando na Regulamentação da Previdência Social a doença foi considerada como um agente patogênico causador de doença profissional.

O Decreto nº 3048 (1999), inerente à Previdência Social, considera a síndrome do esgotamento profissional ou síndrome de *Burnout* como doença do trabalho<sup>16</sup>. O termo “*burn*” significa queima, enquanto “*out*” significa exterior, sugerindo que a pessoa com esse tipo de patologia consome-se física e emocionalmente, apresentando um comportamento agressivo.

A Síndrome de *Burnout* é um evento psicossocial ligado diretamente à situação laboral, em que o sujeito busca a realização pessoal através do trabalho. No entanto, nem sempre isso ocorre pois, a atividade produtiva não se desenvolve individualmente, mas num contexto social, onde deve existir equilíbrio entre a saúde mental individual e a coletiva<sup>16</sup>.

*Burnout* é considerado, ainda, um dos mais significativos desdobramentos do estresse resultante da atividade profissional, sendo apontado como o preço a ser pago pelo trabalhador por sua dedicação ao cuidar de outras pessoas<sup>17</sup>.

A Síndrome de *Burnout* é caracterizada pela dedicação exagerada à atividade profissional desempenhada pelo indivíduo<sup>15</sup>, podendo este apresentar variados sintomas físicos, psíquicos, comportamentais e defensivos (Quadro 1).

**Quadro 1.** Sintomas da Síndrome de *Burnout*

<b>Físicos</b>	<b>Comportamentais</b>
Fadiga constante e progressiva	Negligência ou excesso de escrúpulos
Distúrbios do sono	Irritabilidade
Dores musculares ou osteomusculares	Incremento da agressividade
Cefaleias, enxaquecas	Incapacidade para relaxar
Perturbações gastrointestinais	Dificuldade na aceitação de mudanças
Imunodeficiência	Perda de iniciativa
Transtornos cardiovasculares	Aumento do consumo de substâncias
Distúrbios do sistema respiratório	Comportamento de alto risco
Disfunções sexuais	Suicídio
Alterações menstruais em mulheres	

Fonte: Benevides-Pereira (2002, p. 44).

A Síndrome de *Burnout* é considerada, também, uma resposta crônica aos estressores interpessoais, ocasionada em situações de trabalho, sendo um fenômeno psicossocial constituído de três dimensões independentes, porém relacionadas, tais como: a Exaustão Emocional, a Despersonalização e a Baixa Realização Profissional<sup>18</sup>.

A primeira dimensão, a Exaustão Emocional, é caracterizada pela ausência ou carência de energia ou entusiasmo e também por um sentimento de esgotamento de recursos, ou seja, o indivíduo sente-se incapaz de oferecer além do que lhe é proposto. Está intimamente

relacionada ao estresse ocupacional, tendo como sintomas: dificuldade de atenção, insônia, lapsos de memória, problemas cardiovasculares, ansiedade, depressão e outras.

Quanto à segunda dimensão, a Despersonalização, está relacionada à situação em que o profissional começa a tratar clientes, colegas e a própria organização de forma diferente, distante e impessoalmente, mostrando-se uma pessoa insensível e cínica. Essa conduta revela-se uma ação defensiva ao *Burnout*.

Por fim, na terceira dimensão, a Baixa Realização Profissional (BRP), o trabalhador se auto avalia de forma negativa, sentindo-se consternado e insatisfeito com seu desenvolvimento profissional, sentindo desejo de abandonar seu trabalho, comprometendo de forma significativa a capacidade produtiva da organização<sup>18,19</sup>.

Foi com base nessas três dimensões que, em meados da década de 80, Maslach e Jackson<sup>20</sup> propuseram a elaboração de um questionário uniforme denominado *Malasch Burnout Inventory* (MBI), que se tornou referência para o estudo do *Burnout*. Essa ferramenta tem formato auto administrável em escala de *Likert*, possibilitando que os indivíduos investigados sejam avaliados em relação às respostas a sete alternativas, desde “nunca” até “todos os dias”, levando em consideração a constância ou não de determinadas emoções experimentadas.

Contudo, o MBI sofreu algumas alterações a partir da década de 90, quando sua concepção se expandiu para outras áreas do conhecimento, não ficando atrelado somente às aplicações na área da saúde, porém mantendo inalterada sua estrutura tri fatorial (exaustão, despersonalização e perda da autoeficácia) alinhada a cada área de atuação profissional<sup>21</sup>.

Na Classificação Internacional de Doenças (CID-10)<sup>22</sup>, a Síndrome de *Burnout* é representada pelo código Z73, referindo-se a “problemas relacionados com a organização de seu modo de vida; esgotamento; acentuação de traços de personalidade; falta de repouso e de lazer; *stress*; habilidades sociais inadequadas; conflito sobre o papel social; limites impostos às atividades por invalidez; e outros”.

Com base nos aspectos apresentados, verifica-se, por conseguinte, que a Síndrome de *Burnout* afeta os vários segmentos da vida dos sujeitos acometidos pela mesma, provocando um bom número de limitações e prejuízos em diversos aspectos.

## Estresse

Originado do latim, o termo *stress* foi aplicado pela primeira vez com sentido psicológico, no século XVIII<sup>23</sup>. Mas foi em 1926, através de Hans Selye, estudante de medicina, que o termo foi usado pela primeira vez na área da saúde. Selye percebeu que diversas pessoas estavam sofrendo de inúmeras doenças físicas e apresentavam sintomas como fadiga, desânimo, falta de apetite e hipertensão. Em 1936, Selye, já formado em endocrinologia, usou o termo *stress* para caracterizar uma síndrome produzida por vários agentes nocivos, enfatizando a resposta não específica do organismo a situações debilitantes e enfraquecedoras que o levavam a adoecer.

Desta forma, o estresse contínuo relacionado ao trabalho constitui um importante fator determinante dos transtornos depressivos e de outras doenças, tais como síndrome metabólica, síndrome da fadiga crônica, distúrbios do sono, diabetes e a Síndrome de *Burnout*.

O *Burnout* e o estresse não são sinônimos, pois o estresse é a manifestação de adaptação temporária, já o *Burnout* transcende esse processo de adaptação<sup>21</sup>. O estresse caracteriza-se por profundas alterações físicas e mentais do indivíduo, sendo um processo temporário de adaptação; e o *Burnout* é a resposta a um estado prolongado de estresse e ocorre quando os métodos de enfrentamento falharam ou foram insuficientes<sup>24</sup>. Enquanto o estresse pode apresentar aspectos positivos e negativos, o *Burnout* tem sempre um caráter negativo.

Resumidamente, *Burnout* tem sido considerado como uma forma de estresse laboral ou ainda como a intensificação da sintomatologia própria do estresse. É sem dúvida o papel temporal, relacional e as consequências do *Burnout* que o diferenciam do estresse. Esta base relacional tem origem na tensão emocional e nos recursos de enfrentamento que o indivíduo utiliza nas inter-relações presentes nas mais diversas situações de trabalho<sup>24</sup>.

O estresse ocupacional no modelo de vida atual tornou-se uma importante fonte de preocupação e é reconhecido como um dos riscos mais sérios ao bem-estar psicossocial do indivíduo<sup>25</sup>. O processo de estresse ocupacional, para Spector<sup>26</sup>, dá-se de acordo com as dimensões envolvidas no processo. Segundo este pesquisador, um fator estressante no ambiente de trabalho é um fator que exige a adaptabilidade do empregado. Neste sentido, o desgaste no trabalho envolverá provavelmente uma reação negativa do funcionário.



Os tipos de desgastes podem ser de três categorias: reações psicológicas (envolvem respostas muitas vezes emocionais, entre elas a ansiedade e a frustração); reações físicas (dores de cabeça, problemas físicos e doenças como o câncer); e reações comportamentais, que incluem a utilização de substâncias psicoativas, tanto lícitas quanto ilícitas (fumo, álcool, drogas, acidentes no trabalho e comportamentos contraproducentes)<sup>26</sup>.

## **Caracterização da Instituição Pesquisada**

A Polícia Militar foi concebida no Brasil sobre dois pilares fundamentais: a disciplina e a hierarquia. Isso a torna uma organização complexa com feixes de interesses que bloqueiam a capacidade de resistência à mudança, tornando-a resistente ao tempo e aos fatos<sup>27</sup>.

O 6º Regimento de Polícia Montada (6º RPMon) é uma unidade militar operacional de polícia ostensiva, sediada na cidade de Bagé/RS. A unidade está diretamente subordinada ao Comando Regional de Polícia Ostensiva da Região Fronteira Oeste (CRPO – FO) que, por sua vez, está localizado na cidade de Santana do Livramento/RS.

De acordo com o organograma da unidade, o 6º RPMon é responsável pelas ações regionais de polícia ostensiva e preventiva nas cidades de Bagé, Candiota, Aceguá, Hulha Negra, Santana da Boa Vista, Lavras do Sul, Caçapava do Sul e Dom Pedrito.

O 6º RPMon possui quadro funcional com 585 postos, porém o efetivo é de 320 servidores de diferentes graduações. Estes profissionais atuam no policiamento ostensivo e no preventivo orgânico motorizado, em atividades de patrulhamento escolar, patrulhamento tático rural, operações especiais, serviço de inteligência e guarda externa de estabelecimentos prisionais.

Diante da elevada demanda de trabalho e da excessiva tensão e estresse a que são submetidos esses profissionais, busca-se com este estudo avaliar as condições psicológicas dos mesmos e identificar se há evidência de sintomas da Síndrome de *Burnout* e qual o seu grau de incidência.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

Na realização da pesquisa adota-se a abordagem quali-quantitativa para identificação, levantamento e análise dos principais fatores envolvidos com as condições psicológicas dos servidores lotados no 6º RPMon, no município de Dom Pedrito/RS.

O enfoque é considerado qualitativo, na medida em que a interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são fundamentais no processo de investigação. E quantitativo, porque envolve a tradução de opiniões e informações em números, e a sua classificação e análise empregando técnicas estatísticas<sup>28,29</sup>.

A pesquisa, segundo os seus objetivos, é exploratória e descritiva<sup>30</sup>. Exploratória, porque intenciona explicitar aspectos importantes relacionados às condições psicológicas dos servidores lotados no 6º RPMon, por intermédio de levantamento bibliográfico e de opiniões dos policiais militares. Descritiva, por intencionar a apuração de opiniões, atitudes e crenças, mediante o emprego de questionário e da observação sistemática de uma amostra da população investigada.

Ainda, seguindo a ótica de Gil<sup>30</sup>, quanto aos procedimentos técnicos, a pesquisa caracteriza-se como bibliográfica, de levantamento (tipo *survey*) e de estudo de campo.

Bibliográfica, porquanto é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros, revistas e artigos científicos sobre a temática em questão.

Levantamento (*survey*) através de questionário, para conhecer o perfil dos servidores amostrados e a sua postura diante de aspectos relacionados à exaustão emocional, à despersonalização e ao envolvimento pessoal no trabalho – cujos dados, uma vez processados quantitativamente, subsidiam as constatações e considerações pertinentes.

Estudo de campo, porque busca aprofundar o conhecimento dos principais aspectos inerentes à Síndrome de *Burnout*, por intermédio da observação direta das atividades dos integrantes do grupo pesquisado e de informações prestadas pelos mesmos.

A pesquisa de campo teve participação de 45 dos 48 policiais militares lotados na unidade investigada, que responderam, nos meses de abril e maio de 2016, ao questionário construído conforme o modelo do MBI<sup>20</sup> e complementado com questões de perfil dos respondentes.

O MBI foi traduzido para o português por Benevides-Pereira<sup>15</sup> e objetiva estimar a ocorrência da Síndrome de *Burnout* por intermédio de 16 questões distribuídas em três fatores

– Exaustão Emocional, Despersonalização e Envolvimento Pessoal no Trabalho – cujas respostas são ponderadas pela participação relativa no conjunto das mesmas. Altos escores em exaustão e despersonalização, assim como baixos escores em eficácia profissional sinalizam a ocorrência de *Burnout*<sup>31</sup>.

Os dados coletados foram tabulados no Microsoft Excel e submetidos às análises estatística e fatorial no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0.

## RESULTADOS

Na amostra levantada predominam os servidores com idade acima de 40 anos (57,8%), seguidos pelos de 25 a 40 anos (42,2%); 86,7% são do sexo masculino, enquanto apenas 13,3%, são do sexo feminino; 88,9% são casados, dos quais 80,0% tem filhos; 80,0% não exercem cargos de chefia, os quais são ocupados pelos demais servidores (Tabela 1).

**Tabela 1** – Perfil dos entrevistados

Variáveis	Especificação	Número	%
Idade	Acima de 40 anos	26	57,80
	De 25 a 40 anos	19	42,20
Gênero	Feminino	6	13,30
	Masculino	39	86,70
Estado Civil	Casado (a)	40	88,90
	Separado (a)	2	4,40
	Solteiro (a)	3	6,70
Tem Filhos	Não	9	20,00
	Sim	36	80,00
Exerce Função de Chefia	Não	36	80,00
	Sim	9	20,00
Tempo de Serviço	Até 10 anos	14	31,10
	Entre 10 e 20 anos	8	17,80
	Mais de 20 anos	23	51,10
Gosta da Função	Não	2	4,40
	Sim	43	95,60
Escolaridade	Ensino Fundamental	2	4,40
	Completo		

Variáveis	Especificação	Número	%
	Ensino Fundamental Incompleto	2	4,40
	Ensino Médio Completo	24	53,30
	Outro	1	2,20
	Superior Completo	7	15,60
	Superior Incompleto	9	20,00
Já se afastou do trabalho por estresse, sobrecarga ou doença ocupacional	Não	36	80,00
	Sim	9	20,00

Com relação ao tempo de serviço, 51,1% dos respondentes possuem mais de 20 anos de atividade profissional; 95,6% afirmam gostar da função que exercem; 53,3% possuem o ensino médio completo; e 80% nunca se afastaram do trabalho em função de estresse, sobrecarga ou doença ocupacional.

Para avaliar se a matriz de dados possui correlações significativas para uma análise fatorial, procedeu-se com os testes *Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy* (KMO) e *Bartlett's Test of Sphericity*. A Medida de Adequação da amostra situa-se em 0,759, acima do valor mínimo indicado (0,5); e o Teste de Esfericidade de Bartlett indica a rejeição da hipótese nula de não existência de correlações estatisticamente significantes entre as variáveis.

A análise das comunalidades indica que é satisfatória a variância das variáveis (incluídas) compartilhada com a solução, que são todas maiores de 0,5 por questão<sup>32</sup>.

Todas as variáveis apresentam cargas fatoriais elevadas, indicando alta correlação com os respectivos fatores. O coeficiente Alfa de Cronbach indica boa associação entre as variáveis dos constructos Exaustão Emocional e Despersonalização, e excelente associação no que concerne ao Envolvimento Pessoal no Trabalho, segundo classificação<sup>33</sup>, conforme Tabela 2.

**Tabela 2** – Cargas fatoriais e Alfa de Cronbach

Fator	Variável Original	Descrição	Carga Fatorial	Alfa de Cronbach
1 - Exaustão Emocional	(q) 01	Esgotamento emocional	0,805	0,856
	(q) 02	Cansaço ao término do trabalho	0,856	
	(q) 03	Cansaço antes de iniciar o trabalho	0,762	
	(q) 04	Muito esforço na realização das tarefas	0,714	
	(q) 05	Ser referência para as pessoas	0,678	

<b>Fator</b>	<b>Variável Original</b>	<b>Descrição</b>	<b>Carga Fatorial</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>
	(q) 06	Estresse com as pessoas na qual ajudo	0,776	
	(q) 07	Culpado pelos problemas dos outros	0,735	
	(q) 08	Sinto-me mais descrente com a profissão	0,851	
2 - Despersonalização	(q) 09	Desestímulo no trabalho	0,842	
	(q) 10	Salário desproporcional com a função	0,690	0,795
	(q) 11	Falta de amor pelo trabalho realizado	0,718	
	(q) 12	Falta de realização no trabalho	0,769	
3 - Envolvimento pessoal no trabalho	(q) 13	Faço coisas valiosas no trabalho	0,789	
	(q) 14	Contribuo com a corporação	0,706	0,911
	(q) 15	Sou bom naquilo que proponho realizar	0,912	
	(q) 16	Sou bom naquilo que faço	0,877	

A magnitude das assinalações médias em cada fator, segundo a interpretação de Maslach<sup>34</sup>, reflete a sua importância quanto ao diagnóstico da presença da doença: quanto mais baixa a média, menor a incidência do respectivo fator.

Pela Tabela 3, infere-se que a Exaustão Emocional, com média 2,1275, configura um fator indicativo de baixo nível de *Burnout*. No que se refere à Despersonalização, a média de 2,6633, também considerada baixa, sugere não haver descrença entre os servidores quanto às atividades desempenhadas. Já, quanto ao Envolvimento Pessoal no Trabalho, a média de 4,8825 significa que os servidores acreditam ser efetivos na execução de suas atividades, de acordo com a interpretação de Carlotto e Câmara<sup>35</sup>.

**Tabela 3** – Média, mediana e desvio-padrão dos fatores extraídos da análise fatorial

<b>Fator</b>	<b>Média</b>	<b>Mediana</b>	<b>Desvio-padrão</b>
1 - Exaustão Emocional	2,1275	1,625	1,9198
2 – Despersonalização	2,6633	2,3333	2,4030
3 - Envolvimento Pessoal no Trabalho	4,8825	6,0000	1,7150

Das médias dos fatores, pode-se concluir pela ausência da Síndrome de *Burnout* no corpo de militares pesquisados. Não obstante, a dimensão Envolvimento Pessoal no Trabalho tenha registrado uma média elevada, as médias apuradas nos demais fatores são baixas.

## CONCLUSÃO

A Síndrome de *Burnout* tem se caracterizado em anos recentes como um dos maiores problemas psicossociais, causando grande preocupação para a comunidade científica, mas também para as entidades governamentais, educacionais, sindicais e empresariais, devido à severidade de suas consequências, tanto em nível individual quanto organizacional.

Os resultados encontrados na pesquisa realizada junto ao corpo de policiais militares do 6º RPMon) lotados no município de Dom Pedrito, RS, Brasil, evidenciam a não ocorrência da Síndrome de *Burnout*.

Contudo, em virtude do alto nível de estresse e de sobrecarga de trabalho observado, os referidos servidores podem ser considerados passíveis de futuramente desenvolver sintomas e apresentar a síndrome, bem como anomalias relacionadas a esta, visto que a mesma possui características multifatoriais e patologia relacionadas ao ambiente de trabalho que, com suas intercorrências, contribui para a manifestação da doença.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Maslach C, Leiter PM. Fonte de prazer ou desgaste? Guia para vencer o estresse na empresa. Campinas: Papyrus; 1999.
2. Lopes V. O papel do suporte social no trabalho e da resiliência no aparecimento do *Burnout* – um estudo com bombeiros militares [dissertação]. Minas Gerais: Universidade Federal de Uberlândia – UFU; 2010.
3. Brasil. Lei nº. 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os planos de benefícios da Previdência Social e dá outras providências [Internet]. 1991 jul. 24 [acesso em 2017 jun 10]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8213cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8213cons.htm)
4. Decreto nº. 3.048, de 06 de maio de 1999. Aprova o Regulamento da Previdência Social e dá outras providências [Internet]. 1999 mai. 06 [acesso em 2017 set 24]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/d3048.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048.htm)
5. Dutra LB, Aerts D, Alves GG, Câmara SG. A Síndrome de *Burnout* em docentes do ensino superior de instituições privadas de Santarém, PA. *Tempus, actas de saúde colet*, Brasília. 2006 set.; 10(3):115-136.
6. Jesus BM, Silva SR, Carreiro DL, Coutinho LTM, Santos CA, Martins AMEBL, et al. Relação entre a Síndrome de *Burnout* e as condições de saúde entre Militares do Exército. *Tempus, actas de saúde colet*, Brasília. 2006 jun.; 10(2):11-28.
7. Trindade LL, Lautert L. Síndrome de *Burnout* entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(2):274-279.
8. Alkimim CFC, Prado BMP, Carreiro DL, Coutinho LTM, Lima MRR, Martins AMEBL, et al. Fatores associados à Síndrome de *Burnout* entre profissionais intensivistas de hospital universitário. *Tempus, actas de saúde colet*, Brasília. 2014 dez.; 8(4):157-176.
9. Sousa HRO. Síndrome de *Burnout* em equipe de enfermagem que atua na urgência e emergência. *Tempus, actas de saúde colet*, Brasília. 2017 dez.; 11(4):185-196.

10. Perez JO, Dos Santos DR, Dóro MP. A percepção de residentes multiprofissionais da área da saúde sobre o processo de morte. *Tempus, actas de saúde colet*, Brasília. 2017; 11(3):179-192.
11. Schaufeli WB, Maslach C, Marek T. *Burnout: a multidimensional perspective*. In: Schaufeli WB, Maslach C, Marek T. *Professional Burnout: recent developments in theory and research*. New York: Taylor & Francis; 1993. P. 19-32.
12. Moreno-Jiménez B, Garrosa-Hernandez E, Gálvez M, González JL, Benevides-Pereira AMT. A avaliação do Burnout em professores. Comparação de instrumentos: CBP-R e MBI-ED. *Psicologia em Estudo*, Maringá. 2002 jan./jun.; 7(1):11-19.
13. França ACL, Rodrigues AL. *Stress e trabalho: guia básico com abordagem psicossomática*. São Paulo: Atlas; 1997.
14. Lipp M. *Pesquisas sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco*. Campinas: Papirus; 1996.
15. Benevides-Pereira AMT. *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.
16. Moreno FN, Gil GP., Haddad MCL, Vannuchi MTO. Estratégias e intervenções no enfrentamento da Síndrome de *Burnout*. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro. 2011 jan./mar.; 19(1):140-145.
17. Dias JB. *A influência do estresse na qualidade de vida do policial militar [monografia]*. Palmas, Tocantins: Universidade de Brasília; 2012.
18. Maslach C. Job burnout: new directions in research and intervention. *Current Direct in Psychol Science*. 2003; 5(12):189-192.
19. Maslach C, Schaufeli WB. Historical and conceptual development of burnout. In: Schaufeli WB, Maslach C, Marek T. *Professional burnout: recent developments in theory and research*. Washington: Taylor & Francis, 1993. P. 1-18.
20. Maslach C, Jackson SE. The role of sex and family variables in burnout. *Sex Roles*. 1985; 12(7/8):837-851.
21. Santos DLM. *Burnout e Engagement – as duas faces da mesma moeda no destacamento territorial da Guarda Nacional Republicana de Torres Vedras [relatório científico final do trabalho de investigação aplicada]*. Lisboa: Academia Militar; 2012.
22. Classificação Internacional de Doenças – CID 10. Disponível em: <http://www.cid10.com.br/code>
23. Pafaro RC, Martino MMF. Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. *Rev Esc Enferm USP*. 2004; 38(2):152-60.
24. Paganini DD. *Síndrome de Burnout [monografia]*. Criciúma: Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC; 2011.
25. Schmidt DRC, Dantas RAS, Marziale MHP, Laus AM. Estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis. 2009 abr./jun.; 18(2):330-337.
26. Spector PE. *Psicologia nas organizações*. São Paulo: Saraiva; 2012.
27. Silva MB, Vieira SB. O processo de trabalho do Militar Estadual e a saúde mental. *Saúde Soc*. São Paulo. 2008; 17(4):161-170.
28. Acevedo CR, Nohara LJ. *Como fazer monografias: TCC – dissertações – teses*. 4.ed. São Paulo: Atlas; 2013.
29. Prodanov CC, Freitas EC. *Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico*. 2.ed. Novo Hamburgo: Ed. Feevale; 2013.
30. Gil AC. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 5.ed. São Paulo: Atlas; 2010.

31. Schaufeli WB, Martínez IM, Pinto AM, Salanova M, BAKKER AB. Burnout and engagement in university students: A cross-national study. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 2002 set.;33(5):464-481.
32. Latif SA. A Análise Fatorial auxiliando a resolução de um problema real de pesquisa de marketing. *Caderno de pesquisas em administração*. São Paulo; 1994 2º Sem.
33. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. *Análise Multivariada de dados*. 6.ed. Porto Alegre: Bookman; 2009.
34. Maslach C. Burned-out. *Human Behavior*. 1976; 5(9):16-22
35. Carlotto M, Câmara SG. Análise da produção científica sobre a Síndrome de *Burnout* no Brasil. *Psico*, Porto Alegre. 2008 abr./jun.; 39(2):152-158.



# Fatores associados à discriminações em estabelecimentos de saúde no Brasil

## *FACTORS ASSOCIATED WITH DISCRIMINATIONS IN HEALTH ESTABLISHMENTS IN BRAZIL*

### *FACTORES ASOCIADOS A LAS DISCRIMINACIONES EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD ENTRE TRAVESTIS, TRANSEXUALES Y TRANSGÉNEROS EN BRASIL*

*Junior Araujo Sousa  
Taiane Miyake Alves de Carvalho Rocha*

#### **RESUMO**

**Objetivo:** O presente estudo estimou os fatores associados à discriminação sofridas em estabelecimentos de saúde no Brasil. **Métodos:** Estudo Transversal, com dados de 1068 entrevistas entre fevereiro e abril de 2017. **Resultados:** A prevalência de discriminação na vida foi de 77,15%, principalmente entre as pessoas que utilizaram o Sistema Único de Saúde 65,65%. Esteve associado positivamente a ter sofrido discriminação, conforme modelo de Poisson com variância robusta: a identidade atual (RP=1,14, IC=1,04;1,25), ter documentos retificados (RP=1,07, IC=1,04;1,11), ser viúva (RP=1,14, IC=1,05;1,23) e ser cafetina (RP=1,13, IC=1,04;1,22). **Conclusão:** Há alta prevalência de discriminação entre travestis e transexuais, o qual reflete negativamente no acesso aos serviços. Os achados reforçam a necessidade de estratégias de humanizações e capacitações, entre os profissionais, além da educação em saúde.

**Palavras-Chave:** Discriminação; Serviços de saúde; Desigualdades em saúde; Saúde Coletiva.

#### **ABSTRACT**

**Objective:** This study estimated the factors associated with the discrimination suffered in health institutions in Brazil. The present article proposes to estimate the factors associated with discrimination suffered in health care facilities in Brazil. **Methods:** Cross-sectional study, with data from 1068 interviews, between February and April 2017. **Results:** the prevalence of discrimination was 77.15%, especially among people who have used the Unified Health System(SUS) with 65.65%. Been associated positively having suffered discrimination, as Poisson model with robust variance: the current identity (PR = 1.14, CI = 1.04; 1.25), have rectified documents (PR = 1.07, IC = 1.04; 1.11), being a widow (PR= 1.14, IC = 1.05; 1.23) and be a madam ( PR= 1.13, IC = 1.04; 1.22). **Conclusion:** There is a high prevalence of discrimination between transvestites and transsexuals, which negatively reflects access to services. The findings reinforce the need for strategies of humanization and training, amongst professionals, in addition to health education.

**Keywords:** Discrimination; Health Services; Inequalities in health; Collective Health.

## RESUMEN

**Objetivo:** El presente estudio estima los factores asociados a la discriminación sufridos en las instituciones de salud en Brasil. **Métodos:** Estudio Transversal, con datos de 1068 entrevistas entre febrero y abril de 2017. **Resultados:** La prevalencia de discriminación fue de 77.15%, especialmente entre las personas que han usado el Sistema Único de Salud (SUS) con 65.65%. Ha asociado positivamente haber sufrido discriminación, con lo modelo de Poisson con varianza robusta: la identidad actual (RP = 1.14, CI = 1.04; 1,25), han rectificado documentos (RP = 1.07, IC = 1.04; 1.11), siendo una viuda (RP = 1.14, IC = 1.05; 1,23) y ser un proxeneta ( RP = 1.13, IC = 1.04; 1,22). **CONCLUSIÓN:** Hay alta prevalencia de la discriminación entre travestis y transexuales, que se refleja negativamente sobre el acceso a los servicios. Los resultados refuerzan la necesidad de estrategias de humanizações y cursos de capacitación, entre los profesionales, además de educación para la salud.

**Palabras clave:** Discriminación; Servicios de salud; Desigualdades en salud; Salud pública.

## INTRODUÇÃO

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) tem alertado que questões de gênero e orientação sexual impedem o acesso da população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) aos estabelecimentos de saúde, já que a discriminação sofrida pelos mesmos, além de ser considerado um problema de saúde pública, também traz consigo vários efeitos negativos para a saúde física e mental das populações acometidas<sup>1</sup>.

Estudos brasileiros com travestis, transexuais identificaram uma prevalência de 13,6% (n=1023) em Porto Alegre-RS e de 7,4% ( n=428) em Florianópolis-SC de discriminação em estabelecimentos de saúde em 2013<sup>2</sup>.

A discriminação discutida é a resposta comportamental ao estigma e ao preconceito em relação ao valor de grupos sociais específicos, que se caracteriza como um determinante social, envolto, entre discursos opressores perpetuados de valores conservadores<sup>3, 4</sup>. Assim, pode ocorrer em virtude da identidade de gênero, trejeitos afeminados em homens, doenças, em função das sistemáticas violências sofridas, desde o corte de cabelo, até os estupros, entre outros<sup>5, 6</sup>, correspondendo até 63% (n=6450) de casos reportados em 2017<sup>7</sup>.

No Brasil, conforme relato de Braga e Benato<sup>8</sup>, entre as 1,071 pesquisas brasileiras analisadas (1992-2019) o tema saúde doença é recorrente, além da abordagem sobre o estigma,

preconceito e discriminação nas diferentes categorias no grupo LGBT e de Travestis, Transexuais.

Para Vieira e Sousa<sup>9</sup>, a população trans é hoje no Brasil um dos seguimentos sociais mais discriminados, em decorrência das normas sociais que a coerência e continuidade entre o gênero, o sexo e a sexualidade.

No Brasil, descreve Sousa<sup>10</sup>, passa por um momento de grande intolerância, que acaba por refletir nos casos de violência e outro agravante são as populações desconhecerem as políticas públicas, que na teoria as protegeria.

De forma conceitual, as travestis podem ser caracterizadas como estarem em constante luta contra a humanidade, diante da unicidade do sexo biológico e de gênero, além da busca pela estética física padrão do corpo feminino, imposto culturalmente, entre outros adereços femininos<sup>11, 12</sup>.

Enquanto que as transexuais manifestam necessidades de realizações corporais (hormonais e/ou cirúrgicas), porém nem todas manifestam o desejo de realizar a cirurgia de redesignação sexual, conforme informado pela Cartilha de Comunicação LGBT do Estado de São Paulo<sup>13</sup>. Berenice Bento<sup>14</sup>, discute que a cirurgia de transgenitalização, portanto, não se configura como um marcador nesta definição de transexual.

Já o fato de se vestir com roupas do gênero oposto por questões artísticas ou para fins de trabalho se enquadra, entre as “*Drag Queens, Drag King*” (Transgêneros)<sup>13</sup>, que vivenciam situações complexas de vulnerabilidades no contexto familiar, de amizades, de relacionamentos, além de eventuais casos de violências, em vários cenários sociais<sup>15, 16</sup>. Importante mencionar, que o termo no Brasil, referencia-se como uma expressão de gênero (pessoa que transita, entre os gêneros), enquanto que internacionalmente faz menção as travestis e transexuais.

Assim, as discriminações sofridas resultam na não procura por atendimentos em saúde pelos grupos mencionados. Um estudo realizado no Rio Grande do Sul e São Paulo observou-se que 58% (n=270) sofreu discriminação e 43%(n=249) evitam procurar os estabelecimentos de saúde, devido os acontecidos, não especificados pelo estudo de Costa et al.,<sup>17</sup>.Essa não procura de estabelecimentos de saúde ocorre, inclusive, em caso de sofrimento de violência de violência física e sexual, devido ao medo julgamento e humilhação por parte de profissionais de saúde<sup>18, 19</sup>.

O medo da procura de estabelecimentos de saúde e dificuldades de acesso foi explorado por um estudo realizado em 7 municípios brasileiros que identificou a prevalência de 42%

(n=576) de travestis, transexuais e transgêneros que sofreram alguma discriminação na vida em estabelecimentos <sup>20</sup>.

Diante das questões levantadas que apontam dificuldade de acesso por parte dessa população, o objetivo deste estudo foi estimar os fatores associados à discriminação sofridas em estabelecimentos de saúde no Brasil entre Travestis, Transexuais e Transgêneros.

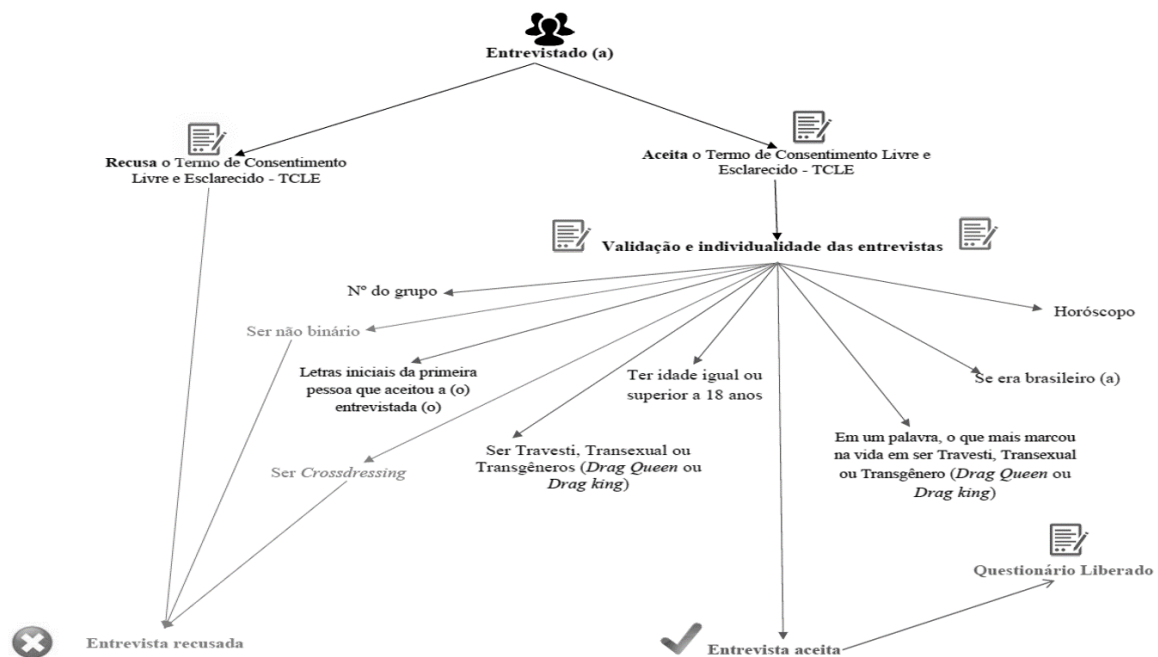
## MATERIAIS E MÉTODOS

O desenho do estudo foi transversal com abordagem quantitativa. Tendo uma população estudada de 1068 participações, sendo essas compostas pelas Travestis, Transexuais (Mulheres Transexuais e Homens Trans) e *Drag Queen*, *Drag King* (Transgêneros).

Os critérios de inclusão do estudo foram: aceitar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ter idade igual ou superior a 18 anos, ser brasileira(o), ser travesti, transexual ou transgênero, número do grupo que estava na postagem de divulgação, horóscopo, letras iniciais da primeira pessoa que lhe aceitou e o que mais lhe marcou na vida.

Como critério de exclusão adotado pelo estudo foram: ter recusado o TCLE, ser não binário e ser *crossdressing*. Resumidamente, todos os procedimentos mencionados estão ilustrados na Figura 1.

**Figura 1:** Procedimento metodológico para recebimento e validação das entrevistas online.



Fonte: Autoria própria.

Todos os critérios de inclusão e exclusão eram de **caráter obrigatório**, que tinha como objetivo garantir a não duplicidade de respostas e individualidade, além de uma possibilitar uma validação interna da pesquisa.

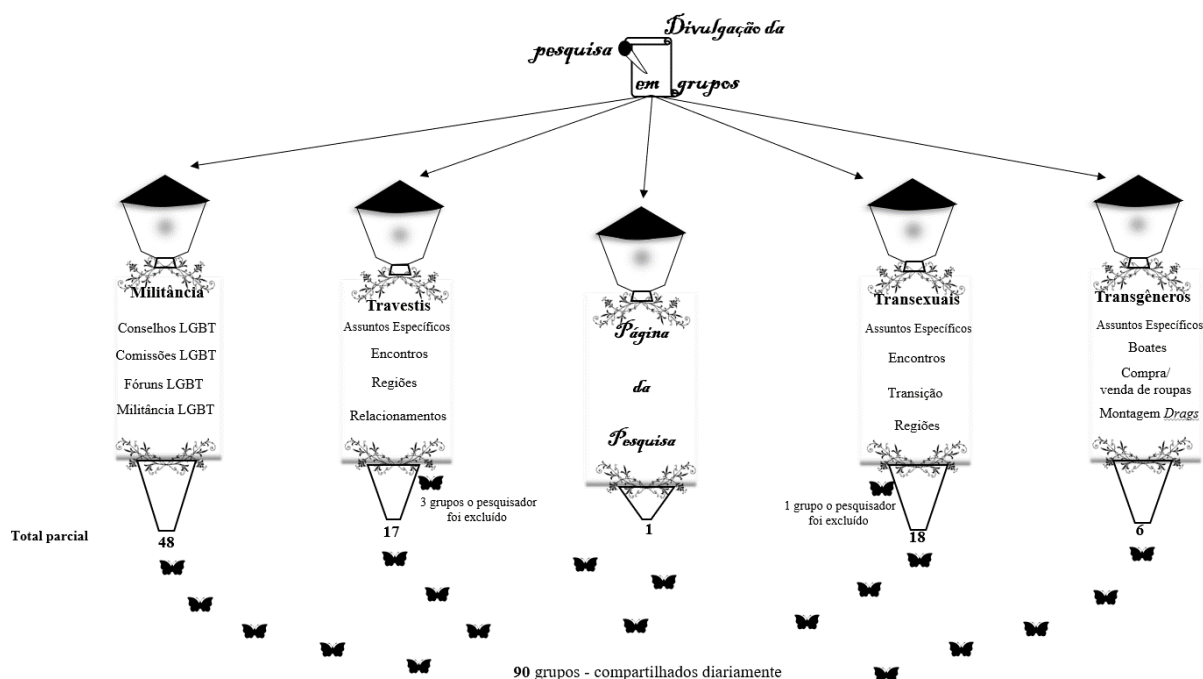
Assim, estimou-se uma amostra de 1072, considerando 10% de possíveis perdas e a precisão de 5% e intervalo de confiança de 95%. A amostra final foi de 1068, pois foram excluídas quatro entrevistas por critérios de exclusão, ditos anteriormente.

Foi realizado um cálculo amostral, que teve como base a prevalência de discriminações e violências entre travestis e transexuais, que variou de 40 a 68%, de acordo com o tipo de seleção amostral <sup>2, 20, 21</sup>.

Que para esta pesquisa a seleção amostral foi do tipo consecutivo, por meio da divulgação do estudo e convite de participação entre grupos específicos via redes sociais (Facebook) (Figura 2), entre fevereiro e abril de 2017.

A escolha dessa estratégia de captação deu-se em função de tratar-se de população de difícil acesso e as redes sociais possibilitarem maior abrangência na comunicação.

**Figura 2:** Esquema de divulgação nas Redes Sociais (Facebook).



Fonte: Autoria própria.

Acrescenta-se que o questionário foi testado em janeiro de 2017, por uma Coordenadora de Diversidade Sexual, no estado de São Paulo, Brasil, com atuação na militância e prevenção LGBT por 25 anos.

E todo o processo de postagem nos grupos específicos foi realizada pelo autor principal da pesquisa, sendo as principais dificuldades encontradas: dificuldade de acesso inicial aos grupos específicos *online*, desconfiança das (dos) participantes necessitando a criação de um vínculo, entre o pesquisador e entrevistada(o), necessidade de aumentar a amplitude da página da pesquisa, por intermédio da opção “patrocinado”, que ocasionou o uso da bolsa de estudos do pesquisador, limitações de *hardware* necessitando um *upgrade* no computador que realizava as postagens, além do cansaço do próprio pesquisador em realizar todo o processo sozinho.

### Variáveis de estudo

O Instrumento de coleta de dados era composto por 49 questões, sendo 30 fechadas, destas 17 com alternativas outros, especifique e 2 perguntas abertas que são correspondentes cidade de nascimento e moradia.

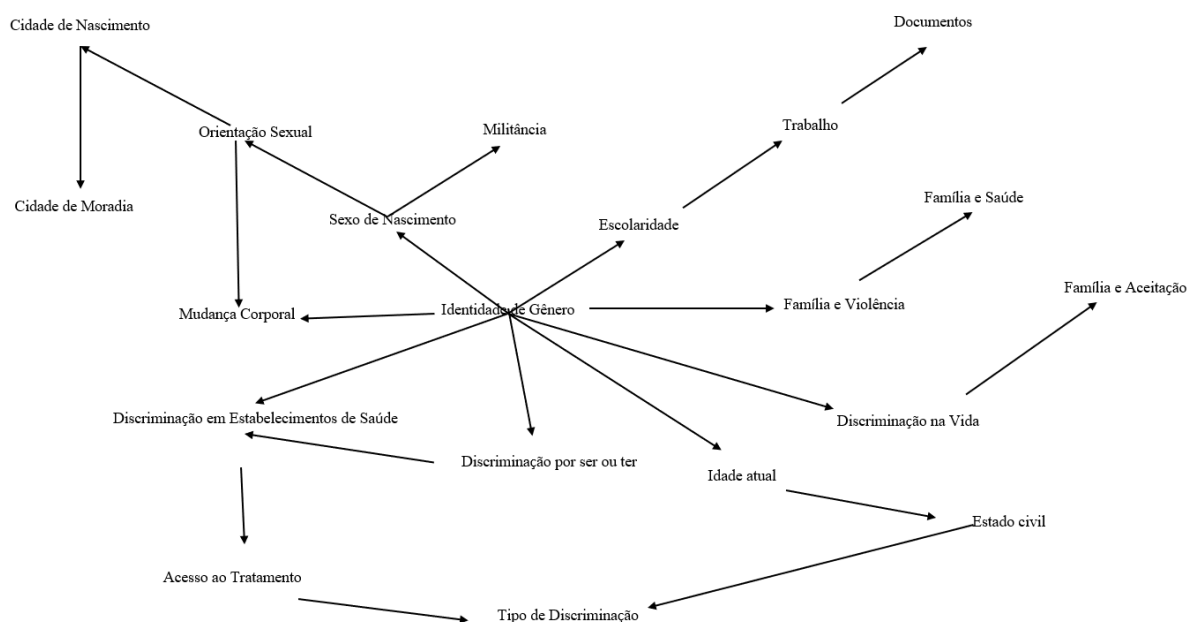
Assim, a variável **dependente** foi ter sofrido discriminação no estabelecimento de saúde alguma vez na vida. Esta foi analisada por meio da pergunta “Você já sofreu discriminação em estabelecimentos de saúde por ser Travesti, Transexual ou Transgênero (*Drag Queen, Drag King?*)”.

A seleção das **variáveis independentes** foram: identidade ou expressão de gênero, idade atual, cidade de nascimento, escolaridade, estado civil, trabalho, documentação apresentada, aceitação familiar, violência decorrente do processo e precisar do estabelecimento de saúde, doenças ou tratamentos existentes, vivência de discriminação com outros pares.

As variáveis **dependentes** e **independentes** foram descritas por meio de frequências absolutas e relativas; e o modelo de regressão de Poisson com variância robusta foi utilizado para analisar os fatores associados e estimar as razões de prevalência (RP).

A seleção das variáveis teve como referencial teórico o mapa conceitual construído para o presente estudo (Figura 3), elaborado a partir de estudos nacionais e internacionais sobre a temática <sup>2, 3, 4, 22, 23</sup>.

**Figura 3:** Mapa conceitual de discriminação para Estabelecimentos de Saúde.



Fonte: Autoria própria.

Para a análise múltipla entraram as variáveis que apresentaram  $p < 0,20$  na análise bivariada. No modelo final foram mantidas as variáveis que apresentaram  $p < 0,05$  ou que ajustaram as demais em pelo menos 10%.

Todas as análises foram realizadas com o *software* STATA 14.0<sup>®</sup> (*Statistics Data Analysis*, versão 14.0).

O estudo teve a aprovação do Comitê de Ética da Universidade Católica de Santos – UNISANTOS em 13 de dezembro de 2016, CAAE:60696716.5.0000.5536, número do parecer: 1.866.562, estando em consonância com as diretrizes para pesquisas com seres humanos, conforme estabelecido pela resolução 466/2012, incluindo a confidencialidade, entre outros.

## RESULTADOS

Do total de 1068 entrevistas, a maioria era travestis (62,92%), seguido por mulheres transexuais (19,29%). A idade média foi de 36 ( $\pm 11,8$ ) anos e 165 (15,45%) era militante, enquanto que 869 (81,37%) não e 34 (3,18%) não respondeu.

Na tabela 1, observa-se que o trabalho atual correspondeu a 25,66% que relatou ser profissional do sexo e 43,07% relatou ocupações trabalhista, tais como salão de beleza, atriz, atendente de balcão, que foram categorizadas de acordo com a categoria “outras atividades”.

Sobre à discriminação (variável dependente), 77,15% (n=824) relataram episódios pelo menos uma vez na vida. A discriminação foi maior entre as que se auto declararam travestis, que residiam em cidades pequenas, aquelas que relataram não ter terminado os estudos, ter sido expulsa (o) de casa, ter sofrido algum tipo de violência, devido ter se assumido, que estava em terapia hormonal e utilizava o Sistema Único de Saúde (SUS).

Acrescenta-se que na categoria expressão de gênero (*Drag Queen e Drag King*) com base no cruzamento as variáveis de mudanças corporais, trabalho e escolaridade presume-se que 17 (28,81%) das 59 pessoas que se identificaram nessa categoria possuem características de respostas, condizente com as travestis e homens trans.

**Tabela 1:** Descrição da amostra e prevalência de discriminação em estabelecimentos de saúde, de acordo com as variáveis independentes. Brasil, 2017.

Variáveis independentes	Amostra Total [n(%)]	Discriminação em estabelecimento de saúde [n (%)]		p*
		Não	Sim	
<b>Identidade das Entrevistadas (Auto referida)(n=1068)</b>				< 0,001
Expressão de gênero ( <i>Drag Queen, Drag King</i> )	59 (5,52)	32 (13,11)	27 (3,28)	
Homem Trans	131 (12,27)	25 (10,25)	106 (12,86)	
Mulher Transexual	206 (19,29)	39 (15,98)	167 (20,27)	
Travesti	672 (62,92)	148 (60,66)	524 (63,59)	
<b>Idade das entrevistadas (n=1068)</b>				0,183
18-29	851 (79,68)	185 (75,82)	666 (80,83)	
30-39	131 (12,27)	35 (14,34)	96 (11,65)	
>40	32 (3,00)	4 (1,64)	28 (3,40)	
Em Branco	54 (5,06)	20 (8,20)	34 (4,13)	
<b>Cidade de nascimento (n=1068)**</b>				0,029
Capital	165 (15,45)	34 (13,93)	131 (15,90)	
Cidade Grande	91 (8,52)	31 (12,70)	60 (7,28)	
Cidade média	362 (33,90)	90 (36,89)	272 (33,01)	
Cidade pequena	405 (37,92)	78 (31,97)	327 (39,68)	
Em Branco	45 (4,21)	11 (4,51)	34 (4,13)	
<b>Estado Civil (n=1068)</b>				0,087
Casado(a)	93 (8,71)	24 (9,84)	69 (8,37)	
Outros	107 (10,02)	31 (12,70)	76 (9,22)	
Solteiro e/ou Relacionamento Aberto	848 (79,40)	188 (77,05)	660 (80,10)	
Viúvo(a)	20 (1,87)	1 (0,41)	19 (2,31)	
<b>Escolaridade (n=1068)</b>				0,038
Em Branco	69 (6,46)	19 (7,79)	50 (6,07)	
Ensino Fundamental Completo	44 (4,12)	13 (5,33)	31 (3,76)	
Ensino Médio Completo	193 (18,07)	45 (18,44)	148 (17,96)	



Ensino Técnico Completo	39 (3,65)	13 (5,33)	26 (3,16)	
Especialização Completo	7 (0,66)	3 (1,23)	4 (0,49)	
Graduação Completo	35 (3,28)	9 (3,69)	26 (3,16)	
Mestrado Completo	2 (0,19)	2 (0,82)	0 (0,00)	
Não terminei os estudos	679 (63,58)	140 (57,38)	539 (65,41)	
<b>Documentos usados no momento que precisaram ir no Estabelecimento de saúde (n=1068)</b>				0,001
Documentos não retificados	673 (63,01)	176 (72,13)	497 (60,32)	
Documentos retificados	125 (11,70)	15 (6,15)	110 (13,35)	
Não ter documentos	270 (25,28)	53 (21,72)	217 (26,33)	
<b>Trabalho atual (n=1068)</b>				0,038
Agente de Prevenção	99 (9,27)	20 (8,20)	79 (9,59)	
Atendimento ao público	220 (20,60)	66 (27,05)	154 (18,69)	
Cafetina	15 (1,40)	0 (0,00)	15 (1,82)	
Outras ocupações	460 (43,07)	93 (38,11)	367 (44,54)	
Profissional do sexo	274 (25,66)	65 (26,64)	209 (25,36)	
<b>Aceitação Familiar sobre ser Travesti, Transexual ou Transgênero (Drag Queen, Drag King) (n=1068)</b>				0,029
Familiares aceitaram	111 (10,39)	37 (15,16)	74 (8,98)	
Familiares não aceitaram	118 (11,05)	30 (12,30)	88 (10,68)	
Fui expuls(a) de casa	324 (30,34)	66 (27,05)	258 (31,31)	
Outros	515 (48,22)	111 (45,49)	404 (49,03)	
<b>Ter se assumido e sofrido violência familiar durante o processo de aceitação (n=1068)</b>				< 0,001
Não sofreu violência	196 (18,35)	68 (27,87)	128 (15,53)	
Violência Física	467 (43,73)	104 (42,62)	363 (44,05)	
Violência Psicológica	340 (31,84)	66 (27,05)	274 (33,25)	
Violência Sexual	65 (6,09)	6 (2,46)	59 (7,16)	
<b>Ter Sofrido violência e ser encaminhado ao Estabelecimento de Saúde (n=1068)</b>				0,001
Em Branco	40 (3,75)	14 (5,74)	26 (3,16)	
Não, sofreu violência	718 (67,23)	182 (74,59)	536 (65,05)	
Não, foi por medo da discriminação	130 (12,17)	17 (6,97)	113 (13,71)	
Sim, preciso ser encaminhado	180 (16,85)	31 (12,70)	149 (18,08)	
<b>Ter vivenciado discriminação com outra Travesti, Transexual, Transgênero no Estabelecimento de Saúde (n=1068)</b>				< 0,001
Não	755 (70,69)	147 (60,25)	608 (73,79)	
Sim	313 (29,31)	97 (39,75)	216 (26,21)	
<b>Tipos de doenças e/ou tratamentos realizados no Estabelecimento de Saúde (n=1068)</b>				0,005
HIV/Aids	14 (1,31)	5 (2,05)	9 (1,09)	
Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)	12 (1,12)	2 (0,82)	10 (1,21)	
Outros	996 (93,26)	229 (93,85)	767 (93,08)	
Suspeitas de Ists	3 (0,28)	3 (1,23)	0 (0,00)	
Terapia Hormonal	43 (4,03)	5 (2,05)	38 (4,61)	
<b>Tipo de acesso nos Estabelecimentos de Saúde (n=1068)</b>				0,002

Ambos	319 (29,87)	74 (30,32)	245 (29,73)
Em Branco	28 (2,62)	8 (3,27)	20 (2,42)
Sistema Privado de Saúde	57 (5,34)	39 (15,98)	18 (2,18)
Sistema Público de Saúde	664 (62,17)	123 (50,40)	541 (65,65)

\*Valor de p do teste de Poisson com variação robusta.

\*\* Classificação de acordo com o número populacional de cada cidade e em capitais brasileiras. Pequenas (Até 100 mil habitantes), Médias (101 até 500 mil habitantes), Grandes (>501 habitantes).

Na análise bivariada foram associadas positivamente com o sofrimento de discriminação nos estabelecimentos de saúde: identidade, idade >40 anos, ter nascido em cidade grande, ser viúvo (a), ter os documentos retificados, ser cafetina e ter sofrido violência. Por outro lado, observou-se associação negativa entre aquelas que tinham mestrado completo, que vivenciaram discriminação com seus pares, estava com suspeita de IST e utilizava sistema privado de saúde (Tabela 2).

Após o ajuste das variáveis (análise múltipla), observou-se que se mantiveram associadas positivamente com a discriminação: identidade, ser viúvo (a), ter documentos retificados e ser cafetina.

As associações negativas foram ter o mestrado completo, ter vivenciado discriminação com outros pares no estabelecimento de saúde, ter suspeita de IST e utilizar o sistema privado de saúde (Tabela 2)

**Tabela 2:** Modelo final da regressão de Poisson para fatores associados com a discriminação em estabelecimentos de saúde, entre travestis, transexuais e transgêneros. Brasil, 2017.

Variáveis independentes	Bivariada			Múltipla		
	RP bruta *	IC (95%) **	p ***	RP ajustada ****	IC(95%)	P ***
<b>Identidade das entrevistadas (n=1068)</b>						
Expressão de gênero (Drag Queen, King Queen)	1			1		
Homem Trans	1,24	(1,12;1,36)	0,000	1,14	(1,04;1,25)	0,004
Mulher Transexual	1,24	(1,13;1,36)	0,000	1,14	(1,04;1,25)	0,003
Travesti	1,22	(1,11;1,33)	0,000	1,13	(1,03;1,23)	0,006
<b>Idade das entrevistadas (n=1068)</b>						
18-29	1			*		
30-39	1,00	(0,96;1,04)	0,864	***	***	***
>40	1,07	(1,01;1,14)	0,010	***	***	***
<b>Cidade de nascimento (n=1068)</b>						
Capital	1			*		
Cidade Grande	0,92	(0,86;0,99)	0,025	***	***	***
Cidade média	0,97	(0,93;1,01)	0,272	***	***	***

Cidade pequena	1,00	(0,96;1,04)	0,717	***	***	***
<b>Estado Civil (n=1068)</b>						
Casado(a)	1			1		
Outros	0,98	(0,91;1,05)	0,616	1,01	(0,93;1,09)	0,774
Solteiro e/ou Relacionamento Aberto	1,02	(0,96;1,07)	0,449	1,03	(0,97;1,09)	0,306
Viúvo(a)	1,11	(1,04;1,20)	0,002	1,14	(1,05;1,23)	0,001
<b>Escolaridade (n=1068)</b>						
Ensino Fundamental Completo	1			1		
Ensino Médio Completo	1,03	(0,95;1,12)	0,414	1,05	(0,97;1,15)	0,171
Ensino Técnico Completo	0,97	(0,86;1,10)	0,711	1,02	(0,91;1,13)	0,687
Especialização Completo	0,92	(0,72;1,17)	0,518	0,94	(0,76;1,17)	0,612
Graduação Completo	1,02	(0,91;1,14)	0,704	1,06	(0,95;1,17)	0,275
Mestrado Completo	0,58	(0,54;0,63)	<0,001	0,60	(0,52;0,70)	<0,001
Não terminei os estudos	1,05	(0,97;1,14)	0,216	1,06	(0,98;1,15)	0,105
<b>Documentos usados no momento que precisaram ir no Estabelecimento de saúde (n=1068)</b>						
Documentos não retificados	1			1		
Documentos retificados	1,08	(1,04;1,12)	<0,001	1,07	(1,04;1,11)	<0,001
Não tenho documentos	1,03	(1,00;1,07)	0,026	1,03	(1,00;1,07)	0,029
<b>Trabalho atual (n=1068)</b>						
Agente de Prevenção	1					
Atendimento ao público	0,94	(0,89;1,00)	0,052	0,95	(0,90;1,01)	0,109
Cafetina	1,11	(1,06;1,16)	<0,001	1,13	(1,04;1,22)	0,003
Outras ocupações	0,99	(0,95;1,04)	0,997	0,99	(0,94;1,04)	0,770
Profissional do sexo	0,98	(0,93;1,03)	0,460	0,95	(0,90;1,01)	0,117
<b>Ter se assumido e sofrido violência familiar durante o processo de aceitação (n=1068)</b>						
Não sofreu violência	1			*		
Violência Física	1,07	(1,02;1,12)	0,002	***	***	***
Violência Psicológica	1,09	(1,04;1,14)	<0,001	***	***	***
Violência Sexual	1,15	(1,09;1,21)	<0,001	***	***	***
<b>Ter vivenciado discriminação com outra Travesti, Transexual, Transgênero em Estabelecimento de Saúde (n=1068)</b>						
Não	1			1		
Sim	0,93	(0,90;0,96)	<0,001	0,94	(0,91;0,97)	0,001
<b>Tipos de doenças e/ou tratamentos realizados no Estabelecimento de Saúde (n=1068)</b>						
HIV/Aids	1			1		
Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)	1,11	(0,92;1,35)	0,261	1,12	(0,93;1,34)	0,214
Outros	1,07	(0,92;1,25)	0,341	1,13	(0,97;1,31)	0,092
Suspeitas de Ists	0,60	(0,52;0,70)	<0,001	0,73	(0,62;0,86)	<0,001
Terapia Hormonal	1,14	(0,97;1,34)	0,096	1,16	(1,00;1,35)	0,046
<b>Tipo de acesso nos Estabelecimentos de Saúde (n=1068)</b>						
Ambos	1			1		
Sistema Privado de Saúde	0,74	(0,67;0,81)	<0,001	0,78	(0,71;0,86)	<0,001

Sistema Público de Saúde	1,02	(0,99;1,05)	0,098	1,02	(0,99;1,06)	0,089
--------------------------	------	-------------	-------	------	-------------	-------

\* RP: Razão de prevalência bruta

\*\* IC95%: intervalo de 95% de confiança;

\*\*\*Valor de p do teste de Poisson com variação robusta.

\*\*\*\* RP: Razão de prevalência ajustada pela escolaridade, trabalho e documentação.

## DISCUSSÃO

A alta prevalência de 77, 15% (n=1068) de discriminação do presente estudo aponta consequentes problemas relacionados ao acesso à serviços de saúde, o qual pode refletir negativamente na saúde física, mental e sexual<sup>22, 24</sup>.

A atenção à saúde dessas populações é comprometida, até mesmo na presença de casos graves, já que os grupos evitam serviços públicos, devido aos atos discriminatórios, julgamentos morais, indiferenças e posturas profissionais, que dizem não discriminar, mas na prática caem em contradição<sup>25, 26</sup>.

Ao comparar a referida prevalência com estudos internacionais e nacionais, verifica-se que está acima do encontrado no relatório americano, que apresentou 56% (n=6450) de prevalência de discriminação em estabelecimentos de saúde<sup>27</sup>. Em contrapartida, foi inferior a prevalência de 82,9% (n=950) de episódios de discriminação, entre travestis, profissionais do sexo em Buenos Aires, Argentina<sup>28</sup>. Enquanto, que no Brasil, em estudo transversal com amostra RDS foi de 31,8% (n=110) de discriminação em estabelecimentos e por profissionais de saúde, ocasionada por impessoalidade<sup>29</sup>.

Essas diferenças entre as proporções de discriminação podem ser explicadas devidos as diferentes estratégias metodológicas empregadas nos estudos e questionamentos sobre discriminação. Também, importante destacar que episódios de discriminações são compreendidos de formas diferentes entre as pessoas que as vivenciam. Assim, muitas vezes não o reconhecem o que resulta em uma subnotificação nos relatos.

Nosso estudo foi realizado por meio de redes sociais com ampla divulgação em vários grupos específicos. Por tratar-se de amostra de conveniência pode apresentar um viés de resposta com possível superestimação do desfecho estudado, uma vez que se tratou de acesso a pessoas inseridas com militância entre o grupo estudo, porém a maior proporção de participantes foi de não militantes. Assim, possibilitando a participação de pessoas com diferentes perfis socioeconômicos, o que garante a heterogeneidade entre as pessoas estudadas e possibilita a inferências sobre as possíveis consequências das discriminações na saúde dessas populações.

Demonstrando que os fatores associados com a discriminação sofrida estão relacionados ao processo de transexualização, que são a identidade e documentos de identificação retificados. Também foram associadas positivamente ser viúva (o) e ser cafetina. Por outro lado, ter mestrado completo e usar sistema privado de saúde, suspeita de infecções sexualmente transmissível, ter vivenciado situações de discriminação por seus pares e ser profissional do sexo apresentam-se como proteção à discriminação nos estabelecimentos de saúde.

Assim, o processo de transexualização, ainda é demarcado pela não aceitação familiares da identidade atual<sup>30,31</sup> e por problemas no atendimento em saúde<sup>24</sup>. Fato, encontrado em Ontário no Canadá, em que 62,1% (n=626) de pessoas travestis, transexuais e transgêneros se sentiram muito desconfortáveis durante os atendimentos de saúde, devido a identidade de gênero<sup>17</sup>.

Essa transfobia descrita por Reis<sup>32</sup> é velada, que consiste no constrangimento, neutralidade e desconhecimento, além da forte formação biomédica, que não contempla aspectos socioculturais e políticos das pessoas, dos seus corpos e da sua saúde.

Outras situações que foram analisados por estudo brasileiro qualitativo, em que ficou demonstrado a dificuldade de acesso e da violência simbólica nos estabelecimentos de saúde, com base nos argumentos dos agentes comunitários de saúde que reforçam a não procura do serviço, devido a identidade de gênero<sup>33</sup>.

No que diz respeito a ser cafetina e sofrer mais discriminação, consideramos analisar o contraponto entre essa atuação profissional e a relação com a saúde das pessoas tuteladas pelas mesmas. Já que Ornat<sup>34</sup> diz que além da relação de poder, entre cafetina e profissional do sexo, a mesma tem função de encaminhar aos hospitais, cirurgias de mudanças corporais, além da própria conexão com a prostituição.

Então, numa sociedade heteronormativa as atividades ligadas ao sexo não são aceitas, por isso, o estigma e discriminação depende da intensidade da desigualdade e nas interações sociais do cenário<sup>24</sup>.

E historicamente com o advento da epidemia de Aids no Brasil, as pessoas LGBTs e profissionais do sexo, foram reconhecidas pela vulnerabilidade para infecções ao HIV, carregando todo um estigma social<sup>35</sup>, refletindo em construções coletivas de valores e crenças, centralizados em estigmas e preconceitos, além de possíveis espaços de exclusões e discriminações de forma velada e simbólica<sup>36</sup> e com o decorrer dos anos os atendimentos foram se especializando nos grupos específicos, entre 2012 à 2015<sup>35, 37</sup>, tendo como princípio interromper a cadeia de transmissão e não discriminar até mesmo de quem tenha suspeita de alguma IST<sup>38</sup>.

Assim, esse protocolo de atendimento especializado pode inferir como um dos motivos para menores ocorrências de discriminação, entre as populações. Contudo, a naturalização da violência sofrida, pode reduzir a percepção das mesmas sobre os episódios de discriminações<sup>39</sup>. E o Estado brasileiro deve garantir os avanços conquistados na saúde LGBT<sup>37</sup>.

Esse fato reflete o medo do sofrimento de novos episódios, bem como a naturalização da discriminação sofrida, o qual pode resultar na não procura de qualquer estabelecimento de saúde. Em nosso estudo, não foi questionado sobre a data do episódio de discriminação, bem como a última vez que procurou o estabelecimento de saúde, que dificulta a compreensão sobre o período vivenciado de discriminação sofrida nos serviços de saúde.

Apesar desta referida limitação do estudo, Licciardi; Waitmann; Oliveira<sup>40</sup> discutem que elas encontram dificuldades independentemente dos ambientes que elas se inserem, já que algumas pessoas não toleram e/ou nem respeitam as respectivas identidades.

Esse processo pode ser explicado pela “sinergia de pragas”, discutida por Zucchi; Paiva; Junior<sup>41</sup>, no qual a discriminação torna-se acumulativa causada por diversos atributos marginalizados socialmente, como a identidade de gênero, orientação sexual, pobreza, cor e raça, entre outros.

Essa sinergia é percebida com as menores prevalências de discriminações em atendimentos nos serviços privados e a alta escolaridade (fatores protetivos) como proxy de melhor condição socioeconômica. Explica-se pelo fato de pessoas com escolaridade alta reconhecerem melhor (conhecimento), quando estão doentes e quando possuem condições escolhem por pagar pelo atendimento, ou seja, o cuidado é feito de acordo com o que o pagador exige e precisa (respeito)<sup>42</sup>.

Marsiaj<sup>43</sup> argumenta que quanto maior for a renda, maior será o acesso ao serviço privado e pessoas de classe baixa são mais propensas financeiramente a depender dos familiares em casos de doenças, ocasionando em vulnerabilidade familiar e dependência. Bradford et al.,<sup>44</sup> mencionam que a baixa escolaridade e a renda foram associadas no modelo ajustado com experiências de discriminação.

Em suma, a situação abordada reflete também nos níveis de expectativas de cada uma em relação aos serviços em saúde contratados, até mesmo se estão adequados para as respectivas realidades. Por isso existem lugares idealizados por todas e outros que os grupos só procuram, quando não tem alternativa<sup>24, 45</sup>.

Fato discutido por Boccolini et al.,<sup>46</sup> em que as discriminações são vivenciadas em diferentes tipos de atendimentos, por causa da condição socioeconômica e da idade e não só

pela identidade de gênero, gerando assim toda uma rede de fatores associados com a discriminação em estabelecimentos de saúde.

## CONCLUSÃO

Há alta prevalência de discriminação em serviços de saúde relacionadas a identidade de gênero, que reflete em violação de direitos de grupos reconhecidos, socialmente, como minoritários.

Os episódios discriminatórios foram maiores, entre as travestis, sendo associado com a discriminação em estabelecimentos de saúde ser viúvas e a outra variável ser cafetina, sendo assim fatores de relevância em vários contextos sociais, já que constroem espaços de exclusões, evasões e até mesmo potencializando o não tratamento de enfermidades.

Evidenciando assim, a necessidade de melhores estratégias de conscientizações entre os profissionais de saúde sobre as demandas dos grupos, pautadas na não discriminação, principalmente, em ambientes públicos de saúde (SUS) e em cidades pequenas com altas prevalências de discriminações sofridas.

Uma alternativa para contornar o problema apontado por esse estudo é a **capacitação e sensibilização** das pessoas sobre a promoção da cidadania e direitos humanos do público LGBT, estimulando o respeito da sociedade à identidade de gênero, combatendo a homofobia e a transfobia, tendo como foco os servidores públicos, sociedade civil e profissionais de saúde. Essas capacitações podem utilizar material audiovisual, como também estimular a interação, entre os participantes.

Por fim, o estudo trouxe que a utilização de metodologias *online* e de redes sociais se demonstrou promissora em relação aos grupos de difícil acesso, principalmente em um cenário econômico brasileiro que os pesquisadores precisam se reinventar em seus laboratórios e torres de marfim, a fim de manter viva a ciência que tanto sofre com discriminações e cortes, além dos grupos estudados.

## AGRADECIMENTOS

Agradecimento para à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela bolsa cedida no programa *stricto sensu* em Saúde Coletiva, que ajudou na manutenção do estudo online, código de financiamento 001.

Agradecimento à Lukas Sauer por todo o suporte internacional.

Agradecimentos à travesti Cláudia Luís Ferreira (*in memoriam*) que ajudou muito nos bastidores da tese de doutorado.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 Opas. Organização Pan-Americana da Saúde. Discriminação impede que pessoas LGBT tenham acesso à saúde, alerta OPAS. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/discriminacao-impede-que-pessoas-lgbt-tenham-acesso-a-saude-alerta-opas/>. Acesso em 23 dez.2017.

2 Baumgarten A, et al. Experiências de discriminação relacionadas aos serviços de saúde: análise exploratória em duas capitais do Sul do Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília*, 2015; 24(3):353-362.

3 Silva DWG. et al. Discurso LGBTfóbico no ciberespaço do sertão pernambucano: discriminação e resistência. *Em Questão, Porto Alegre*. 2021; 27(1): 403-429.

4 Silva JCP. et al. Diversidade sexual: uma leitura do impacto do estigma e discriminação na adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*. 2021; 26(07):2643-2652.

5 Keske HÁ, Rodembusch CF. Apenados (as) LGBT no sistema prisional: a “Ala Rosa” da Cadeia Pública de Porto Alegre. *Revista Caparaó*; 2021; 3(2): e49-e57.

6 Reisner S. et al. Global health burden and needs of transgender populations: a review. *Lancet*. 2016; 388: 412-36.

7 Neumann MS. et al. Comprehensive HIV Prevention for Transgender Persons. *Am J Public Health*. 2017; 2: 207-212.

8 Braga ROB, Benato, AP. Saúde e doença do corpo das travestis e mulheres transexuais: análise das dissertações e teses brasileiras nas ciências da saúde entre 1992-2019. *Revista Periódicus*, 2021; 1(16), 372–352.

9 Vieira AD, Sousa TS. Direitos sexuais, democracia e cidadania na experiência transexual e travesti. *Revista de Estudos Constitucionais, Hermenêutica e Teoria do Direito (RECHTD)*. 2019; 11(1):82-98.

10. Sousa JA. Análise de distribuição espacial da violência. *Bagoas - Estudos gays: gêneros e sexualidades*. 2020; 13(20): 296-325.

11 Braga ROB. Espaço e as práticas do cuidado de si, na relação saúde/doença do corpo das travestis e mulheres transexuais em Curitiba e Ponta Grossa/PR. 2020. Tese (Doutorado em Geografia) –Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, 2020.

12 Sousa JA. Travestis e transexuais no universo das pesquisas científicas. *Bagoas-Estudos gays: gêneros e sexualidades*, 2016; 10(5):76-100.



13 São Paulo. Governo do Estado. Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania. Cartilha da Diversidade Sexual e Cidadania LGBT. São Paulo: SJDC, 2014.

14 Bento B. Sexualidade e experiências trans: do hospital à alcova. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 2012; 17(10):2655-2664.

15 Acapa. Drag Queen Márcia Pantera é agredida em São Paulo após xingamentos racistas. Disponível em: <https://acapa.disponivel.uol.com.br/drag-queen-marcia-pantera-e-chamada-de-macaco-e-e-agredida-em-frente-de-clubes-gay/>. Acessado em 19/09/2021.

16 Tillewein, H; Kruse-Diehr, AJ. (2021). A multiple case study on drag culture and substance use. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*; 2021; 33(2), 211–224.

17 Costa AB. et al. Healthcare Needs of and Access Barriers for Brazilian Transgender and Gender Diverse People. *J Immigrant Minority Health*, 2018; 20: 115–123.

18 Albuquerque GA. et al. Violência psicológica em lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no interior do Ceará, Brasil. *Saúde em Debate*, 2016; 40(109):100-111, 2016.

19 Blondeel K. et al. Violence motivated by perception of sexual orientation and gender identity: a systematic review. *Bull World Health Organ*. 2018; 96: 29–41E.

20 Pinto TP. et al. Silicone líquido industrial para transformar o corpo: prevalência e fatores associados ao seu uso entre travestis e mulheres transexuais em São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2017; 33(7):e00113316.

21 Luiz RR, Magnanini MMF. A lógica da determinação do tamanho da amostra em investigações epidemiológicas. *Cad Saude Coletiva*, 2000; 8: 9-28.

22 Fonseca CG, Silva TG, Barbosa REC. Ganhando a vida? Estratégias adotadas por travestis trabalhadoras do sexo nas ruas de Montes Claros, MG. *Revista Argumentos*. 2021; 18(2): 221-238.

23 Lacerda JAG, Bigliardi AM. A Política nacional de saúde integral lgbt aplicada no NASF-AB. *Revista Contraponto*. 2021; 8(1): 141-161.

24 Gomes M. A violência para com as pessoas LGBT: uma revisão narrativa da literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba. 2021; 4(3): 13903-13924.

25 Souza MHT, Malvasi P, Signorelli MC, Pereira PPG. Violência e sofrimento social no itinerário de travestis de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2015; 31(4):767-76.

26 Silva ASM, Alves GJ. Política Nacional de Saúde Integral de LGBT: percepção de enfermeiros da atenção primária à saúde. *Com. Ciências Saúde [Internet]*; 2021; 32(02):71-80.

27 Grant J. et al. Injustice at every turn: a report of the national transgender discrimination survey. Washington dc: national centre for transgender equality and national gay and lesbian task force, 2011.

- 28 Marin G, et al. Healthcare program for sex workers: a public health priority. 2015; 30(3): 276-284.
- 29 Sousa PJDE, Ferreira LOC, Sa JBDE. Estudo descritivo da homofobia e vulnerabilidade ao HIV/Aids das travestis da Região Metropolitana do Recife, Brasil. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, 2013; 18(8): 2239-2251.
- 30 Sousa JA, Rocha TMAdeC; Barros C.R.dosS. Prevalência de discriminação na vida, entre Travestis, Transexuais e Transgêneros. Cadernos de Gênero e Diversidade, 2018; 4(1):44-65.
- 31 Silva RA. Sufocamento dentro de um armário, pressão longe do mesmo: relato de experiência em uma escola LGBTTT. Cadernos de Gênero e Diversidade, 2016; 2(2): 45-49.
- 32 Reis PSO. et al. Transfobia velada: sentidos produzidos por enfermeiros (as) sobre o acolhimento de travestis e transexuais. 2021; 13(1): 80-85.
- 33 Guimarães RCP, Cavadinha ET, Mendonça AVM, SOUSA MF. Health assistance of LGBT people in a brazilian capital: what do Community Health Agents say?. Tempus, actas de saúde colet, Brasília, 2017; 11(1): 121-139.
- 34 Ornat MJ, Silva JM. Território descontínuo paradoxal, movimento LGBT, prostituição e cafetinagem no sul do Brasil. GEOUSP – Espaço e Tempo (Online), São Paulo, 2014; 18(1):113-128.
- 35 Antunes CV. et al. “Eu tento não me esconder, nunca”: estratégias utilizadas pelos profissionais gays e lésbicas para minimizar os estigmas sexuais nos espaços de trabalho. Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro) [online]. 2021; 37: e21205.
- 36 Guimarães RdeCP, Cavadinha ET, Mendonça AVM, & Sousa, M. F. Assistência a população LGBT em uma capital brasileira: o que dizem os Agentes Comunitários de Saúde?. Tempus – Actas De Saúde Coletiva.2017; 11(1): 121-139.
- 37 Sena AGN, Souto KMB. Avanços e desafios na implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT. Tempus – Actas De Saúde Coletiva. 2017: 11(1): 09-28.
- 38 Saúde Mda. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais. 1.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- 39 Borelli V, Machado A, Dias, MSM. Narrativas jornalísticas e possibilidades de resistência acerca do acontecimento #SomosTodasVerônica: mídia, transfobia e violência. Conexão – Comunicação e Cultura, UCS, Caxias do Sul, 2017; 16(31): 113-134.
- 40 Licciardi N, Waitmann G, Oliveira MHM. A discriminação de mulheres travestis e transexuais no mercado de trabalho. Revista Científica Hermes, 2015; 14: 201-21.
- 41 Zucchi EM, Paiva VSF, Junior IF. Intervenções para Reduzir o Estigma da Aids no Brasil: Uma Revisão Crítica. Temas em Psicologia, 2013; 21:1067-1087.
- 42 Bós AMG, Bós AJG. Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos. Rev Saude Publica, 2004; 38(1): 113-120.

43 Marsiaj JP. Gays ricos e bichas pobres: desenvolvimento, desigualdade socioeconômica e homossexualidade no brasil. Cad. AEL, 2003; 10(18):133-147.

44 Bradford J. et al. Experiences of Transgender-Related Discrimination and Implications for Health: Results From the Virginia Transgender Health Initiative Study. American Journal of Public Health, 2013; 103(10):1820-1829.

45 Gouveia GC, et al. Health care users' satisfaction in Brazil, 2003. Cad Saude Publica. 2005; 21(1): 109-18.

46 Boccolini C.S, et al. Fatores associados à discriminação percebida nos serviços de saúde do Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, 2016; 21(2):371-378.

## **O impacto do acidente de trânsito e suas consequências nas vítimas**

### *THE IMPACT OF THE TRAFFIC ACCIDENT AND ITS CONSEQUENCES ON THE VICTIMS*

### *EL IMPACTO DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO Y SUS CONSECUENCIAS EN LAS VÍCTIMAS*

*Kalyne Mara Tavares de Souza Alves*

**RESUMO:** Este trabalho tem como objetivo analisar os impactos causados nos acidentes de trânsito e suas consequências na vida das vítimas. O estudo em questão tem caráter exploratório com abordagem qualitativa e foi desenvolvido com seis pacientes internados no setor de Ortopedia de uma instituição hospitalar, localizada na zona sul de São Paulo. As entrevistas foram realizadas de acordo com as normas e preceitos éticos do estabelecimento hospitalar. Depois de concluídas as entrevistas, transcreveu-se os dados colhidos e analisou-se à luz da teoria do tema proposto. No desenvolvimento da investigação, concluiu-se que os acidentes de trânsito causam impactos preocupantes à vida dos envolvidos, tanto às vítimas que sofrem as consequências impactantes, relativas às questões de natureza familiar, econômica e social, quanto aos profissionais da saúde que vivenciam de perto os dilemas experimentados pelas pacientes e suas famílias, além da convivência diária no exercício da profissão, com os altos índices de morbimortalidade, tornando-se de fato um caso de saúde pública. Para enfrentar o problema de forma eficiente e humanitária é necessário definir prioridades de ação, bem como identificar, prioritariamente, quem está sendo afetado e com quais os custos efetivos para amenizar o sofrimento pessoal e social dos atingidos. Para isso, o estabelecimento de ações prioritárias feitas com base em Políticas Públicas efetivas, enquanto direito fundamental do cidadão à saúde, é obrigação básica do Estado e pré-requisito essencial para assegurar essa condição, além da promoção de alternativas preventivas de intervenções no combate aos acidentes de trânsito.

**Palavras chave:** Acidentes de trânsito; Vítimas; Impacto; Consequências.

**ABSTRACT:** This study aims to analyze the impacts caused in traffic accidents and their consequences on the lives of victims. The study in question has an exploratory character with a qualitative approach and was developed with six patients hospitalized in the orthopedic sector of a hospital institution, located in the south zone of São Paulo. The interviews were carried out in accordance with the norms and ethical precepts of the hospital establishment. After the interviews were completed, the collected data were transcribed and analyzed in the light of the proposed theme theory. In the development of the investigation, it was concluded that traffic accidents cause a worrying impact on the lives of those involved, as well as on the victims who suffer the shocking consequences related to family, economic and social issues, as well as to health professionals who are closely involved the dilemmas experienced by patients and their families, as well as daily living in the practice of the profession, with high morbidity and mortality rates, becoming in fact a case of public health. In order to face the problem efficiently

and in a humanitarian manner, it is necessary to define priorities for action, as well as to identify, first and foremost, who is being affected and with what costs to alleviate the personal and social suffering of those affected. To this end, the establishment of priority actions based on effective Public Policies, as a fundamental citizen's right to health, is a basic obligation of the State and an essential prerequisite for ensuring this condition, in addition to promoting preventive alternatives for interventions in the fight against traffic- accidents.

**Keywords:** Traffic accidents; Victims; Impact; Consequences.

**RESUMEN:** Este trabajo tiene como objetivo analizar los impactos causados en los accidentes de tránsito y sus consecuencias en la vida de las víctimas. El estudio en cuestión tiene carácter exploratorio con abordaje cualitativo y fue desarrollado con seis pacientes internados en el sector de Ortopedia de una institución hospitalaria, ubicada en la zona sur de São Paulo. Las entrevistas se realizaron de acuerdo con las normas y preceptos éticos del establecimiento hospitalario. Después de concluidas las entrevistas, se transcribieron los datos recogidos y se analizó a la luz de la teoría del tema propuesto. En el desarrollo de la investigación, se concluyó que los accidentes de tránsito causan impactos preocupantes a la vida de los involucrados, tanto a las víctimas que sufren las consecuencias impactantes, relativas a cuestiones de naturaleza familiar, económica y social, cuántos a los profesionales de la salud que viven de cerca los dilemas experimentados por las pacientes y sus familias, además de la convivencia diaria en el ejercicio de la profesión, con los altos índices de morbimortalidad, convirtiéndose de hecho en un caso de salud pública. Para enfrentar el problema de forma eficiente y humanitaria es necesario definir prioridades de acción, así como identificar, prioritariamente, quién está siendo afectado y con qué costos efectivos para amenizar el sufrimiento personal y social de los afectados. Para ello, el establecimiento de acciones prioritarias hechas con base en Políticas Públicas efectivas, como derecho fundamental del ciudadano a la salud, es obligación básica del Estado y prerequisite esencial para asegurar esa condición, además de la promoción de alternativas preventivas de intervenciones en el combate a los conflictos accidentes de tránsito.

**Palabras clave:** Accidentes de tránsito; víctimas; impacto; Consecuencias.

## INTRODUÇÃO

Os acidentes de trânsito representam um problema mundial de saúde pública pelos altos índices de morbimortalidade, tanto para os países desenvolvidos quanto para aqueles em desenvolvimento. Estatísticas oficiais mostram que mais de um milhão de pessoas por ano, em todo o mundo morrem por envolvimento em acidentes de trânsito. Acrescido ao número de mortes, os acidentes deixam entre 20 milhões e 50 milhões de pessoas feridas<sup>1</sup>.

No Brasil o trânsito é considerado um dos piores e mais perigosos do mundo. Assim os acidentes de trânsito são fonte de consequências diversas, envolvendo desde o campo físico ao campo cultural, repercutindo intensamente na vida dos acidentados.

Do ponto de vista das políticas públicas, o aspecto mais relevante é que as perdas individuais, sociais e econômicas são elevadíssimas, constituindo alto preço para a sociedade. Na perspectiva do modo estratégico, essas perdas não podem continuar no nível em que estão, nesse sentido, devem ser feito um grande esforço para reduzi-las a curto prazo, embora o poder público e a sociedade brasileira já desenvolvam esforços nesta direção, contudo, há muito ainda a ser realizado. Desse modo, destaca-se a invisibilidade do trabalho no Brasil, por ainda não estar inserido efetivamente na agenda da saúde, com agravantes relacionados, especialmente, ao reduzido número de profissionais com entendimento para o diagnóstico e tratamento na perspectiva de uma visão global que considere o social, o físico e a subjetividade das vítimas.

A escolha pelo tema exposto justifica-se por deparar-se com situações recorrentes de acidentes de trânsito e suas consequências e do desejo de aprofundar nesta questão, para, assim, ter-se uma visão mais ampla da temática e compreender os danos os quais atingem desigualmente vítimas e familiares. A pesquisa tem como objetivo analisar os impactos causados nos acidentes de trânsito e suas consequências na vida dos envolvidos. Como objetivos específicos, apurou-se os fatores relacionados ao acidente de trânsito na perspectiva das vítimas; observou-se os danos e consequências no que tange os aspectos: familiar, econômico e social.

O estudo tem como abordagem a problemática de os acidentes de trânsito serem considerados uma questão de saúde pública, havendo a necessidade de se conhecer seus efeitos, seus danos e consequências. Quanto à hipótese, trouxe-se o fato de os acidentes de trânsito serem ocorrências de natureza de muita fragilidade, haja vista, se configura como um problema de saúde pública, desde seu atendimento inicial emergência/urgência, até as sequelas físicas, sociais e psicológicas, impactos que urgem ser acompanhados pela equipe multiprofissional, uma vez, que tanto as vítimas quanto às famílias precisam ser educadas para reconstrução de uma nova adaptação de vida.

A pesquisa é de natureza empírica e foi desenvolvida na perspectiva qualitativa, quanto a coleta de dados, esta foi feita através de entrevista semiestruturada. O procedimento metodológico para a coleta dos dados dos entrevistados ocorreu por intermédio da gravação em áudio, ou seja, trata-se de método investigativo ancorado pela história oral expressa pelas vítimas.

Diante do exposto, este estudo oportuniza uma reflexão sobre a problemática do acidente de trânsito e de como lidar com as vítimas e familiares expostos a esse tipo de situação, cujo momento é de fragilidade e vulnerabilidade.

## **ACIDENTES DE TRÂNSITO NO BRASIL**

Os acidentes de trânsito vêm acarretando problemas no cotidiano das pessoas, tornando-se um problema preocupante em escala planetária, causando além da ocorrência primária (atendimento de urgência por causa do agravamento físico), graves problemas sociais, já que tais acidentes acarretam consequências de natureza diversa, envolvendo aspectos: econômico, político, social, cultural, uma vez que todos esses fatores repercutem intensamente sobre a vida dos acidentados.

Conforme aponta Adorno<sup>2</sup> os acidentes de trânsito e os agravos à saúde que de alguma forma estão ligados à violência, como exemplo os homicídios, começaram a se destacar como problema de saúde pública em nosso país a partir da década de 60, quando passaram a disputar com outras causas mais tradicionais, como doenças infecciosas e doenças crônicas, um lugar de importância na estatística geral dos óbitos nacionais.

Esta problemática é preocupante, visto que os acidentes de trânsito promove o aumento do número de óbitos, incapacidades permanentes e temporárias, ocasionando alto

gasto de recursos financeiros, problemas sociais e pessoais, além da dor e sofrimento das vítimas, de suas famílias e de outros indivíduos que convivam com este tipo de fatalidade.

Posteriormente ao desenvolvimento industrial, o acelerado processo de urbanização brasileiro, que ocorreu de forma desordenada, expôs um número cada vez maior de pessoas em contato com os veículos automotores. Como consequência veio o aumento do número de acidentes de trânsito e de transporte, que como no resto do mundo, passa a se constituir uma das mais importantes causas externas de morbimortalidade.<sup>3</sup>

Vale ressaltar que, muitas das vezes os acidentes ocorridos são decorrentes da imprudência e negligência dos usuários, da precarização das estradas, o uso dos veículos por muito tempo sem uma manutenção adequada. Nesse sentido, leis e normas de segurança mais eficazes para diminuir as “falhas humanas” que acontece com tanta frequência são fatores que devem ser considerados para a redução dos acidentes de trânsito, visto que, as consequências dos acidentes interferem diretamente no avolumamento da carga tributária para a economia mundial, tanto do ponto de vista das vítimas quanto das famílias que sofrem os efeitos dos desastres. Pois, devido à incapacidade decorrente do trauma acometido, a família deixa de receber o apoio financeiro para seu sustento, chegando a atingir, em algumas situações, a linha de pobreza.

As causas de acidentes chamam atenção porque além de ocorrerem em grande número, atingem na maioria a população jovem, ou seja, este fato é bastante preocupante em virtude da repercussão que desencadeia, visto que este representa para a sociedade uma diminuição significativa de mão de obra, decorrente da perda da capacidade laboriosa por um longo período. O problema também está associado à imprudência e inconseqüência dessa faixa etária, impulsionada muitas vezes por atividade laborativa diretamente relacionada com operação perigosa que apresenta um grande risco de acidentes. Além dos aspectos apontados, o Brasil é considerado um país com o trânsito mais perigosos do mundo, conforme dados alarmantes que apontam a mortalidade acima de 30 mil pessoas por ano no período de 2001 a 2005.<sup>4</sup>

De acordo com previsão da Organização Mundial de Saúde para o ano de 2020, acidentes de trânsito serão o segundo maior causador de mortes, conforme análise utilizada para ordenação de indicadores das principais causas de mortalidade de anos potenciais de vidas perdidas (APVP) em todo o mundo. Diante do expressivo aumento e a gravidade dos acidentes de trânsito que ocasionam efeitos negativos sobre as condições de saúde da população, considera-se que a cada ano, de 1,2 milhões morrem em acidentes de trânsito em todo o mundo, o tornado um dos mais importantes problemas de saúde pública da atualidade.<sup>1</sup>



## **POLÍTICA NACIONAL DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE NO TRÂNSITO**

De acordo com a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências<sup>5</sup> a saúde, nesse contexto, adota como expressão a morbimortalidade, devida ao conjunto de ocorrências acidentais e violentas que matam ou geram agravos à saúde e que demandam atendimento nos serviços de saúde. Ou seja, esta Política estabelece diretrizes e responsabilidades institucionais, as quais estão contempladas e valorizadas medidas inerentes à promoção da saúde e à prevenção, mediante o estabelecimento de processos de articulação com diferentes segmentos sociais.

No Brasil, o Ministério da Saúde<sup>6</sup> vem apoiando os estados e os municípios para a estruturação da sua capacidade para implementação de intervenções de vigilância e prevenção às lesões e mortes causadas pelo trânsito. Assim, para subsidiar possíveis políticas de prevenção para os acidentes de trânsito urbano, a análise espacial vem sendo incluída como uma ferramenta poderosa de saúde pública que permite a visualização dos padrões espaciais de um fenômeno por meio da construção de mapas, mesmo com dados esparsos, o mapeamento possibilita a captação de fatores de risco no âmbito populacional. A espacialização dos acidentes de trânsito é importante por fornecer subsídios para o planejamento e para a execução de políticas públicas, aumentando, nesse sentido, a eficácia e a eficiência na redução e na prevenção das tragédias.

É importante destacar que, as dificuldades no controle e na prevenção de danos decorrentes de acidentes de trânsito é algo que transcende as estatísticas e atingem efetivamente a questão social da prevenção, bem como os reflexos que as ações e políticas públicas devem ter. Desse modo, de acordo com a Política Nacional de Promoção a Saúde,<sup>6</sup> é de grande relevância a abertura de discussões intersetoriais que incorporem ações educativas à grade curricular de todos os níveis de formação, articulação de agendas e instrumentos de planejamento, programação e avaliação, dos setores diretamente relacionados ao problema, com apoio às campanhas de divulgação em massa dos dados referentes às mortes e sequelas provocadas por acidentes de trânsito. Se houve essas medidas, o impacto social e os danos dos acidentes serão imensos, apesar de as políticas implantadas nos moldes preconizados pela OMS serem insuficientes, isto é, são pouco eficazes para minimização as tragédias.

Historicamente, a segurança no trânsito é considerada uma preocupação antiga, assim, desde então se verifica que o aumento de veículos em circulação é proporcional ao

aumento de problemas de mobilidade e fluxo dos diferentes elementos envolvidos. A Política Nacional de Trânsito<sup>7</sup> preocupa-se em reverter o grande aumento do trânsito no Brasil, levando em consideração o crescente número de acidentes com mortos e feridos, especialmente entre a população jovem. Nessa perspectiva, cabe aos órgãos e entidades, a adoção de medidas necessárias para minimizar a questão.

Nesse sentido, desde o século XVIII já havia a consciência de que o trânsito seria uma das preocupações mundiais mais relevantes do futuro. Rozestraten<sup>8</sup>, afirma que a partir da introdução da máquina, dos veículos rápidos e pesados os acidentes foram crescendo progressivamente, o que exigiu, já no século XX, a organização do tráfego como um sistema convencional, e com isso, implantação de medidas que regulamentavam as pessoas, o ambiente físico e os veículos com a criação de O Código de Trânsito Brasileiro.

## **IMPACTOS E CONSEQUÊNCIAS DO ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Os acidentes de trânsito vão muito além do envolvimento da vítima, nessas condições, a família está completamente inserida em todo o processo, ou seja, as consequências afetará também a saúde do grupo familiar, comprometendo ou fortalecendo a rede social para o enfrentamento desta problemática.

No contexto da Reforma Sanitária, no Brasil, que se correlaciona com a maior parte do mundo desenvolvido e em desenvolvimento, os acidentes de trânsito passaram a ser percebidos como um aspecto da saúde pública, assim como os acidentes de trabalho, o uso de drogas, o comportamento sexual e outros fatores que, direta ou indiretamente afetam a saúde da população.

Dessa forma, o impacto no âmbito da saúde é alarmante, visto que há grande sobrecarga nos setores de pronto-socorro, radiologia, fisioterapia e reabilitação, pois, lesões no trânsito podem levar à metade das ocupações em centros cirúrgicos, com alta demanda de hospitalização, conseqüentemente longo período de internação. Entretanto, há conseqüências mais intensas, exemplo disso são os transtornos ao grupo familiar causados pelos acidentes de trânsito, muitas vezes ocasionando óbitos, pelas sequelas temporárias ou efetivas a médio ou longo prazo, levando a inversão de papéis, os quais não há uma preparação.

Estas conseqüências são consideradas um problema global, visto que, as taxas de mortalidade no trânsito são altíssimas. Nesta perspectiva, o Brasil vem buscando formas de

enfrentamento desta problemática com alternativas por meio de planos, de políticas públicas, tais como a Política Nacional de Trânsito.<sup>7</sup>

Embora a questão seja de alta complexidade, há ainda um dado importante que aponta para a reversão do problema, visto que a maioria dos acidentes podem ser evitados. Ou seja, está claro que os acidentes são originados por comportamentos negligentes, estes praticados por despreparo e hábitos inadequados dos condutores. Nesse sentido, toda a sociedade civil e poder público podem contribuir para um trânsito mais humano, com responsabilidade e respeito mútuo, e assim poder diminuir a violência no tráfego de pessoas e de condutores.

## **AMBIÊNCIA DA PESQUISA**

A pesquisa foi realizada em uma Instituição Hospitalar, localizada no extremo sul da Capital - São Paulo, a qual dispõe de atendimento médico de urgência e emergência em: clínica médica, cirurgia geral e ortopedia. Sendo seu atendimento emergencial feito 24 (vinte quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana. Conta com ala de internações nas clínicas citadas e também em UTI (Unidade de Terapia Intensiva).

A pesquisa deu início após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santo Amaro, sendo submetida à Plataforma Brasil, e após a avaliação do referido Comitê que recebeu o nº CAAE (90743418.5.3001.5447) de autorização.

As entrevistas foram realizadas com pacientes do setor de Ortopedia, totalizando seis pacientes. Esta atividade envolveu risco mínimo, devido a simples coleta de dados para as entrevistas, ressaltando que não há benefícios diretos para os participantes da pesquisa, pois objetivou apenas o aprofundamento na temática mencionada.

## **AS CATEGORIAS DE ANÁLISE**

Os entrevistados foram seis pacientes internados no setor de ortopedia. Para preservar a identidade dos sujeitos, optou-se por nomeá-los de paciente 1, paciente 2 e assim por diante.

A idade dos entrevistados variava de 18 a 33 anos, sendo 1 do sexo feminino e 5 do sexo masculino. Quanto ao estado civil, 1 casado (a) e 5 solteiros (a). Apenas 2 pacientes possuíam filhos e os demais ainda não são pais. Em relação ao nível de escolaridade dos

sujeitos, 4 concluíram o Ensino Médio Completo, 1 Ensino Médio Incompleto e 1 Ensino Fundamental Completo. A religião dos entrevistados caracteriza-se em: 4 católicos e 2 evangélicos. Em relação a atuação profissional, foram divididos nas seguintes categorias, 1 açougueiro, 1 estudante, 1 garçom, 1 motoboy, 1 pintor e 1 técnico em refrigeração. A renda variava de 500,00 a 3.800,00.

Neste estudo, foram eleitas as seguintes categorias para análise dos resultados colhidos juntos aos sujeitos da pesquisa:

**Categoria A:** Como se deu o acidente;

**Categoria B:** Qual o impacto do acidente;

**Categoria C:** Quais os danos decorrentes do acidente;

**Categoria D:** Perspectivas futuras.

A partir das categorias eleitas, no que diz respeito à primeira **categoria A**, *como se deu o acidente?*, os sujeitos da pesquisa narram os episódios da seguinte forma:

Um carro bateu na minha moto e fui arremessado e quebrei minha perna. (**Paciente 01**)

Aconteceu no período da manhã, por volta das 07h00 voltando do trabalho, as pistas estavam vazias, sem carro nenhum, passei pelas curvas e peguei uma reta no final, no final da reta tinha um ponto de ônibus, na hora tinha um ônibus parado no ponto, aí do nada estourou a barra de direção de um caminhão, aí ele veio para pista no sentido que eu estava, estava há 80 km e aí foi frente com frente. Na hora um amigo passou e ligou para o meu pai, cheguei no hospital consciente. (**Paciente 05**)

O caminhão me atropelou, eu caí da moto, fraturei as duas pernas, vim para o hospital consciente. (**Paciente 06**)

É notório através das falas dos sujeitos, que os acidentes ocorreram em sua grande maioria por veículo motocicleta. Outra questão interessante é que se trata de vítimas jovens, tendo maior incidência pessoas do sexo masculino. Nos relatos ficou claro que estes demonstraram lucidez e consciência em relatar como se deu o ocorrido.

**Na categoria B**, *qual o impacto do acidente?*, os entrevistados relataram as seguintes questões,

Fui afetado psicologicamente, porque minha companheira se encontra gestante e sei que ela sofre por vivenciar comigo uma situação como esta. Tenho medo de voltar a usar moto, mas preciso usar, porque é o meu meio que eu tenho para ir trabalhar. (**Paciente 04**)

As consequências foram as piores possíveis, não pelo fato das fraturas, mas pelo fator familiar, senti que a vida é muito frágil. (**Paciente 05**)

Eu fiz minha família sofrer. Só isso. (**Paciente 06**)

Destaca-se nas falas dos entrevistados o envolvimento da família no contexto do acidente, a dor e sofrimento causado diante do acontecido, fato este de maior impacto para eles. Segundo Maia e Pires<sup>9</sup> os sobreviventes de acidentes de trânsito são caracterizados em diferentes níveis, sendo eles,

Sobreviventes primários são as vítimas submetidas ao nível máximo de exposição; sobreviventes secundários são os familiares próximos das vítimas; vítimas de 3º grau são os profissionais que atuam na emergência e no socorro às vítimas; vítimas de 4º grau são pessoas da comunidade envolvidas com o acidente, repórteres, pessoas do poder público; vítimas de 5º grau são aquelas que sofrem o estresse pelo que veem ou pelo que tomam conhecimento por meio da comunicação social.<sup>9</sup>

Desta forma, evidencia-se unanimidade nas falas dos envolvidos e que, a repercussão do acidente afeta diretamente a vítima como também atinge a saúde do grupo familiar. Ou seja, é uma sobrecarga traumática para ambas as partes, visto que os acidentados e seus familiares precisam adquirir recursos financeiros, suporte social e oportunidades para aprender a lidar com a situação.

Já na **categoria C**, *quais os danos decorrentes do acidente?*, observam as seguintes narrativas,

Foram todos. Estava estudando, estava indo super bem, fazendo curso técnico, no serviço estava indo super bem, pois, eu comecei de baixo, e agora eu sou supervisor de contrato e assim eu não queria que acontecesse isso, bagunçou toda a minha vida. Esse é o segundo acidente, o outro foi doméstico e teve o mesmo impacto que este. Mas, eu também não me abati, quando você vem numa crescente, família maravilhosa, serviço sendo elogiado, no outro tive que parar de estudar, sair do trabalho, aí caí numas dívidas, tive que fazer empréstimo para pagar minhas contas, agora eu aprendi a lição, deixei tudo certo. **(Paciente 05)**

Não foi muito boa não, não está trabalhando, devido longo período de hospitalização. **(Paciente 06)**

Estou muito preocupado, medo de passar por dificuldades financeiras, pois, sou o único mantedor da minha família, tenho medo do INSS demorar em liberar o benefício do auxílio-doença. **(Paciente 04)**

Identifica-se nas narrativas que o fato de ficar fora do mercado de trabalho é visto como o principal obstáculo das vítimas, pois, estas voltam a exercer o mesmo nível de atividades profissional após um longo período de reabilitação, ou seja, neste meio tempo terão relevantes danos, visto que ocorrem perdas em diversos campos, em especial, no financeiro, assim, será um período de grandes dificuldades para suas vidas.

Quanto à **categoria D**, *perspectivas futuras*, observam-se as seguintes narrativas,

Desejo poder levar a minha vida da forma que era antes, trabalhando e cuidando da minha família. **(Paciente 04)**

Não quero mais trabalhar com moto, vou tentar conseguir outro emprego que não precise de moto, quero poder cuidar da minha família. **(Paciente 01)**

Agora moto nunca mais. Pretendo voltar de novo ao curso, tentar retornar o mais rápido ao trabalho, fazer fisioterapias, terminar minha casinha e vender esta moto. É isso que eu tenho como meta. **(Paciente 05)**

Melhorar e voltar a trabalhar. Este é o meu único desejo. **(Paciente 06)**

Quando questionados sobre os planos pessoais de vida as vítimas expressam as determinações sociais, destacando os contextos de trabalho, deixando claro o desejo de retornar às atividades laborativas e continuar cuidando da família, ou seja, voltar à rotina de vida de antes do acidente.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Pode-se concluir conforme relatado no presente estudo que é fundamental que pesquisas sobre esta temática se ampliem, abrangendo não só as consequências sociais, econômicas, entre outras, mas, visando aquelas relacionadas a qualidade de vida dos sujeitos, visto que o acidente de trânsito se constitui de uma problemática de contorno mundial. Dessa forma, convém destacar a promoção e proteção à saúde como medidas essenciais, as quais exigem prestação efetiva do Estado para redução do número de vítimas no trânsito.

Nas entrevistas ficou claro que o acidente gera uma série de efeitos negativos à vida dos acidentados, e que estes buscam de alguma maneira deixar essa questão apenas no âmbito hospitalar, algo quase impossível, pois conforme se verificou nos relatos as consequências das tragédias na vida dos envolvidos traz inúmeros impactos e estes estão diretamente relacionados às vítimas e familiares, afetando a saúde do paciente, bem como daqueles que encontram-se em seu entorno (isso inclui os profissionais de saúde que lidam diariamente com a situação) razão pela qual buscam juntos estratégias para o enfrentamento das questões apresentadas.

Investigações como estas são de extrema importância, uma vez que o acidente de trânsito é considerado um problema de saúde pública. Dessa forma, reflexões desta natureza podem resultar no desenvolvimento de políticas públicas eficazes que contemplem toda a complexidade envolvida no universo dos acidentes de trânsito.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organização Mundial da Saúde. Estudo da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre mortes por acidentes de trânsito. [Acesso em: novembro de 2018]. Disponível em: <[http://www.senado.gov.br/NOTICIAS/JORNAL/EMDISCUSSAO/upload/201204%20-%20novembro/pdf/em%20discuss%C3%A3o!\\_novembro\\_2012\\_internet.pdf](http://www.senado.gov.br/NOTICIAS/JORNAL/EMDISCUSSAO/upload/201204%20-%20novembro/pdf/em%20discuss%C3%A3o!_novembro_2012_internet.pdf)>.
2. Adorno RCF. Educação em saúde, conjuntura política e violência no trânsito: o caso da cidade de São Paulo. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós Graduação em Saúde Pública. Universidade de São Paulo, São Paulo, 1989.
3. Bernardino AR. Espacialização dos acidentes de trânsito em Uberlândia: técnicas de geoprocessamento como instrumento de análise. 267 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós Graduação em Geografia Humana. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007, p. 22.
4. Mello J, Maria HP de, KOIZUMI MS. Acidentes de trânsito no Brasil: um atlas de sua distribuição. São Paulo: ABRAMET, 2007.
5. Brasil. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências – Portaria MS/GM nº. 737 de 16/05/2001, publicada no DOU nº. 96 / seção 1e de 18/05/2001.
6. Brasil. Ministério da Saúde - Secretária de Vigilância em Saúde. Secretária de Atenção a Saúde. Política Nacional de Promoção a Saúde. 3ª edição. Brasília, 2010.
7. Brasil. Ministério das Cidades - Departamento Nacional de Trânsito. Política Nacional de Trânsito. Brasília, 2004.
8. Rozestraten RJA. Psicologia do trânsito: Conceitos e processos básicos. São Paulo: E.P.U. 1988.
9. Maia A, Pires T. Acidentes Rodoviários: Perturbação aguda de stress e PTSD nas vítimas directas. Universidade do Minho no evento do IPEA, ANT, DENATRAN, Brasília, 2006, p. 12.

**A Inserção do Profissional Farmacêutico no Sistema Prisional Brasileiro:  
uma análise da legislação brasileira com relação ao farmacêutico nos  
cuidados da população privada de liberdade.**

*The Pharmacist Professional Insertion in the Brazilian Penitentiary System: an  
analysis of Brazilian legislation regarding the pharmacist in the population  
deprived of liberty care.*

*La Inserción del Profesional Farmacéutico en el Sistema Penitenciario Brasileño:  
un análisis de la legislación brasileña con relación al farmacéutico en los cuidados  
de la población privada de libertad.*

*Thamara Do Nascimento Costa  
Carlo Dimitri Martins E Arruda  
Anildes Iran Pereira Sousa  
Elizabeth Regina De Castro Borba*

**RESUMO**

O grande índice de doenças crônicas e infectocontagiosas entre a população prisional demonstra claramente a incapacidade do Estado em cumprir com seu dever de garantir saúde a todos, sem discriminação. Um dos elementos fundamentais na promoção e recuperação da saúde diz respeito em prover a devida Assistência Farmacêutica. Nesta conjuntura, o estudo pretende identificar, analisar e expor como a assistência e a atuação farmacêutica estão inseridas nas políticas em saúde voltadas para as pessoas privadas de liberdade, bem como apresentar os motivos que tornam esse profissional imprescindível no sistema prisional brasileiro. A legislação analisada revela-se contraditória ao passo em que prevê serviços que integram a assistência farmacêutica, como a dispensação de medicamentos, sem disponibilizar o único profissional legalmente habilitado para tais funções: o farmacêutico. Para que a assistência farmacêutica seja capaz de oferecer resultados positivos frente ao insalubre sistema prisional, a inserção do profissional farmacêutico, além de obrigatória, é necessária na promoção de estratégias terapêuticas e no uso racional de medicamentos.

**Palavras-chaves:** Direito à Saúde, Farmacêuticos, Assistência Farmacêutica, Política Pública, Prisões.

**ABSTRACT**

The high rate of chronic and infectious diseases among the prison population clearly demonstrates the State's inability to comply with its duty to ensure health for all without discrimination. One of the fundamental elements in the health's promotion and recovery is to provide the proper Pharmaceutical Assistance. At this juncture, the study intends to identify, analyze and explain how the assistance and pharmaceutical activities are inserted in health policies aimed at people deprived of their liberty, as well to present the reasons that make this professional essential in the Brazilian prison system. The legislation analyzed is contradictory



for provides services that integrate pharmaceutical care, such as the dispensing medications, without providing the only professional legally qualified for such functions: the pharmacist. In order for pharmaceutical assistance to be able to offer positive results in the face of the unhealthy prison system, the insertion of the pharmacist, as well as being mandatory, is necessary in promoting the rational use of medicines.

**Keywords:** Right to Health, Pharmacists, Pharmaceutical Services, Public Policy, Prisons.

## RESUMEN

El gran índice de enfermedades crónicas e infectocontagiosas entre lapoblación penitenciaria demuestra claramente laincapacidaddel Estado para cumplirconsudeber de garantizarsalud a todos, sindiscriminación. Uno de los elementos fundamentalesenlapromoción y recuperación de lasalud se refiereenproveerladebidaAsistenciaFarmacéutica. En esta coyuntura, elestudio pretende identificar, analizar y exponercómolaasistencia y laactuaciónfarmacéuticaestán insertadas enlas políticas ensalud dirigidas a las personas privadas de libertad, así como presentar los motivos que hacen a este profesionalimprescindibleenel sistema penitenciariobrasileño. La legislaciónanalizada resulta contradictoriaal paso que prevé servicios que integranlaasistenciafarmacéutica, como ladispensación de medicamentos, sin prever el único profesional legalmente habilitado para tales funciones: elfarmacéutico. Para que laasistenciafarmacéuticasea capaz de ofrecer resultados positivos frente al insalubre sistema prisional, lainserción del profesional farmacéutico, además de obligatoria, es necesariaenlapromoción del uso racional de medicamentos.

**PalabrasClave:** Derecho a la Salud, Farmacéuticos, Servicios Farmacéuticos, Política Pública, Prisiones.

## INTRODUÇÃO

O Brasil é um dos países com maior número de presos do mundo, chegando a ultrapassar a marca de 700 mil pessoas privadas de liberdade (PPL), representando um aumento de 707% em relação ao total registrado no início da década de 90. A maioria dos estabelecimentos de aprisionamento são custodiados por Secretarias Estaduais de Administração Prisional e Justiça – Sistema Penitenciário Estadual – e, de forma alarmante, cerca de 78% destes encontram-se em estado de superlotação<sup>1</sup>.

Entre as questões mais críticas no Sistema Prisional Brasileiro (SPB) está a superlotação associada a outras adversidades como a infraestrutura precária, assistência à saúde insuficiente (ou inexistente), violência, dentre outros<sup>2</sup>. Este ambiente insalubre favorece a proliferação e o contágio das mais diversas moléstias, sendo a tuberculose, hepatites, hanseníase e HIV/AIDS as doenças mais incidentes na população prisional. Outros fatores que contribuem para o

agravamento da saúde dos detentos incluem a má-alimentação, o sedentarismo, o uso de drogas e a falta de higiene<sup>2</sup>.

A realidade do SPB, incompatível com o princípio constitucional da dignidade humana é incapaz de cumprir com sua função ressocializadora, uma vez que direitos básicos como a saúde são negligenciados<sup>3</sup>. Além disso, esta condição presente no SPB configura um problema de saúde pública, pois a disseminação de doenças coloca em risco as PPL, os trabalhadores das penitenciárias, os familiares de ambos e a comunidade na qual os detentos ou apenados irão inserir-se após o período cárcere<sup>4</sup>.

A Constituição Brasileira de 1988 estabelece que a saúde é um direito social assegurado a todos no território nacional. Aponta ainda que cabe ao Estado garanti-la por meio de “políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos”, e também, “ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”<sup>5</sup>. Para tanto, ao elaborar e executar as políticas de assistência à saúde, o Estado deve considerar as necessidades salutaras ocasionadas pelo confinamento das PPL, de modo que esta população também seja assistida, integralmente, pelo sistema público de saúde, atualmente denominado Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>6</sup>.

O direito à saúde das PPL foi instituído em 1984, por meio da Lei de Execução Penal (LEP). Considerada um marco na conquista de direitos sociais para os presos, define que “a assistência à saúde do preso e do internado de caráter preventivo e curativo compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico”<sup>7</sup>.

Nesse panorama, o profissional farmacêutico assume papel de destaque pois tem a responsabilidade técnica pela execução da Assistência Farmacêutica. Esta consiste em atividades que utilizam o medicamento como principal ferramenta para cura, reabilitação, promoção da saúde e prevenção de doenças<sup>8</sup>. Indispensáveis para a sua devida execução, estão competências e habilidades conferidas ao profissional farmacêutico, além de atribuições privativas a ele, conforme previstas em leis e decretos. Entretanto, no cenário prisional, é observado que esse profissional possui baixa ou nenhuma inclusão nas políticas em saúde desenvolvidas para as PPL.

Deste modo, o presente artigo tem por objetivo analisar a inserção do profissional farmacêutico nas políticas em saúde voltadas para o âmbito prisional, à luz da legislação brasileira, assim como enfatizar a importância da atuação do profissional farmacêutico na aplicação dos Cuidados Farmacêuticos a serem disponibilizados e monitorados na comunidade privada de liberdade.

## **METODOLOGIA**

Foi realizado um estudo de revisão narrativa incluindo espécies normativas, documentos técnicos, pautas de reuniões, manuais e artigos científicos relacionados assistência à saúde no contexto prisional, em especial, os que tratassem da Assistência Farmacêutica destinada as pessoas privadas de liberdade. O estudo foi baseado nos sites de instituições nacionais, tais como o Ministério da Saúde, Ministério da Justiça e Conselhos Federais e Regionais de Farmácia. Na estratégia de busca de artigos científicos, utilizaram-se três recursos informacionais, sendo uma base dados eletrônicas (LILACS), uma biblioteca digital (SciELO) e um buscador acadêmico (Google Acadêmico), empregando os descritores “Sistema Prisional”, “Saúde” e “Assistência Farmacêutica”, isolados ou de forma combinada, sem delimitar um intervalo temporal.

A pesquisa normativa para a execução do estudo analisou os documentos da legislação nacional, no que diz respeito a assistência farmacêutica voltada para população prisional, considerando a Constituição Federal, a legislação infraconstitucional, a legislação infralegal e a consulta de decisões relativas ao tema de Tribunais de Justiça pátrios, tais como: a Lei de Execução Penal (LEP) de 1984, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) de 2003, a Resolução Nº 07 de 14 de abril de 2003 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP), a Política Nacional de Atenção Integral das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), a Portaria GM/MS nº 482, de 1º de abril de 2014 dentre outras normas.

Em conjunto com os documentados citados acima examinaram-se leis e decretos que listam as atividades exclusivas do profissional farmacêutico. Por último, para enfatizar os Cuidados Farmacêuticos adotaram-se os conceitos e serviços detalhados na série de cadernos temáticos intitulados “Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica”.

## **A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NAS POLÍTICAS SOCIAIS DE SAÚDE DO SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO AO LONGO DOS ANOS**

O conceito de prisão surgiu associado a ideia de custódia e tortura, onde o prisioneiro não possuía qualquer direito. Tal entendimento ainda se perpetua em uma parcela da sociedade, que insiste em não enxergar as PPL como cidadãos, resultado assim, em grandes obstáculos na elaboração e execução de políticas sociais em saúde para eles<sup>9</sup>.

A LEP foi a primeira política social a garantir, legalmente, o direito a saúde para todas as PPL, em regime provisório ou apenada e, como já supracitado, também definiu que a assistência à saúde do preso deverá contar com o atendimento médico, odontológico e farmacêutico. No que tange a este último serviço, a lei não discriminou como ele deveria ser aplicado e nem a quem cabia a responsabilidade técnica. A LEP ainda afirma que seriam publicadas em até seis meses após a sua promulgação, para o êxito de dispositivos não auto-aplicáveis<sup>7</sup>. No entanto, mesmo com esta previsão, não se encontrou durante esta pesquisa publicação complementar que detalhasse sobre o referido atendimento farmacêutico.

Passados dez anos de exercício da LEP, surge a Resolução nº 14, de 11 de novembro de 1994 do CNPCP que tratou das Regras Mínimas para Tratamento dos Presos no Brasil. Essa resolução fixou produtos farmacêuticos apenas para “internação médica ou odontológica de urgência”<sup>10</sup> e, além disso, restringiu os cuidados em saúde ao citar apenas o médico como o responsável pela saúde mental e física dos presos.

Na medida que o número de pessoas aprisionadas aumentava no SPB, a questão de saúde padecia, visto que o crescimento desta população não foi acompanhado de novas instalações e serviços capazes de combater o estado patológico das penitenciárias<sup>11</sup>. A Resolução nº 14 de 1994 do CNPCP foi pouco eficaz na garantia de condições mínimas no ambiente prisional e solidificar o direito a saúde mencionado na LEP.

Visando estabelecer diretrizes para as atividades em Saúde no SPB, o CNPCP publicou a Resolução nº 07, de 14 de abril de 2003, recomendando a adoção de um elenco mínimo de ações de saúde<sup>12</sup>. Definiu que, para a aquisição e dispensação de medicamentos é necessário o farmacêutico<sup>12</sup>. Apesar de limitar a atuação do profissional a estas atividades, foi a primeira norma no âmbito prisional, a citar e incluir o farmacêutico nas ações em saúde.

Ainda em 2003 um importante avanço nas políticas sociais para as PPL foi conquistado com a Portaria Interministerial MS/MJ nº 1.777, de 09 de setembro de 2003, que instituiu o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, cujo preceitos basearam-se nos princípios

e diretrizes do SUS, tais como universalidade, integralidade e equidade<sup>13</sup>. O Plano estipulou ações e serviços voltados para a atenção básica, para serem desenvolvidos por equipes multiprofissionais para cada 500 presos, em unidades prisionais femininas, masculinas e psiquiátricas<sup>14</sup>.

Quanto a Assistência Farmacêutica, o Plano tratou sobre seu financiamento; dos procedimentos para aquisição dos medicamentos, padronizados com base na Relação Nacional de Medicamentos Essencial (RENAME) vigente; de normas técnicas para as instalações destinadas a guarda dos medicamentos e determinou que cada estado conte com um profissional farmacêutico para desempenhar as atividades referentes a Assistência Farmacêutica<sup>14</sup>. Ocorre que, paradoxalmente, o farmacêutico não foi incluído nas equipes mínimas de profissionais de saúde e os serviços de Assistência Farmacêutica do Plano não contemplavam a totalidade de atuação deste profissional.

A PNSSP esteve em atividade pouco mais de dez anos, mas ainda eram necessários alcançar todas as pessoas em privação de liberdade e ampliar os serviços em saúde, de modo a humanizar e qualificar a atenção a saúde no sistema prisional<sup>15</sup>. Nesta ótica, em 2013 foi criado pelos Ministérios da Saúde e da Justiça em 2003, o Grupo de Trabalho com objetivo de elaborar Política Nacional de Saúde no Sistema Prisional<sup>15</sup>.

Surge então a PNAISP, fruto de debates que ocorreram entre 2012 e 2013, com a participação de diferentes segmentos da sociedade, como pesquisadores, entidades governamentais, egressos do sistema prisional, entre outros<sup>15</sup>. Em específico, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) realizou nos dias 16 e 17 de julho de 2013 uma oficina na qual elaboraram sugestões para serem incorporadas ao texto da PNAISP<sup>16</sup>.

Uma das pautas discutidas levantou questionamentos acerca da dispensação de medicamentos psicotrópicos, considerando que nem todas as unidades prisionais contam com um farmacêutico. O próprio CONASS reconhece que esse é um ponto importante para a operacionalização da PNAISP<sup>16</sup>, mas se absteve de inclui-lo nas diretrizes, limitando-se a listar tal problemática como ponto a ser debatido posteriormente.

Considerada também um grande marco na conquista de direitos sociais destinados às PPL, a PNAISP foi institucionalizada pela Portaria Interministerial MS/MJ nº 1, de 2 de janeiro de 2014<sup>17</sup>. Passou a incluir em suas ações de promoção e prevenção em saúde, toda a população sob a tutela do Estado, em regime fechado, semiaberto, aberto ou cumprindo medida de segurança<sup>17</sup>. Conduziu grandes avanços na atenção à saúde assim como ampliou a noção de garantias de direitos sociais no contexto prisional<sup>13</sup>.

No que concerne à Assistência Farmacêutica, seu texto prevê que esta seria regida em norma própria, neste caso, a Portaria GM/MS nº 2.765, publicada em 12 de dezembro de 2014. Esta Portaria tratou sobre o financiamento e a execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito da PNAISP, determinando que compete à Secretaria de Saúde dos Estados e do Distrito Federal ou, eventualmente, às Secretarias de Saúde dos Municípios os serviços de “selecionar, programar, adquirir, armazenar, controlar os estoques e prazos de validade e distribuir e dispensar os medicamentos”<sup>18</sup>. Apesar de definir sobre as atividades de Assistência Farmacêutica, a Política não elenca sobre a presença do profissional farmacêutico, antes prevista na PNSSP.

As Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP) foram reestruturadas pela Portaria GM/MS nº 482, de 1º de abril de 2014, na qual institui normas para a operacionalização da PNAISP no âmbito do SUS<sup>19</sup>. Porém, esta portaria que vigora até os dias de hoje, também não inclui o farmacêutico no quadro de profissionais mínimos para compor as ESP, sendo facultativo sua presença na medida que novos profissionais podem ser incluídos, conforme o número de custodiados.

Por último, o CNPCP revogou Resolução nº. 7, de 14 de abril de 2003 com a publicação da Resolução nº 4, de 18 de julho de 2014, aprovando novas Diretrizes Básicas para Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas. Sobre a aquisição e a dispensação de medicamentos a norma definiu que elas deverão ser geridas pelo SUS e, a definição dos medicamentos a serem utilizados no sistema prisional de cada estado deverá ser baseada na RENAME<sup>20</sup>. Para a aquisição de medicamentos especializados e estratégicos, o listado nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do SUS deverá ser observado<sup>20</sup>. Novamente não é tratado sobre a responsabilidade técnica das atividades envolvendo medicamentos.

Considerando as normas consultadas, percebe-se que ao longo da construção da legislação em saúde voltada para as PPL, é de praxe os legisladores se absterem de elencar adequadamente o único profissional com competência (legal e técnica) para desempenhar as atividades que envolvem a Assistência Farmacêutica.

## **A AUSÊNCIA DO PROFISSIONAL FARMACÊUTICO NA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DO SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO E O AMPARO LEGAL DE SUA ATUAÇÃO**

No Brasil, a Farmácia possui regulamentação ampla e clara quanto a competências e responsabilidades técnicas de seus profissionais. O Decreto nº 85.878/81 aponta em seu art. 1º, as atribuições privativas dos profissionais farmacêuticos, dentre elas, a dispensação de medicamentos<sup>21</sup>. Para a fiscalização do exercício da profissão farmacêutica a Lei nº 3.820/60, cria os conselhos regionais e federais de farmácia e os destinam a zelar pela fiel observância das atividades farmacêuticas<sup>22</sup>. Outra regra importante, diz respeito à Lei nº 13.021/14, que torna obrigatória a presença do farmacêutico em farmácias, sejam elas públicas ou privadas<sup>23</sup>.

Porém, em completo contrassenso a legislação vigente e ao respeito com o usuário de medicamentos, o Estado de São Paulo em 2014 entrou com Ação Judicial (Processo nº 0011584-87.2014.4.03.6100) contra o Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo (CRF-SP) na tentativa eximir-se da obrigatoriedade da presença do farmacêutico nos estabelecimentos penitenciários do Estado. Ocorre que este requerimento se mostrou infrutífero, tendo em vista que 4ª Vara Cível Federal da Subseção Judiciária de São Paulo julgou pela completa improcedência do pedido.

A ação movida pelo Estado de São Paulo revela a visão defeituosa com que os gestores do Estado tratam o profissional farmacêutico e, conseqüentemente, a Assistência Farmacêutica. Lamentavelmente essa não é uma condição que atinge apenas o Estado de São Paulo, mas apenas um pequeno reflexo que percorre todo o território nacional<sup>24</sup>. A fragilidade da Assistência Farmacêutica com que é tratada no contexto de unidades prisional se deve, possivelmente, pela ambigüidade da legislação em saúde voltada para o SPB que, por um lado prevê assistência farmacêutica para as PPL, mas por outro não inclui devidamente o farmacêutico no quadro de profissionais de saúde.

Sabe-se que o farmacêutico quando investido em cargo público, tem especialmente o dever de contribuir para a promoção da saúde individual e coletiva, com ações voltadas principalmente para a prevenção<sup>25</sup>. Deste modo, é completamente incongruente institucionalizar uma política de atenção integral à saúde, sem elencar o farmacêutico nas equipes mínimas de profissionais, como é o caso da PNAISP.

É interessante ressaltar que a inserção do farmacêutico na atenção básica do sistema de saúde prisional é imprescindível para obtenção de resultados em saúde, levando em consideração não só sua participação nas etapas que englobam a Assistência Farmacêutica, mas

também em atribuições clínicas, regulamentadas pela Resolução nº 585/2013 do Conselho Federal de Farmácia<sup>26</sup>.

## **POTENCIAIS CONTRIBUIÇÕES DO FARMACÊUTICO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL**

A população prisional é formada predominantemente por homens jovens entre 18 e 29 anos com baixa escolaridade<sup>1</sup>. No que diz respeito à saúde, as condições insalubres de confinamento aumentam o risco de doenças infectocontagiosas relacionadas ao aparelho respiratório, às práticas sexuais e ao uso de drogas injetáveis<sup>27,28</sup>. Além disso, existe uma prevalência significativa de hipertensão arterial, transtornos psicossociais e distúrbios gastrointestinais entre as PPL, como aponta o estudo epidemiológico realizado em 2015 na unidade de Saúde do Conjunto Penal de um município do estado da Bahia<sup>28</sup>.

Estudo envolvendo mulheres privadas de liberdade na Região Metropolitana do Recife revelou que aproximadamente 4% da população estudada era portadora da hanseníase<sup>29</sup>. No estado do Piauí, 8,4% dos internos do sistema prisional apresentaram positividade para casos de sífilis<sup>30</sup>. No ano de 2017, 10,5% (n=7.317) dos novos casos de tuberculose registrados no Brasil pertenciam a população prisional e o risco de desenvolver a doença nesta população foi 28 vezes maior que o da população geral<sup>31</sup>.

Estes estudos, dentre muitos outros, exemplificam a problemática em saúde que atinge todas as PPL, reforçando a necessidade de serviços que possam reduzir a disseminação e a morbimortalidade destas doenças, seja crônica ou infectocontagiosa. Nessa conjuntura, a atuação do profissional farmacêutico torna-se uma importante estratégia nos serviços de saúde, pois ela inclui ações munidas de conhecimentos técnicos-científicos e valores éticos, centradas na promoção e recuperação da saúde utilizando o medicamento como uma de suas ferramentas de intervenção<sup>32</sup>.

É inegável o papel dos medicamentos nos processos terapêuticos para obtenção de cura, prevenção de agravos, para atenuar doenças, assim como auxiliarem em diagnósticos clínicos, porém, para que seu uso ocorra de forma segura e eficaz, é necessário a inclusão de serviços farmacêuticos que não se limitem a aquisição e dispensação de medicamentos<sup>33,34</sup>, como é o caso da legislação em saúde voltada as PPL. Tais serviços dizem respeito aos Cuidados Farmacêuticos que incluem serviços de clínica farmacêutica e atividades técnico-pedagógica<sup>33</sup>.

<sup>34</sup>.



No contexto da Assistência Farmacêutica, o Cuidado Farmacêutico consiste em ações integradas com as equipes de saúde para prevenção, promoção e recuperação da saúde, centrada no usuário de medicamentos<sup>34</sup>. Visa estabelecer dispensação de medicamentos e medidas terapêuticas de forma racional, com serviços clínicos para a detecção, prevenção e resolução de Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRM) que incluem os Erros de Medicação (EM) e as Reações Adversas a Medicamentos (RAM)<sup>34,35</sup>. Os EM são eventos evitáveis que podem ou não causar danos ao paciente, classificados em função da sua ocorrência na terapêutica, podendo ser os relacionados aos erros de prescrição, erros de dispensação e erros de administração<sup>35</sup>. Já as RAM são efeitos danosos inevitáveis que ocorrem durante a utilização de medicamentos em doses normais<sup>35</sup>.

Estes serviços de clínica farmacêutica destinam-se a elaboração de planos e seguimentos individuais essenciais na obtenção de resultados sólidos em saúde, uma vez que permitem identificar eficientemente as RAM e obter o alcance máximo na detecção, prevenção e resolução de PRM<sup>34-36</sup>. Assim sendo, é possível acompanhar a evolução de cada caso, elaborando medidas que visem a diminuição do abandono terapêutico, bem como as que confirmem melhor da qualidade de vida do paciente<sup>34</sup>.

Entre algumas das metodologias de Cuidados Farmacêuticos podem ser aplicados no sistema prisionais estão o SOAP (Subjetivos, Objetivos, Avaliação e Plano); PWDT (Pharmacist's Workup of Drug Therapy) ou Estudo Farmacêutico da Terapia Farmacológica; TOM (Therapeutic Outcomes Monitoring) ou Monitorização de Resultados Terapêuticos e Dáder<sup>35-37</sup>.

Diante disso, atuando em conjunto das equipes multiprofissionais da PNAISP, o profissional farmacêutico será capaz de aumentar a adesão as terapias medicamentosas delicadas e de longa duração, como é na tuberculose, hanseníase, HIV/AIDS e outras doenças incidentes na população prisional<sup>39-41</sup>; assim como contribuir para estratégias de adesão a terapias de desintoxicação para o álcool e outras drogas muito comum entre as PPL e altamente prejudiciais as farmacoterapias e a saúde de usuários<sup>2, 42, 43</sup>. Auxiliará na economia de gastos públicos com a Assistência Farmacêutica por meio da seleção e padronização dos medicamentos a serem utilizados, considerando o perfil epidemiológico das unidades prisionais; bem como diminuindo a perdas de medicamentos e outros insumos por danos, armazenamento incorreto, extravios e furtos<sup>44</sup>.

Nos cuidados as PPL que possuam doenças crônicas como diabetes e hipertensão, a atenção farmacêutica é essencial no controle de níveis glicêmicos e pressão arterial,

respectivamente. Caso contrário, essas doenças podem a longo prazo levar morbidades debilitantes ou óbito<sup>38,45</sup>. Para tanto, as ações são centradas primordialmente na paciente via dispensação e orientação quando ao uso de medicamentos, esquemas posológicos, adesão ao tratamento, identificação de PRM e resolução de eventuais problemas a estes relacionados<sup>38,45</sup>.

Como já supramencionado, a realidade das unidades prisionais brasileiras favorece a disseminação de enfermidades infectocontagiosas, dentre elas a tuberculose<sup>40</sup>, uma doença causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, cuja transmissão ocorre de pessoa a pessoa, principalmente através das vias respiratórias<sup>46</sup>.

Com o intuito de minimizar a prevalência desta doença no ambiente prisional, o CNPCP publicou a Resolução nº 11, de 07 de dezembro de 2006, definindo diretrizes básicas para a detecção de casos de tuberculose entre ingressos no sistema penitenciário nas Unidades da Federação<sup>42</sup>. Esta portaria dispõe que para o controle da tuberculose devam ser realizados a busca de casos positivos e, para o tratamento da doença estipula que deva iniciar-se de forma supervisionada, diariamente, para todos casos diagnosticados, além de oferecer sorologia anti-HIV; registrar em Livro de Registro os casos de tuberculose; acompanhar mensalmente o tratamento por meio de consulta médica ou de enfermagem, bem como realizar baciloscopia de controle para os casos inicialmente positivos<sup>47</sup>.

De modo geral o tratamento inclui esquemas terapêuticos que possuem no mínimo quatro drogas, onde é comum a observação do surgimento de PRM e RAM, levando a muitos a não aderirem as terapias e, por conseguinte culminam na recidiva da doença ou mesmo resistência aos antibióticos utilizados<sup>48, 49</sup>. Portanto, mais uma vez a atuação do farmacêutico, dentro das equipes de saúde é imprescindível, tendo em vista sua efetividade em oferecer adequações, alternativas e resolutivas relacionadas a farmacoterapias complexas, como a da tuberculose<sup>48, 49</sup>.

Semelhante ao tratamento da tuberculose, é o do HIV/ AIDS – também com altos índices nas PPL<sup>2</sup> – requer ações assistenciais com vistas à oferta de exames, diagnósticos, tratamento e medidas preventivas de segurança em saúde dos custodiados<sup>50</sup>. Desta forma, a inserção do farmacêutico está diretamente envolvida com a adesão ao tratamento antirretroviral, orientações pertinentes quanto à posologia e mais uma vez, redução de PRM<sup>51,52</sup>.

Vale ainda citar o papel do farmacêutico nos cuidados de pessoas com transtornos psicossociais, também muito incidente em PPL, cabendo-lhe ações e intervenções aqui já mencionadas (atenção e seguimento farmacêutico) que visem o uso racional de medicamentos<sup>53,54</sup>. Além disso, segundo a Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998 prevê

que a dispensação de medicamentos de psicotrópicos e outros controlados são de atribuição privativa do farmacêutico<sup>55</sup>, tornando assim sua presença indispensável nas políticas de atenção psicossocial de unidades prisionais. Questionamento este, já levantado pelo CONASS<sup>16</sup>.

Portanto, no contexto da assistência à saúde no SPB, o farmacêutico é o profissional mais capacitado em impulsionar estratégias que envolvam, principalmente, os medicamentos e que sejam sensíveis a condições limitantes do confinamento.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Considerando as espécies normativas destinados a garantir assistência à saúde no sistema prisional brasileiro, fica claro a construção de uma contraditória política de assistência farmacêutica, visto que ao longo dos anos, ela não foi acompanhada pela devida previsão legal do profissional farmacêutico nas ações e equipes de saúde no âmbito prisional. É atribuição exclusiva do farmacêutico a dispensação de medicamentos, mas ainda que tal atribuição seja garantida por leis e decretos, o poder público por vezes tenta negar o direito a assistência farmacêutica de qualidade as pessoas privadas de liberdade. Cabe lembrar que estas sob tutela do Estado perderam o direito, temporariamente, à liberdade, porém, preservam-se os demais direitos sociais, como a saúde.

O papel do farmacêutico não se restringe apenas ao ato de entregar medicamentos ao usuário, mas, inseridos em equipes multiprofissionais, podem desenvolver serviços potencialmente capazes de conferir melhora na deplorável questão de saúde das PPL e também nos gastos públicos. Além da dispensação de medicamentos, existem outros serviços centrados no paciente que utilizam o medicamento como ferramenta para promoção e recuperação da saúde como os Cuidados Farmacêuticos.

As doenças que mais incidem na população privada de liberdade são as de natureza infectocontagiosas, crônicas e os transtornos mentais que exigem, quase sempre, o uso a longo prazo de vários medicamentos, frequentemente acompanhados de reações que comprometem a adesão aos tratamentos. Deste modo, a inclusão do profissional farmacêutico nas equipes de saúde da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, acrescida de serviços que integram os Cuidados Farmacêuticos tornam-se estrategicamente necessários a cura e ao controle de doenças, uma vez que esses serviços permitem o monitoramento, a adequação e adesão de esquemas terapêuticos.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias - Junho de 2016. Brasília: Departamento Penitenciário Nacional; 2016. Disponível em: <[http://www.justica.gov.br/news/ha-726-712-pessoas-presas-no-brasil/relatorio\\_2016\\_junho.pdf](http://www.justica.gov.br/news/ha-726-712-pessoas-presas-no-brasil/relatorio_2016_junho.pdf)>. Acesso em 01 jul. 2018.
2. Assis RD. A Realidade Atual do Sistema Penitenciário Brasileiro. Rev. CEJ. 2007;39:74-78.
3. Gois SM, Santos Jr HPdO, Silveira MA, Gaudêncio MMP. Para além das grades e punições: uma revisão sistemática sobre a saúde penitenciária. Ciênc. Saúde Colet. 2012;17(5):1235-46.
4. Diuana V,L, Huilier D, Sánchez AR, Amado G, Araújo L, Duarte AM, et al. Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2008;24(8):1887-96. Disponível em<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000800017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000800017)>. Acesso em: 01 jul. 2018
5. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988. 498p. Disponível em:<[https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88\\_Livro\\_EC91\\_2016.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf)>. Acesso em: 01 jul. 2018.
6. Matta GC. Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV; 2007; Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Configura%C3%A7%C3%A3oInstitucional.pdf>>. Acesso em: 01 jul. 2018
7. (Brasil). Lei nº 7.210, 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Brasília. Diário Oficial da União 13 jul. 1984; Seção 1. 1984. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l7210.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm)>. Acesso em: 01 jul. 2018
8. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS. Brasília: CONASS; 2007. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao\\_progestores\\_livro7.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro7.pdf)>. Acesso em: 01 jul. 2018
9. Bitencourt CR. Falência da Pena de Prisão: causas e alternativas. 4 ed. São Paulo: Saraiva; 2011.
10. Ministério da Justiça (Brasil). Resolução nº 14, 11 de novembro de 1994. Resolve fixar as Regras Mínimas para o Tratamento do Preso no Brasil. Diário Oficial da União 02 dez 1994; Seção 1. Disponível em:<<http://www.crpsp.org.br/interjustica/pdfs/regras-minimas-para-tratamento-dos-presos-no-brasil.pdf>>. Acesso em: 01 jul. 2018
11. Monteiro FM, Cardoso GR. A seletividade do sistema prisional brasileiro e o perfil da população carcerária. Um debate oportuno. Civitas 2013 jan-abr; 13(1):93-117. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/view/12592>>. Acesso em: 01 jul. 2018
12. Brasil. Resolução nº 14, de 11 de novembro de 1994. Resolve fixar as Regras Mínimas para o Tratamento do Preso no Brasil. Diário Oficial da União 02 dez 1994; Seção 1. Disponível em: <[http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao\\_civel/cadeias/pe\\_legislacao/2003resolu07.pdf](http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao_civel/cadeias/pe_legislacao/2003resolu07.pdf)>. Acesso em: 01 jul. 2018
13. Lermen HS, Gil SDC, Jesus LO. Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. Physis Rev Saúde Colet 2015; 25(3):905-24
14. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_nacional\\_saude\\_sistema\\_penitenciario\\_2ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_sistema_penitenciario_2ed.pdf)>. Acesso em: 01 jul. 2018

15. Barsaglini R. Do Plano à Política de saúde no sistema prisional: diferenciais, avanços, limites e desafios. *Physis* 2016 out./dez;26(4):1429-39. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v26n4/1809-4481-physis-26-04-01429.pdf>>. Acesso em: 01 jul. 2018
16. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional e normas para sua operacionalização. |. Brasília: CONASS; 2013 (CONASS. Nota técnica). Disponível em: <<http://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2013/02/NT-33-2013-Poli%CC%81tica-Sau%CC%81de-Prisional.pdf>> Acesso em: 01 jul. 2018.
17. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 03 jan 2014; Seção 1. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/Notas%20t%C3%A9cnicas%202013/NT%2033-%202013%20Poli%CC%81tica%20Sau%CC%81de%20Prisional.pdf>>. Acesso em: 01 jul. 2018
18. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2.765, de 12 de Dezembro de 2014. Dispõe sobre as normas para financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), e dá outras providências. Diário Oficial da União 15 dez 2014; Seção 1. Disponível em:<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2765\\_12\\_12\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2765_12_12_2014.html)>. Acesso em: 15 mar. 2018
19. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 482, de 1º de abril de 2014. Institui normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).Diário Oficial da União 02 abr 2014; Seção 1. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/123163-482.html>>. Acesso em: 01 jul. 2018
20. Ministério da Justiça (Brasil). Conselho Nacional de Política Criminal Penitenciária. Resolução nº 4, de 18 de julho de 2014.. Diário Oficial da União 23 jul 2014; Seção 1 Disponível em: < <http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/cnpcp-1/resolucoes/resolucoes-arquivos-pdf-de-1980-a-2015/resolucao-no-4-de-18-de-julho-de-2014.pdf>>. Acesso em: 01 jul. 2018
21. Brasil. Decreto nº 85.878, de 07 de abril de 1981. Estabelece normas para execução da Lei nº 3.820/1960, sobre o exercício da profissão de farmacêutico. Diário Oficial da República Federativa do Brasil 09 abr. 1981; Seção 1. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-85878-7-abril-1981-435600-norma-pe.html>>. Acesso em: 01 jul. 2018.
22. Brasil. Lei nº 3.820, de 11 de novembro de 1960. Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Farmácia, e dá outras Providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil 21 nov. 1960; Seção 1. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1960-1969/lei-3820-11-novembro-1960-354345-norma-pl.html>>. Acesso em: 01 jul. 2018.
23. Brasil. Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014. Brasília. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. Diário Oficial da União 11 ago 2014; Edição extra. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2014/lei/113021.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/113021.htm)>. Acesso em 01 jul. 2018
24. Silva GKN, Vedovello VP, Fegadolli C. Políticas e práticas da assistência farmacêutica penitenciária. UNIMEP. In: Anais da mostra acadêmica UNIMEP; 2008; São Paulo, Brasil. Piracicaba: UNIMEP; 2008. [cerca de 7p.] [acessado 2018 jul 01]:. Disponível em: <http://www.unimep.br/phpg/mostracademica/anais/4mostra/pdfs/489.pdf>.
25. Conselho Federal De Farmácia (Brasil). Resoluções nº 596, de 21 de fevereiro de 2014. Código de ética da profissão farmacêutica. Diário Oficial da União 25 mar, 2014; Seção 1.
26. Conselho Federal de Farmácia (Brasil.). Resolução nº 585, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. Diário Oficial da União 25 set, 2013; Seção 1. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf>>. Acesso em 01 jul. 2018

27. Burattini MN, Massad E, Rozman M, Azevedo RS, Carvalho HB. Correlação entre HIV e HCV em prisioneiros brasileiros: evidência de transmissão parenteral no encarceramento. *Rev Saúde Pública* 2000; 34(5):431-6.
28. Alves JP, Brazil JM, Nery AA, Vilela ABA, Filho IEM. Perfil epidemiológico de pessoas privadas de Liberdade. *Rev. enferm.* 2017 out;11(10):4036-44.
29. Ferreira LOC, Andrade AR, Santos TMF, Melo MCB, Rocha TTA. Prevalência de Hanseníase em Mulheres Privadas de Liberdade na Região Metropolitana do Recife em 2013. *Rev. Saúde Pesqui* 2016 mai/ago; 9(2): 227-33.
30. Souza ATS. Prevalência da sífilis e fatores de risco associados em internos do sistema prisional do Piauí. Teresina. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Universidade Federal do Piauí, 2016.
31. BRASIL. Ministério da Saúde. Tuberculose Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. (MS. Boletim Epidemiológico).
32. Organización Mundial de la Salud. El papel del farmacêutico en el sistema de atención de salud. Informe de um grupo de consulta de la OMS. Nueva Delhi: OMS; 1988. Disponível em: <<http://www.ops.org.bo/textocompleto/ime9848.pdf>>. Acesso em: 01 jul. 2018
33. Bisson MP. Farmácia Clínica & Atenção Farmacêutica. 2 ed. São Paulo:, Manole; 2007
34. Ministério da Saúde. Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde: cuidado farmacêutico na atenção básica [caderno 1]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servicos\\_farmaceuticos\\_atencao\\_basica\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servicos_farmaceuticos_atencao_basica_saude.pdf).
35. Aizenstein ML, Tomassi MH. Problemas relacionados a medicamentos; reações adversas a medicamentos e erros de medicação: a necessidade de uma padronização nas definições e classificações. *Rev ciênc farm. básica apli* 2011;32(2):169-173.
36. Santos HM, Ferreira PI; Ribeiro PL; Cunha I. Introdução ao seguimento farmacoterapêutico. GICUF-ULHT; 2007.
37. Hepler CD, Segal R. Preventing medication errors and improving drug therapy outcomes: a management systems approach: CRC Press; 2003.
38. Correr CJ, Otuki MF. A prática farmacêutica na farmácia comunitária: Porto Alegre: Artmed; 2013.
39. Endlich A, Alfano DP. A Importância da atenção farmacêutica na adesão aos tratamentos com antirretrovirais em portadores de HIV/AIDS. 2011. Vitória. Monografia [Trabalho de Conclusão de Curso] - Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo; 2011.
40. Andrzejewski A, Limberger JB.; Tuberculose no Sistema prisional: Revisão sistemática da epidemiologia, diagnóstico e tratamento farmacológico. *RDS* 2013; 14(2):189-198.
41. Silva AS. A importância da Farmácia Clínica no acompanhamento dos pacientes com Hanseníase em uma unidade Básica de Saúde. *Hansen Int.* 2015; 40 (1): p. 9-16.
42. Santos JS dos. Intervenções farmacêuticas na adesão ao tratamento farmacológico em usuários do centro de atenção psicossocial para álcool e outras drogas. Lagarto (SE). Monografia [Trabalho de Conclusão de Curso] – Universidade Federal de Sergipe; 2017.
43. Faria MB. Atenção Farmacêutica em dependentes químicos institucionalizados. Pindamonhangaba (SP) Monografia [Trabalho de Conclusão de Curso] – Faculdade de Pindamonhangaba; 2017. Disponível em: <<http://177.107.89.34:8080/jspui/bitstream/123456789/426/1/MarianaFARIA.pdf>>. Acesso em: 01 jul. 2018
44. Andrade LB. O Papel do Farmacêutico no Âmbito Hospitalar. Recife (PE). Monografia [Trabalho de Conclusão de Curso] – Instituto Nacional de Ensino Superior e Pesquisa; 2015. Disponível em: <<http://ccecursos.com.br/img/resumos/o-papel-do-farmac-utico-no--mbito-hospitalar.pdf>>. Acesso em: 01 jul. 2018

45. Castro MS, Chemello C, Pilger D; Junges F, Bohnen L, Zimmerman LM, Paulino MA, Jacobs U, Ferreira MBC, Fuchs FD. Contribuição da atenção farmacêutica no tratamento de pacientes hipertensos. *Rev.Bras. Hipertens.* 2006;13(3):198-202.
46. Silva Jr JBd. Tuberculose: guia de vigilância epidemiológica. *J. bras. Pneumol.* 2004; 30:57-86.
47. Ministério da Justiça (Brasil). Resolução CNPCP nº 11, de 07 de dezembro de 2006. Diretriz Básica para a Detecção de Casos de Tuberculose entre ingressos no Sistema Penitenciário nas Unidades da Federação. *Diário Oficial da União* 29 dez, 2006; Seção 1. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/cnpcp-1/resolucoes/resolucoes-arquivos-pdf-de-1980-a-2015/resolucao-no-11-de-07-de-dezembro-de-2006.pdf>>. Acesso em: 01 jul. 2018
48. Santos A, Pereira D; Silva O, Lopes L. Seguimento farmacoterapêutico em pacientes com tuberculose pulmonar através da Metodologia Dáder. *Rev ciênc farm básica apl.* 2009;27(3):269-273.
49. Silva FFAV, Cavalcante LL, Nobre RH, Nogueira, YNV, Vasconcelos LMO. Cuidado Farmacêutico ao Paciente Portador de Tuberculose Pulmonar. *Mostra Científica da Farmácia.* 2018;4(1). Disponível em: <<http://publicacoesacademicas.fcrs.edu.br/index.php/mostracientificafarmacia/article/view/1980>>
50. Ministério da Justiça (Brasil). Resolução nº 02, de 29 de outubro 2015. Apresenta recomendações que visam à interrupção da transmissão do HIV, das hepatites virais, da tuberculose e outras enfermidades entre as pessoas privadas de liberdade. *Diário Oficial da União* 13 nov, 2015; Seção 1. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/cnpcp-1/resolucoes/resolucoes-arquivos-pdf-de-1980-a-2015/2015-numero-2.pdf>>. Aceso em 01 jul. 2018
51. Amaral MF, Amaral RG, Provin MG. Intervenção farmacêutica no processo de cuidado farmacêutico: uma revisão. *Rev.eletronica farm.* 2008;5(1):60-66.
52. Primo LP. Gestão do cuidado em HIV/AIDS: impacto da atuação do farmacêutico clínico na adesão à terapia antirretroviral (TARV): Universidade de São Paulo. Dissertação. Ribeirão Preto, 2015
53. Lopes LMB, Grigoletto ARL. Uso consciente de psicotrópicos: responsabilidade dos profissionais da saúde Braz. *J. Health.* 2011;1:1-14.
54. Noto AR, Galduróz JCF. O uso de drogas psicotrópicas e a prevenção no Brasil. *Ciênc. Saúde colet.* 1999;4:145-151.
55. Ministério da Saúde (Brasil). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria nº 344, 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. *Diário Oficial da União* 01 fev 1999 Seção 1 (republicada). Disponível em: <[http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prt0344\\_12\\_05\\_1998\\_rep.html](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prt0344_12_05_1998_rep.html)>. Acesso em: 01 jul. 2018