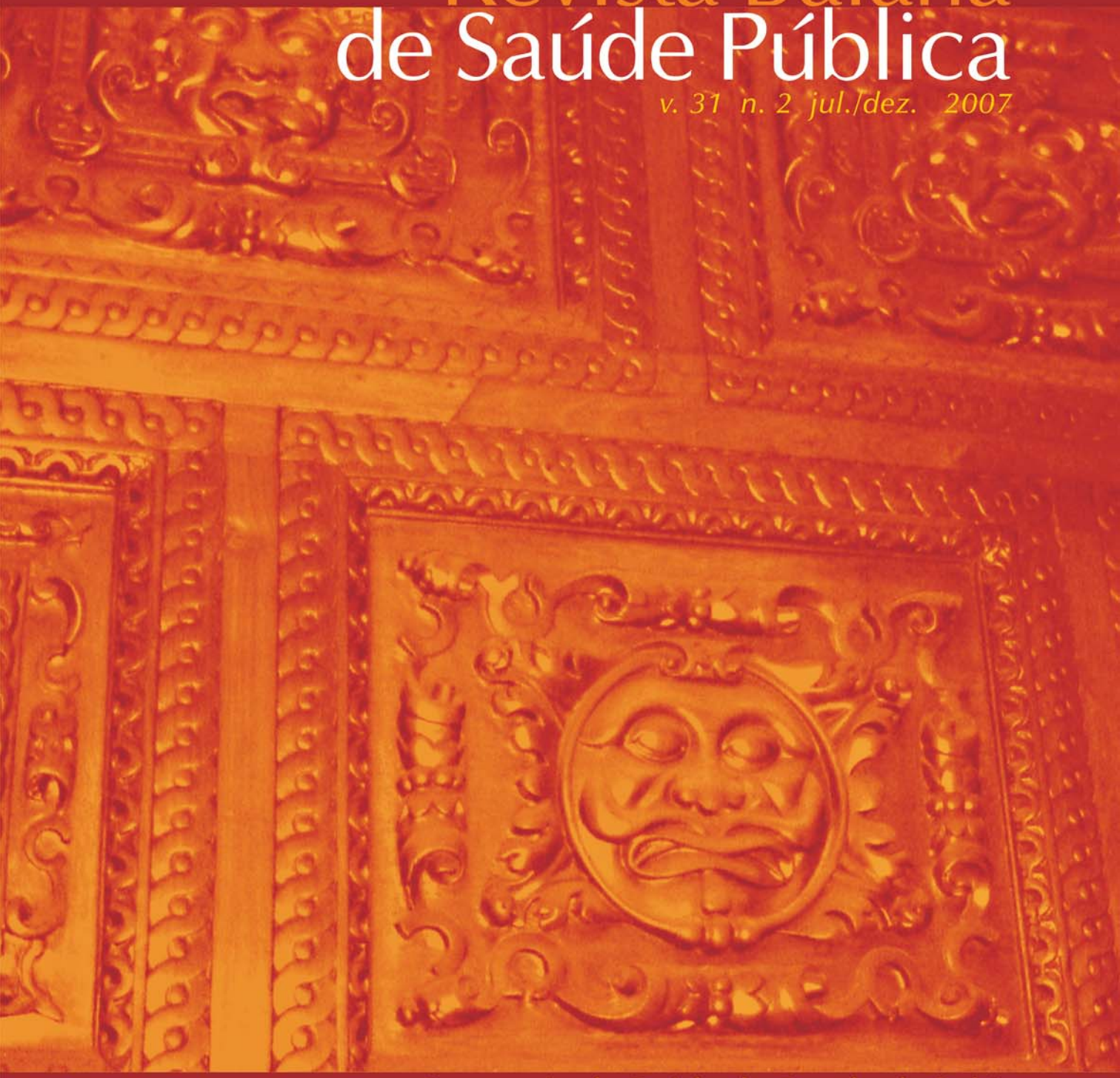
ISSN 0100-0233

Revista Baiana de Saúde Pública

v. 31 n. 2 jul./dez. 2007



Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

REVISTA BAIANA DE SAÚDE PÚBLICA
Órgão Oficial da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

EXPEDIENTE

Jacques Wagner – Governador do Estado da Bahia
Jorge José Santos Pereira Solla – Secretário da Saúde
Isabela Cardoso de Matos Pinto – Superintendente da SUPERH
Gesilda Meira Lessa – Diretora da Escola Estadual de Saúde Pública

ENDEREÇO • *Rua Conselheiro Pedro Luiz, 171 - Rio Vermelho*
Caixa Postal 631 CEP 41950-610 Salvador - Bahia - Brasil
Tels: 71 3116-5313 Fax: 71 3334-0428
e-mail: saude.revista@saude.ba.gov.br
Disponível no site: www.saude.ba.gov.br/rbsp/

EDITORA GERAL • *Lorene Louise Silva Pinto - SESAB / UFBA*

EDITORES ASSOCIADOS • *Álvaro Cruz - UFBA*
Carmen Fontes Teixeira - UFBA
Joana Oliveira Molesini - SESAB/ UCSal
José Carlos Barboza Filho - SESAB/ UCSal
Luis Eugênio Portela Fernandes de Souza - UFBA
Marco Antonio Vasconcelos Rego - UFBA

CONSELHO EDITORIAL • *Ana Maria Fernandes Pitta – USP*
Cristina Maria Meira de Melo – UFBA
Eliane Elisa de Souza Azevedo – UEFS-BA
Eliane Santos Souza – UFBA
Emanuel Sávio Cavalcanti Sarinho – UFPE
Fernando Martins Carvalho – UFBA
Heraldo Peixoto da Silva – UFBA
Jacy Amaral Freire de Andrade – UFBA
Jaime Breilh – CEAS – EQUADOR
Jiuseppe Benitivoglio Greco – EBMSP – BA
José Tavares Neto – UFBA
Luis Roberto Santos Moraes – UFBA
Maria do Carmo Soares Freitas – UFBA
Maria do Carmo Guimarães – UFBA
Maria Conceição Oliveira Costa – UEFS
Maria Isabel Pereira Viana – UFBA
Marina Peduzzi – UNICAMP-SP
Mitermayer Galvão dos Reis – FIOCRUZ-BA/ UFBA
Paulo Augusto Moreira Camargos – UFMG
Paulo Gilvane Lopes Pena – UFBA
Rafael Stelmach – HC – SP
Raimundo Paraná – UFBA
Reinaldo Martinelli – UFBA
Ricardo Carlos Cordeiro – UNESP
Ronaldo Ribeiro Jacobina – UFBA
Rosa Garcia – UFBA
Sérgio Koifman – ENSP/FIOCRUZ
Vera Lúcia Almeida Formigli – UFBA

SECRETÁRIA EXECUTIVA • *Lucitânia Rocha de Aleluia*

BIBLIOTECÁRIA • *Ivone Silva Figueredo*

PROJETO GRÁFICO • *Pamdesign*

REVISÃO E NORMALIZAÇÃO DE ORIGINAIS • *Lucélia Pulzi*

REVISÃO TÉCNICA • *Lucitânia Rocha de Aleluia*

EDITORAÇÃO • *Flávio Andrade*

IMPRESSÃO • *TS Gráfica*
Periodicidade - Semestral
Tiragem - 1.500 exemplares
Distribuição gratuita

ISSN: 0100-0233

Governo do Estado da Bahia

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

INDEXAÇÃO

Periódica: Índice de Revistas Latinoamericanas en Ciências (México)

Sumário Actual de Revista, Madrid

LILACS - SP - Literatura Latinoamericana en Ciências de La Salud - Salud Pública, São Paulo

Capa: detalhe do portal da antiga Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Solar do Séc. XVIII).

Fotos: Paulo Carvalho e Rodrigo Andrade (detalhes do portal e azulejos).

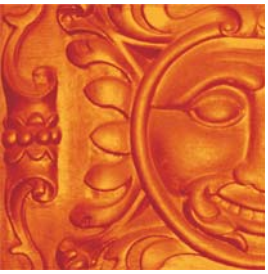
Revista Baiana de Saúde Pública é associada à
Associação Brasileira de Editores Científicos

R454 Revista Baiana de Saúde Pública / Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. - v.31, nº.2, jul./dez., 2007 - Salvador: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, 2007

Semestral.
ISSN 0100-0233

1. Saúde Pública - Bahia - Periódico. I. Título.

CDU 614 (813.8) (05)



S U M Á R I O

EDITORIAL 201

ARTIGO ORIGINAL

IDENTIFICAÇÃO DE PATÓGENOS HUMANOS NAS ÁGUAS QUE MARGEIAM A CIDADE DO RIO GRANDE/RS 203
César Francisco Silva da Costa, Raúl Andrés Mendoza-Sassi

ACOMPANHAMENTO ANTROPOMÉTRICO DE CRIANÇAS: O IDEAL E O REALIZADO 214
Mirna Albuquerque Frota, Augediva Maria Jucá Pordeus, Leonardo Barbosa Forte e Luiza Jane Eyre de Souza Vieira

IMPLICAÇÕES DO SANEAMENTO NA SAÚDE PÚBLICA OBSERVADAS NA REGIÃO DA LEOPOLDINA, RIO DE JANEIRO 225
Cynara de Lourdes Nóbrega da Cunha, Aldo Pacheco Ferreira e Aloísio Geraldo Sabino Lopes

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE MICROBIOLÓGICA DOS CALDOS DE CANA COMERCIALIZADOS NO CENTRO DE ITABUNA - BA E PRÁTICAS DE PRODUÇÃO E HIGIENE DE SEUS MANIPULADORES 240
Lucas R. de Carvalho e Juliana T. de Magalhães

CONTRIBUIÇÕES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF): UMA ATUALIZAÇÃO DA LITERATURA 248
Juliana Bittencourt Marques, Danielle de Paula Aprígio, Hugo Leonardo Silveira de Mello, Johnatas Dutra Silva, Luciana Noronha Pinto, Dionis de Castro Dutra Machado e Victor Hugo do Vale Bastos

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CEARÁ: A SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS 258
Maria Salete Bessa Jorge, José Maria Ximenes Guimarães, Liza Barreto Vieira, Francisco Diego Silva de Paiva, Daniel Rocha e Silva e Antônio Germane Alves Pinto

INSTRUMENTOS UTILIZADOS NA AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA DOR NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM DOR OROFACIAL E DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR 269
Camila Porto Pessoa, Morgana Bastos Barreto, Lydia Brito Santos, Tecia Daltro Borges Alves, Márcio Campos Oliveira e Ângela Guimarães Martins

PRÁTICA DE ATIVIDADES DE LAZER E MORBIDADE PSÍQUICA EM RESIDENTES DE ÁREAS URBANAS 296
Tânia Maria de Araújo, Juarez de Jesus Carmo Júnior, Maura Maria Guimarães Almeida e Paloma de Sousa Pinho

A (RES)SIGNIFICAÇÃO DA CIDADANIA NA CONSTRUÇÃO DO ESTADO E DA SOCIEDADE BRASILEIRA 313
Lívia Lima Nogueira dos Santos, Camila Neves Sá, Bianca Pereira, Mariluce Karla Bomfim de Souza e Lucimeire Santos Carvalho

ESTUDO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DE IDOSOS EM TRATAMENTO NO SETOR DE NEUROGERIATRIA DA CLÍNICA ESCOLA DE FISIOTERAPIA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA 324
Luciana Araújo dos Reis, Cláudio Henrique Meira Mascarenhas, Ariadne Novais da Costa e Rosângela Souza Lessa

COMUNICAÇÃO

IMUNIZAÇÃO CONTRA HEPATITE B EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO AMBIENTE ESCOLAR ... 333
Laís Haase Lanziotti e Ana Paula Linhares da Silva

RELATO TÉCNICO

CARACTERIZAÇÃO DOS PROTOCOLOS DE TERAPIA ANTINEOPLÁSICA NA REDE DE ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL PARA SERVIDORES DO ESTADO DA BAHIA, BRASIL 340
Sandro J. Martins e Valéria B. Peruna

RESUMO DE DISSERTAÇÃO

ARQUITETURA NO CONTROLE DA INFECÇÃO HOSPITALAR: ANÁLISE DOS RISCOS POTENCIAIS DE CONTAMINAÇÃO EM CENTRAIS DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO DE ESTABELECIMENTOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE DE JUIZ DE FORA – MG, BRASIL 348
Elisa Vale Campo Dall'Orto

E D I T O R I A L

Estamos finalizando mais um ano de publicação da nossa revista esperançosos de que este tenha sido mais um ano de trabalho na perspectiva da sua consolidação. Os dois números semestrais e os dois suplementos editados, um para subsidiar as discussões dos temas da VII Conferência Estadual de Saúde e outro com os primeiros artigos produzidos pela equipe técnica e colaboradores da Escola Estadual de Saúde Pública foram contribuições importantes para todos nós.

Reiteramos que, para nós tem sido muito gratificante receber artigos, teses e dissertações tratando de temas importantes para a atenção à saúde das pessoas, nas várias dimensões que interferem na saúde humana, produzidos por profissionais que literalmente expõem suas atuações sem possuírem o *status* de grandes cientistas, assim como receber contribuições de pesquisadores e grandes estudiosos nas suas áreas, o que muito tem nos honrado.

Aproveitamos este espaço para agradecer a todos os colaboradores, relatores, autores, a Escola de Saúde Pública da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, que nos abriga e a equipe da revista pelo trabalho e dedicação por mais este ano.

Um Feliz Ano Novo a todos

Lorene Pinto

Editora Geral

Revista Baiana
de Saúde Pública

ARTIGO ORIGINAL

IDENTIFICAÇÃO DE PATÓGENOS HUMANOS NAS ÁGUAS QUE MARGEIAM A CIDADE DO RIO GRANDE/RS

César Francisco Silva da Costa[a]

Raúl Andrés Mendoza-Sassi[b]

Resumo

Este estudo teve por objetivo identificar a presença dos microrganismos do grupo coliforme e de parasitos humanos potencialmente patogênicos existentes nas águas que margeiam a cidade do Rio Grande/RS. Foi realizado um estudo descritivo, tendo sido coletadas amostras de água em 12 pontos nos meses de outubro de 2004 e janeiro, abril, julho e outubro de 2005. Em cada amostra houve a identificação de enterobactérias e parasitos potencialmente patogênicos de interesse humano. Na análise estatística, procedeu-se ao cálculo de freqüências absolutas e relativas dos dados. Das 48 amostras, em 100% foram identificadas as bactérias Escherichia coli, Proteus, Salmonella. As amostras positivas para parasitos foram 17 (35,4%); oocistos de Cryptosporidium spp. encontrados em duas amostras (4,2%); a ameba de vida livre, gênero Acanthamoeba, em 12 amostras (25%); e a ameba de vida livre, gênero Naegleria, em três amostras (6,3%). Nos pontos de coleta, foi observada forte presença de atividade humana ou lançamento de dejetos. Como conclusão, a água do entorno da cidade estudada apresenta níveis significativos de enterobactérias e de parasitos potencialmente danosos para a população, tornando necessária a implementação de políticas e medidas para controlar esta situação.

Palavras-chave: Saneamento. Saúde Ambiental. Saúde pública. Microbiologia da água.

---

[a] *Professor do Departamento de Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande – FURG (autor principal). E-mail: hspcesar@furg.br*

[b] *Professor do Departamento de Medicina Interna da Fundação Universidade Federal do Rio Grande – FURG. E-mail: dmiraul@furg.br*

Artigo extraído da Dissertação de Mestrado "Identificação de patógenos humanos nas águas que margeiam a cidade do Rio Grande/RS: proposta de vigilância e monitoramento para os agravos relacionados" apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, em 2006.

IDENTIFICATION OF HUMAN PATHOGENS IN THE SHORELINE WATERS IN RIO GRANDE, RS

Abstract

This study aims at identifying microorganisms belonging to the Coliform group and potentially pathogenic human parasites in shoreline waters in Rio Grande, RS. A descriptive study was carried out; water was collected from twelve sites in October 2004, and in January, April, July, and October 2005. The identification of enterobacteria and potentially pathogenic parasites was made in every sample. The absolute and relative frequency data were calculated in the statistical analysis. Out of forty-eight samples, 100% presented the following bacteria: *Escherichia coli, Proteus, Salmonella*. Seventeen samples were positive for parasites (35.4%); *Cryptosporidium* spp. Oocysts were found in two samples (4.2%); the free life amoeba, genus *Acanthamoeba*, was found in twelve samples (25%); and the free life amoeba, genus *Naegleria*, was found in three samples (6.3%). Intense human activity and sewage disposal were observed in the area where the water was collected. Results show that the shoreline waters in this city present significant levels of enterobacteria and parasites that are potentially harmful to the population. This fact demands that policies and measures be implemented to control the situation.

Keywords: Sanitation. Environmental health. Public health. Water microbiology.

INTRODUÇÃO

A zona costeira provê inúmeras oportunidades para recreação, o que a torna importante área para o desenvolvimento de instalações turístico-industriais. Também para ela são atraídas outras atividades pelas possibilidades de transporte de matérias-primas e de produtos com o desenvolvimento de portos, situação que potencializa o descarte de efluentes líquidos [1].

Em relação à disposição de resíduos, a postura que ainda prevalece é a de "fora da visão, fora da mente", afetando as zonas costeiras receptoras finais de poluentes e materiais originados das atividades humanas em terra. Em particular, a descarga de efluentes líquidos, em municípios costeiros é considerada como uma das principais ameaças ao desenvolvimento costeiro sustentável, afetando a saúde humana e a qualidade ambiental, resultando em perdas econômicas[1]. Assim, não é surpreendente que as zonas costeiras sejam densamente povoadas, observando, inclusive, uma tendência migratória populacional crescente [2].

As doenças relacionadas à água são causadas, principalmente, por microrganismos patogênicos de origem entérica, animal ou humana, transmitidas basicamente pela rota fecal-oral,

ou seja, são excretados nas fezes de indivíduos infectados e ingeridos na forma de água ou alimento contaminado por água poluída com fezes [3].

No caso das águas destinadas à balneabilidade (recreação de contato primário), suas condições são avaliadas conforme Resolução do Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA) nº 274, de 29 de novembro 2000, ao considerar que a saúde e o bem-estar humano podem ser afetados pelas condições de balneabilidade. Essa Resolução define que as águas doces, salobras e salinas destinadas à balneabilidade terão sua condição avaliada nas categorias própria e imprópria [4].

A Lagoa dos Patos, situada na zona costeira, ao Sul do Rio Grande do Sul, é a maior laguna costeira do Brasil. A cidade do Rio Grande está localizada nas margens da Lagoa dos Patos, com uma grande diversidade de vida devido à sua feição estuarial e costeira, sendo a preservação da qualidade dessas águas para a conservação dos recursos disponíveis de fundamental importância, fato que justifica fazer uma análise da situação atual com base em informações disponíveis da situação em vigor [5-6].

Assim, este estudo teve por objetivo identificar a presença dos microrganismos patogênicos do grupo coliforme e de parasitos humanos potencialmente patogênicos existentes nas águas que margeiam a cidade do Rio Grande/RS.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo descritivo com a finalidade de diagnosticar a situação sobre as bactérias coliformes totais e termotolerantes e parasitos patogênicos para o homem nas águas do entorno da cidade do Rio Grande. Os pontos de coleta foram definidos por meio da identificação de áreas com potencial comprometimento à qualidade ambiental ou com sua utilização pela população para recreação, bem como com habitações ou moradias irregulares na margem.

Cabe salientar que neste estudo não foram envolvidos diretamente sujeitos humanos, logo, não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, contudo, o compromisso ético foi mantido no sentido de que os resultados foram encaminhados às autoridades locais de saúde para que possam incluir, no seu planejamento, ações pertinentes.

Este estudo fez a avaliação das águas em quatro situações climáticas distintas, compatíveis com as estações do ano no hemisfério sul (primavera, verão, outono e inverno). As coletas para as bactérias aconteceram nos meses de outubro de 2004, janeiro, abril e julho de 2005, visando representar as variações das estações climáticas. Para o caso dos parasitos, as coletas foram realizadas nos meses de janeiro, abril, julho e outubro de 2005.

Foram demarcadas três grandes áreas ao redor da cidade, que, para efeito deste estudo, foram denominadas A, B e C, conforme observado no **Quadro 1.**

Quadro 1 – Freqüência de patógenos em relação ao ponto e mês de coleta.

Área	Ponto de Coleta	Primavera* (outubro/2004)	Verão (janeiro/2005)	Outono (abril/2005)	Inverno (julho/2005)	Primavera** (outubro/2005)
A	1	⊙	⊙	⊙ ♦	⊙ ■	♦
	2	⊙	⊙ ♦	⊙ ■	⊙ ■	
	3	⊙	⊙ ♦	⊙	⊙	
B	4	⊙	⊙ ◊	⊙ ♦	⊙	
	5	⊙	⊙	⊙	⊙	♦
	6	⊙	⊙ ◊	⊙ ♦	⊙ ♦	♦
	7	⊙	⊙	⊙	⊙	
	8	⊙	⊙	⊙	⊙	
	9	⊙	⊙	⊙	⊙	
C	10	⊙	⊙	⊙	⊙	♦
	11	⊙	⊙	⊙	⊙	
	12	⊙	⊙	⊙	⊙ ♦	♦

Legenda:
⊙ = *Escherichia coli*; *Proteus*; *Salmonella*
◊ = *Cryptosporidium* spp.
♦ = *Acanthamoeba* spp.
■ = *Naegleria* spp.
Observação:
* não-pesquisado parasitos **não-pesquisado bactérias

A área A, Canal do Rio Grande, é o escoadouro natural de toda a bacia hidrográfica da Lagoa dos Patos, chamado também de Canal de Acesso.

A área B, Canal do Norte, localiza-se entre parte da cidade do Rio Grande e a Ilha dos Marinheiros. É uma área de navegação intensa e concentração de indústrias de pescados e suas águas circundam vários bairros da cidade.

A área C, denominada Saco da Mangueira, situada ao Sul da cidade, além de *habitat* de diversas espécies, é um criadouro natural para peixes e crustáceos de interesse comercial [5].

Dentre as áreas, foram demarcados 12 pontos de coleta assim distribuídos: área A três pontos; área B seis pontos; área C três pontos. A área B teve o dobro de pontos de coleta porque nela existe uma maior densidade de habitações ou moradias irregulares e por apresentar um grande fluxo de pessoas na zona próxima ao centro da cidade.

As amostras de água foram coletadas de acordo com normas para procedimentos de pesquisa, utilizando como fonte as Técnicas de Análise Microbiológicas da Água – Membrana Filtrante da Companhia de Tecnologia de Saneamento Ambiental, Secretaria do Meio Ambiente do Estado de São Paulo (CETESB) – SP/1997, seguindo as recomendações técnicas para coletas de Águas de Superfícies (rios, lagos, etc.) [7].

De cada ponto de coleta foram colhidas quatro amostras, totalizando, assim, 48. As análises foram realizadas no Laboratório de Microbiologia, do Departamento de Patologia da Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG).

As variáveis estudadas foram: mês da coleta, presença de coliformes totais e termotolerantes, presença de parasitos, ocorrência de chuva no dia anterior à coleta e de chuva no dia da coleta.

Os dados das diferentes variáveis estudadas obtidos a partir das coletas foram introduzidos em uma planilha, construída no Programa Excel, sendo realizadas, posteriormente, as análises de tipo descritivo em *Software* estatístico [8]. Foram calculadas as freqüências absolutas e relativas dos diversos patógenos encontrados, e sua distribuição segundo o mês da coleta, área e pontos envolvidos.

RESULTADOS

Pelo processo de observação em campo, foi possível verificar que as águas e locais estudados até o momento da pesquisa eram realmente utilizados pela população para recreação e, principalmente, para a pesca de várias espécies de peixes e crustáceos, e que o somatório dos efluentes despejados nessas áreas poderia comprometer as águas que as margeiam, advindo em prejuízo ambiental, econômico e social da cidade e região. Foi possível observar também que a crescente urbanização de algumas áreas da cidade fez com que surgisse uma faixa contínua de habitações e moradias irregulares.

Conforme se observa no **Quadro 1**, a prevalência de bactérias existentes ao longo dos pontos estudados foi homogênea. No que se refere aos parasitos, pode-se observar na **Figura 1** variações na freqüência, segundo o ponto. O mais afetado foi o ponto 6, que mostrou a presença de parasitos em todas as quatro coletas realizadas durante o estudo (100%), apresentando, em uma oportunidade, oocistos de *Cryptosporidium* spp. e, em três, *Acanthamoeba* spp.

Quanto à identificação de patógenos, segundo o mês de coleta, pode-se observar que, em outubro de 2004, se evidencia a presença constante de enterobactérias em todos os pontos de coleta, fato que se repetiu durante os demais meses em que esses patógenos foram pesquisados. As bactérias encontradas nas amostras analisadas foram a *Escherichia coli, Proteus* e *Salmonella*. Cabe salientar que, com relação à *Escherichia coli*, esta foi identificada em todas as amostras analisadas em número superior a 1.000 (um mil)/100 ml de água.

Nos resultados das análises no mês de janeiro de 2005, foi identificada a presença de parasitos em quatro pontos de coleta. Os oocistos do parasito *Cryptosporidium* spp., nos pontos de coleta 4 e 6, e *Acanthamoeba* spp, nos pontos 2 e 3, totalizaram, no período, 33,3% das amostras.

Nos resultados das análises no mês de abril de 2005, repete-se a presença de *Acanthamoeba* spp., desta vez em três pontos de coleta (pontos 1, 4 e 6), e é identificada

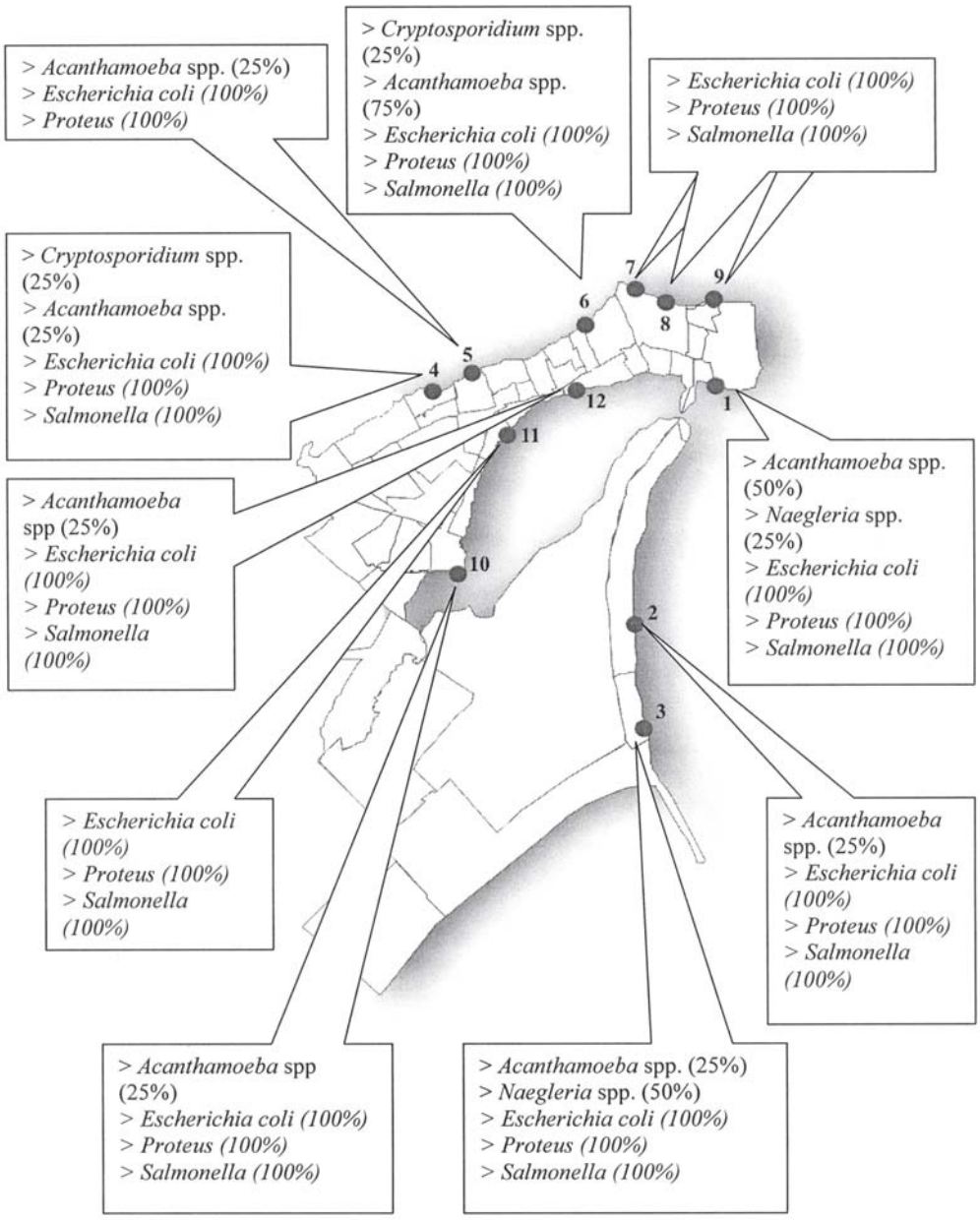


Figura 1 – Mapa Sinóptico com demonstração dos pontos de coleta e patógenos humanos encontrados (%)

Figura da cidade em uma adaptação do modelo NEAS/FURG [18].

Naegleria spp. em um dos pontos pesquisados (ponto 2). Não houve identificação de oocistos de *Cryptosporidium* spp.

Nos resultados das análises do mês de julho de 2005, foi confirmada a presença de parasitos em quatro pontos de coleta, totalizando 33,3% das amostras. A Acanthamoeba *spp. foi identificada nos pontos 6 e 12. A* Naegleria *spp., nos pontos 1 e 2.*

Nas amostras analisadas no mês de outubro de 2005, reconheceu-se a presença de parasitos em cinco pontos de coleta (pontos 1, 5, 6, 10 e 12), correspondendo a 41,7% das amostras. Em todos estes cinco pontos foi identificado apenas o parasito *Acanthamoeba* spp.

Quanto à variação sazonal dos achados, temos que, no verão, foram encontrados parasitos em quatro das 12 amostras (33%), sendo que em duas foi identificado Acanthamoeba spp. (16,7%) e, na mesma proporção, oocistos de Cryptosporidium spp. (16,7%).

No outono, identificaram-se parasitos em quatro oportunidades (33%), sendo três para *Acanthamoeba* spp. (25%) e uma vez *Naegleria* spp. (8,3%).

No período correspondente ao inverno, havia parasitos em quatro amostras (33%), distribuídos entre *Acanthamoeba* spp., em duas vezes (16,7%), e *Naegleria* spp., duas também (16,7%).

Na primavera, cinco amostras apresentaram resultados positivos (41,7%), sendo que o único parasito identificado foi a *Acanthamoeba* spp.

Analisando a distribuição da freqüência de parasitos, segundo a estação climática estudada, pode ser observado que, das 48 amostras, quatro (8,3%) foram positivas no verão, quatro no outono (8,3%), quatro no inverno (8,3%) e cinco na primavera (10,4%).

Nos dados referentes às condições climáticas, em particular à ocorrência de precipitações na véspera da coleta e/ou no dia da coleta, podemos observar que, em 33,33% das vezes, ocorreu chuva no dia anterior à coleta e, em 27,08%, no dia da coleta.

Quando se estudou a associação entre a presença de parasitos na amostra de água e a ocorrência de chuva no dia anterior à coleta, identificou-se que a prevalência de parasitos foi de 43,75% (7/16) com chuva e de 31,25% (10/32) quando este fenômeno não aconteceu, mas tal associação não foi estatisticamente significante ($p=0,4$).

Ao estudar a associação entre a presença de parasitos e a ocorrência de chuva no dia da coleta, verificou-se que a prevalência de parasitos foi de 38,46% (5/13) nos dias com chuva, enquanto nos dias em que não choveu a prevalência foi de 34,29% (12/35), sendo esta diferença também não estatisticamente significante ($p=0,8$).

DISCUSSÃO

No presente estudo foram identificadas amebas de vida livre dos gêneros *Naegleria* e *Acanthamoeba* nas amostras de água em alguns pontos pesquisados. Esta é a primeira vez que uma pesquisa descreve estes protozoários no entorno das águas que circundam a cidade na qual o estudo foi realizado. Conforme já descrito, eles são agentes etiológicos de meningencefalite e também de infecções crônicas da córnea causadas por várias espécies de *Acanthamoeba* [9-10-11].

O encontro de amebas patogênicas no meio ambiente constitui somente um indicador da possibilidade de aquisição de parasitose, sendo pouco conhecidos os fatores que condicionam a ocorrência de infecção e doença. Neste sentido Silva e Rosa[12] dizem que é evidente que muitas cepas não são patogênicas ou muitas pessoas não lhes são vulneráveis ou circunstâncias especiais são necessárias para que ocorram as alterações patogênicas.

De acordo com Neves[13], as formas trofozoíticas das amebas de vida livre alimentam-se de bactérias, sendo seus cistos encontrados no solo seco ou na poeira, ocorrendo seu desencistamento quando entram em ambiente úmido, principalmente em presença de *Escherichia coli* e outras bactérias.

Chamamos a atenção para o acima descrito pelo fato de que, em nosso estudo, houve a identificação de bactérias e, em especial, a concentração de *Escherichia coli* em número superior a 1.000 (um mil)/100 ml de água, sendo a água do entorno da cidade, portanto, um excelente meio para o desencistamento de amebas de vida livre.

Outro parasito identificado no estudo foi oocistos de *Cryptosporidium* spp. A doença causada por este protozoário tem sido assinalada em vários locais do mundo em formas de surtos de diarréia de verão e em pacientes com enterite, e associada a casos de diarréia aguda no Brasil [13].

O aparecimento de oocistos de *Cryptosporidium* spp. em dois pontos durante o período em que foi realizado o estudo revela a potencialidade que este protozoário tem na origem da doença diarréica. Estudos têm mostrado a ocorrência de surtos epidêmicos por essa causa. Em 1988, na cidade de Ayshire, no Reino Unido, foi descrita uma epidemia por oocistos, afetando 28 pessoas. Mais recentemente, em 1993, na cidade de Milwakee, Wisconsin, nos Estados Unidos, houve outra epidemia devida à contaminação das águas de abastecimento, provocada pelo protozoário *Cryptosporidium parvum*, causando gastrenterites em 370.000 pessoas, com a ocorrência de 40 óbitos [14].

No Brasil, 2.842 casos da doença foram detectados no período de 1980 a 1997, entre os pacientes imunodeprimidos, particularmente nos portadores da Sida (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), sendo as regiões Nordeste e Sudeste do País as áreas mais afetadas [15].

Smith[16] descreve algumas razões para o *Cryptosporidium* spp. tornar-se significante patógeno de transmissão hídrica, entre elas, o fato de provocar infecções endógenas com baixa dose infectante, densidades de contaminação ambiental com oocistos infectantes suficientes para poluir o ambiente aquático e bastante pequenos para atravessar o processo de tratamento da água, além de serem resistentes aos desinfetantes comumente empregados.

No que diz respeito à prevalência de parasitos, nos dias em que choveu na véspera ou no mesmo dia da coleta, foi observado um aumento dessa prevalência quando acontecia essa

situação, sendo que, no caso de chuva no dia anterior, a prevalência foi 12% maior, enquanto que, no caso de chuva no dia da coleta, foi de apenas 4% a mais. Isto está de acordo com o expressado por autores que afirmam serem os períodos de chuvas fatores determinantes para a mudança microbiológica da água [17].

As associações encontradas não foram estatisticamente significativas. Uma possível explicação para essa ausência de associação poderia ser a falta de poder na amostra para encontrar essa diferença. No entanto, a importância da água para a manutenção de padrões aceitáveis de qualidade ambiental é indiscutível.

Embora a relação com a água não seja a única forma de transmissão das diarréias infecciosas, a qual pode ser, entre outras causas, por meio de alimentos contaminados por excrementos humanos e, secundariamente, de sistemas de esgotos precários ou por fezes de animais domésticos, este trabalho demonstrou o potencial risco a que estão expostas as populações que residem ou utilizam as áreas com presença desses patógenos humanos.

Para que ações nesse sentido tenham êxito, é fundamental conhecer os locais de potencial contaminação. Ao conhecê-los e avaliando sua importância quanto à morbimortalidade, o profissional poderá melhor planejar suas ações de vigilância da qualidade da água, contribuindo para a contínua melhoria dos padrões de saúde da população.

Os resultados obtidos neste trabalho levam-nos a considerar a água do entorno da cidade do Rio Grande como um problema para a saúde dos seres humanos que a utilizam. Acredita-se que o desenvolvimento de um trabalho de educação sanitária para a população local e a adoção de medidas preventivas, visando à preservação e ao tratamento das águas já comprometidas, aliados às técnicas de tratamento de dejetos, sejam duas das ferramentas necessárias para diminuir ao máximo o risco de ocorrência de enfermidades relacionadas à água.

REFERÊNCIAS

1. Global Programme of Action for the Protection of the Marine Environment from Land-based Activities. Training Manual Improving Municipal Wastewater Management in Coastal Cities [CD-ROM]. The Hague, The Netherlands: Train-Sea Coast GPA. Coordination Office; 2004.

2. Group of Experts on the Scientific Aspects of Marine Environmental Protection - Protecting the oceans from land-based activities – Land–based sources and activities affecting the quality and uses of the marine, coastal and associated freshwater environment. Report and Studies. GESAMP 2001; 71: 162.

3. Friedman LS, Isselbacher KJ. Diarréia e constipação. In: Harryson TR. Medicina Interna. 14ª ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil;1998. p. 252-61.

4. Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA). Resolução Nº 274. Recomendam a adoção de sistemáticas de avaliação da qualidade ambiental das águas. Brasília; 2000.

5. Asmus HE, Asmus ML, Tagliani PR. O estuário da Lagoa dos Patos: um problema de planejamento costeiro. In: Anais do III Encontro Brasileiro de Gerenciamento Costeiro. Fortaleza, Ceará; 1985. p 71-95.

6. Almeida MTA, Baumgarten MGZ, Rodrigues RM. Identificação das possíveis fontes de contaminação das águas que margeiam a cidade do Rio Grande, RS: Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Série Documentos Técnicos. Oceanografia 1993; 6: 33.

7. Fundação Nacional de Saúde (BR). Manual técnico de análises de água para consumo humano. Brasília; 1999.

8. StataCorp. Stata Statistical Software: Release 8.0. College Station, Texas, TX: Stata Corporation; 2003.

9. Pessoa SB, Martins AV. Parasitologia médica. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1982.

10. Di Gregorio C, Rivasi F, Mongiardo N, De Rienzo B, Wallace S, Visvesvara GS. *Acanthamoeba meningoencephalitis* in a patient with acquired immunodeficiency syndrome. Arch. Pathol. Lab. Med. 1992; 116: 1363-5.

11. Cogo PE, Scaglia M, Gatti S, Rossetti F, Alaggio R, Laverda AM, Zhou L, Xiao L, Visvesvara GS. Fatal *Naegleria fowleri Meningoencephalitis*, Italy. Emerging Infectious Diseases 2004; 10, (10): 1835-37. Extraído de [http://www.cdc.gov/eid], acesso em [20 de novembro de 2005].

12. Silva MA, Rosa JA. Isolamento de amebas de vida livre potencialmente patogênicas em poeira de hospitais. Rev. Saúde Pública 2003; 37 (2): 242-6.

13. Neves DP, Melo AL, Linardi PM, Vitor RWA. Parasitologia humana. 11ª ed. Neves DP, editor. São Paulo: Atheneu; 2005.

14. Organización Panamericana de La Salud. Calidad del agua potable en América Latina: ponderación de los riesgos microbiológicos contra los riesgos de los subproductos de la desinfección química. Washington; 1996.

15. Centro de Referência e Treinamento. Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids (CRT-DST/AIDS). São Paulo; 1997.

16. Smith HV. Detection of parasites in the environment. In: Smith HV, Stimson WH, editors; co-ordinating editor Chappel LH. Infectious diseases diagnosis: current status and future trends. Parasitology 1998;117: 113-41.

17. Amaral LA, Nader Filho A, Rossi Junior OD, Ferreira FLA, Barros LSS. Água de consumo humano como fator de risco à saúde em propriedades rurais. Rev. Saúde Pública 2003; 37 (4): 510-4.

18. Núcleo de Estudos em Administração e Saúde Coletiva/Fundação Universidade Federal do Rio Grande. Vulnerabilidade social. Extraído de [http://www.neas.furg.br/mapa.htm], acesso em [21 de julho de 2005].

Recebido em 19.03.2007 Aprovado em 18.05.2007

ARTIGO ORIGINAL

ACOMPANHAMENTO ANTROPOMÉTRICO DE CRIANÇAS: O IDEAL E O REALIZADO

Mirna Albuquerque Frota[a]
Augediva Maria Jucá Pordeus[b]
Leonardo Barbosa Forte[c]
Luiza Jane Eyre de Souza Vieira[d]

Resumo[a]

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, como a cobertura vacinal até 5 anos de idade, deve ser procedido com o uso do "Cartão da Criança (CC)" – MS, devendo ser utilizado pelos pais e profissionais responsáveis da área. O objetivo deste estudo foi verificar, entre os profissionais de saúde, os fatores relacionados com o acompanhamento antropométrico, por meio do gráfico ponderal do CC, estudo do tipo inquérito epidemiológico, com 20 desses profissionais vinculados a quatro instituições da Rede Básica de Saúde Municipal da Secretaria Executiva Regional VI/Fortaleza-CE, com aplicação do formulário. Os resultados mostram que existe déficit na presença de registro do peso no gráfico do CC, como também há cartões originais sem preenchimento, tendo como fatores que mais interferem a falta de tempo e o esquecimento do Cartão pelo responsável. Verificou-se que, estatisticamente, foi significativa a falta de orientação aos pais/responsáveis sobre a interpretação do gráfico ponderal. Conclusivamente, averigou-se que a prática da monitoração do crescimento e desenvolvimento demonstra não ser prioridade dos profissionais.

Palavras-chave: Saúde da criança. Peso-estatura. Promoção da saúde.

---

[a] *Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Graduação em Enfermagem e Mestrado em Educação em Saúde da Universidade de Fortaleza – UNIFOR. Endereço: Rua Manuel Jacaré, 150, ap. 1401 - Meireles. Fortaleza - CE – CEP 60175-110. E-mail: mirnafrota@unifor.br*

[b] *Enfermeira. Professora da Graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza – UNIFOR.*

[c] *Enfermeiro. Programa Saúde da Família - PSF/Ceará.*

[d] *Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Graduação em Enfermagem e Mestrado em Educação em Saúde da Universidade de Fortaleza – UNIFOR.*

Abstract

The children's growth and development monitoring, such as the immunization coverage of children up to 5 years of age, must be accompanied by the "Identity of the Child (CC)" - MS, and should be used by parents and professionals responsible for children. The purpose of this study was to verify among health professionals the factors related to monitoring anthropometric through graphic weight of the CC. Inquiry Epidemiological Study, with 20 health professionals from 4 Government Health Basic Network Institutions of the Regional Executive Bureau VI/Fortaleza-EC, through the application of a form. The results show that there is a deficit in weight records on CC graph, as well as original cards not filled in, having as interference factors: lack of time and person in charge forgetting the card. The lack of instructions to parents/persons in charge on the weight graph interpretation proved to be statistically significant. In conclusion, the practice of growth and development monitoring does not seem to be priority for the professionals.

Keywords: Child health. Height by weight. Health promotion.

INTRODUÇÃO

O acompanhamento de dados antropométricos em curvas de crescimento padronizados tornou-se um teste de triagem na promoção da saúde, pois as curvas individuais, principalmente a do peso, são indicadores sensíveis do estado de saúde da criança. Embora o apoio científico ao valor da monitoração do crescimento como teste de triagem seja insatisfatório, é consenso a noção de que tal procedimento é útil e contribui para a tranqüilidade dos pais. Portanto, é recomendável fazer a aferição e o registro do peso, da estatura e do perímetro cefálico em todas as consultas até os dois anos de idade.

O estado nutricional de uma criança é excelente indicador de sua saúde global e, conseqüentemente, qualidade de vida, portanto, monitorar o crescimento e ganho ponderal permite avaliar se a criança está desenvolvendo plenamente seu potencial. A carência alimentar e a subnutrição na infância concentram a atenção dos especialistas na América Latina por mais de meio século[1].

O Brasil, assim como a maioria dos países, enfrenta uma sucessão de crises econômicas, com sérias implicações sociais, pois há cerca de 32 milhões de brasileiros abaixo da linha da indigência, isto é, pessoas cuja renda familiar permite apenas a aquisição da cesta básica de alimentos[2]. Convém ressaltar que as crianças são consideradas os grupos populacionais mais vulneráveis, nos quais as deficiências nutricionais costumam determinar maiores danos, pois é

precisamente durante a infância que aumentam as necessidades dos nutrientes básicos. Uma nutrição adequada durante a fase do crescimento garantirá à criança uma vida saudável e, em última análise, maiores chances de sobrevivência.

Uma das atribuições do profissional de saúde, no atendimento de uma criança, consiste em identificar a deficiência nutricional, se foi determinada pela falta de acesso a uma alimentação adequada ou se secundária a uma infecção, erro metabólico, alimentar ou se pode estar relacionada com outras causas.

Portanto, o "Cartão da Criança (CC)", fornecido pelo Ministério da Saúde, é um instrumento importante na monitoração do crescimento e desenvolvimento infantil, assim como permite acompanhar o esquema vacinal e detectar problemas de saúde relacionados com as medidas antropométricas. Neste sentido, a Organização Mundial de Saúde sugere que uma criança seja considerada em risco nutricional quando não ganhar peso em duas medidas sucessivas ou quando a sua curva de crescimento for descendente, cruzando as linhas de percentis mais de uma vez[3].

Para isso, a puericultura está se consolidando como prática interdisciplinar e a qualidade dos registros no CC constitui uma ferramenta relevante na avaliação, tanto da saúde dessa população-alvo como da prática profissional que está sendo compartilhada na atenção básica.

O "Cartão da Criança", no ano de 2005, foi revisado pelo Ministério da Saúde, resultando na "Caderneta de Saúde da Criança", com ampliação da faixa de acompanhamento para 10 anos de idade. Nesta caderneta, há outros itens, além dos contidos no cartão da criança, como dados sobre as etapas da gestação, alimentação saudável, gráfico de perímetro cefálico, informações sobre prevenção de acidentes, profilaxia da vitamina A, bem como espaços para anotações de cunho clínico[4].

Considerando-se a relevância desses instrumentos para avaliação, o presente estudo teve como objetivo verificar os fatores relacionados ao acompanhamento antropométrico por intermédio do gráfico ponderal do "Cartão da Criança".

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo do tipo inquérito epidemiológico, com a finalidade de identificar os fatores relacionados ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento mediante o gráfico pôndero-estatural da criança.

O estudo desenvolveu-se em quatro postos de saúde vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS). São eles: o Núcleo de Assistência Médica Integrada (NAMI), Centro de Saúde César Cals, Centro de Saúde Manoel Carlos Gouveia e o Centro de Saúde Hélio Goes Ferreira, os quais fazem parte da Secretaria Executiva Regional VI (SER VI) da Prefeitura Municipal de Fortaleza.

Os sujeitos do estudo foram 20 profissionais de saúde, 11 médicos pediatras e nove enfermeiros, no período de março a abril de 2003, que concordaram em participar, independentemente da idade e sexo.

Foram empregados um formulário estruturado e um pré-teste para adequação à finalidade da pesquisa, tornando mais objetivas e claras as questões propostas. O instrumento aplicado continha os seguintes tópicos: dados sociodemográficos dos profissionais, fatores que interferem no acompanhamento pôndero-estatural da criança, formas de apresentação do CC, como o preenchimento, orientação oferecida aos pais/responsáveis sobre interpretação dos gráficos e importância da interpretação do gráfico ponderal do CC pelos pais/responsáveis.

Foi utilizado, para realização do Teste do Qui-quadrado para discrepância, o programa do *Statistical Package for the Social Sciense* (SPSS), versão 13.0, como análise dos dados, sendo interpretado por tabelas e gráficos.

Todos os profissionais assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com base na Resolução de nº 196/96, do Ministério da Saúde[5], sendo preservado o anonimato dos participantes, bem como sua autonomia. O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

RESULTADOS

A situação de crescimento e desenvolvimento da criança é o principal indicador de suas condições de saúde. Portanto, a promoção da saúde infantil compreende todas as ações diretas e indiretas que favorecem a criança. É válido ressaltar que, entre as ações diretas que competem ao profissional de saúde, se destacam o acompanhamento antropométrico e as práticas educativas em saúde, consistentes em atuar junto aos pais e cuidadores infantis, e às próprias crianças, mantendo ou promovendo a aquisição de competência para atender às suas necessidades, que incluem: comunicação, higiene, imunizações, sono, nutrição (quantidade, qualidade, hábitos), afeto, segurança, jogos/brincadeiras, sexualidade, cuidados dentários, disciplina e auto-estima.

Foi observado que, dos 20 profissionais de saúde entrevistados, 15 (75%) referiram que em toda consulta se faz o registro ponderal no gráfico peso-idade no CC e 5 (25%) não realizaram, porém, tal registro. Embora não estivesse nos objetivos a verificação dos cartões, pressupõe-se que a monitoração do crescimento infantil por parte dos profissionais ainda é deficitária **(Gráfico 1).**

O tempo foi um dos fatores relacionados que interfere no acompanhamento, relatado como inconveniente, em virtude da falta deste, mencionada por 80% dos profissionais, notando-se a necessidade de reflexão, pois verificou-se que, em cada instituição, a média de

Gráfico 1 – Distribuição porcentual dos profissionais de saúde, segundo registro ponderal no Cartão da Criança nas consultas ambulatoriais. Fortaleza, 2003.

Fonte: Inquérito epidemiológico com profissionais de saúde da rede básica da SER-VI.

crianças atendidas por profissional de saúde é de, aproximadamente, 12 por período, sendo o tempo de expediente de cada profissional de 4 horas **(Tabela 1).**

Tabela 1 – Distribuição porcentual dos profissionais de saúde, segundo os fatores relacionados ao acompanhamento pôndero-estatural da criança. Fortaleza, 2003.

Fatores que interferem	Nº*	%
Responsável não traz o cartão	15	75,0
Falta de tempo	16	80,0
Preenchimento incorreto do cartão	9	45,0
Nenhum fator interfere	0	00,0
Outros	10	50,0

Fonte: Inquérito epidemiológico com profissionais de saúde da rede básica da SER-VI.
*Cálculo baseado nos 20 participantes do estudo.

Assim, com o teste do qui-quadrado para discrepância entre os fatores que interferem no acompanhamento pôndero-estatural, foram formuladas as duas hipóteses: H0 - Não existir discrepância entre os fatores observados e H1- Existir discrepância (hipótese contraditória).

Como o qui-quadrado tabelado (9,4877) é menor do que o qui-quadrado calculado para a amostra (16,31), então, concluiu-se, em nível de 95% de confiabilidade, que a hipótese H0 foi rejeitada, ou seja, os fatores apresentados são significativamente diferentes **(Tabela 1).**

Em relação ao preenchimento do CC, os profissionais do estudo referem ter observado, durante as consultas em ambulatório, muitos cartões originais não-preenchidos, correspondendo a 65% **(Tabela 2)**. Este dado revela a pouca credibilidade quanto à importância do registro no gráfico peso-idade.

Tabela 2 – Distribuição porcentual dos profissionais de saúde, segundo formas de apresentação do Cartão da Criança identificadas durante a consulta. Fortaleza, 2003.

Tipos de cartões observados	Nº*	%
Muitos cartões originais não-preenchidos	13	65,0
Poucos cartões originais não-preenchidos	4	20,0
Muitos cartões 2ª via não-preenchidos	5	25,0
Xerox do cartão não preenchida	1	5,0
Não observa falhas	3	15,0

Fonte: Inquérito epidemiológico com profissionais de saúde da rede básica da SER-VI.
*Cálculo baseado nos 20 participantes do estudo.

Foi relatado pelos profissionais de saúde o esquecimento do cartão no momento da consulta, correspondendo a 75%. Notou-se ainda que 40% não orientavam a respeito do gráfico do cartão **(Gráfico 2)** e 35% não consideravam importante a interpretação do gráfico pôndero-estatural pelos pais **(Gráfico 3).** Assim, tal resultado evidencia um *déficit* da qualidade no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança.

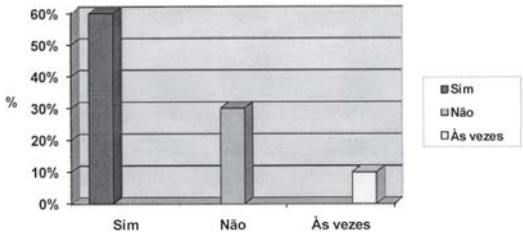


Gráfico 2 – Distribuição percentual dos profissionais de saúde, segundo a orientação oferecida aos pais/responsáveis sobre a interpretação do gráfico ponderal do Cartão da Criança. Fortaleza, 2003.

Fonte: Inquérito epidemiológico com profissionais de saúde da rede básica da SER-VI.

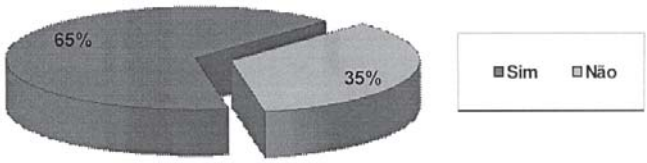


Gráfico 3 – Distribuição percentual dos profissionais de saúde, segundo a importância da interpretação do gráfico ponderal presente no Cartão da Criança pelos pais/responsáveis. Fortaleza, 2003.

Fonte: Inquérito epidemiológico com profissionais de saúde da rede básica da SER-VI.

DISCUSSÃO

No âmbito populacional, o estado nutricional é um indicador da qualidade de vida de uma população e a desnutrição é uma manifestação concreta da má nutrição, sendo o monitoramento a alternativa de acompanhar os progressos alcançados em termos de desenvolvimento e saúde. A continuidade do atendimento está incluída nas estratégias de promoção da saúde, pois aumenta a efetividade da educação e do aconselhamento, facilitando a aplicação de todas as demais ações. Em caso de uma má nutrição, a recuperação é comprometida, quanto mais jovem for a criança, sobretudo no primeiro ano de vida. Daí a relevância de prevenir-se a desnutrição mediante acompanhamento antropométrico da criança.

Na Região Sudeste do Brasil, mais de 90% das crianças que compareciam à consulta pediátrica em um serviço de saúde possuíam Cartão da Criança, embora em 30% desses cartões não houvesse qualquer registro de peso[6].

Quando, no **Gráfico 1**, é caracterizado o fato de que em toda consulta se faz o registro ponderal no gráfico peso-idade no CC, isto confirma que a atenção primária é um cuidado de saúde amplo, em que os usuários adquirem informação do profissional de uma forma abrangente. Por isto, faz-se necessário que as avaliações do crescimento sejam feitas e registradas, por serem fortes indicadores na monitoração do crescimento, portanto, considerada atividade principal do acompanhamento infantil.

A comparação das medidas de um indivíduo com a população de referência permite a afirmação do peso e altura de determinada criança, sem definir se essa diferença é patológica. O acompanhamento da criança ao longo do tempo, por meio de medições seriadas, estabelecendo-se uma curva de ganho ponderal e do crescimento, é mais útil do que a comparação de única medida com a referência, demonstrando, assim, a importância do uso do gráfico peso-idade do cartão da criança elaborado pelo Ministério da Saúde, com base nos ajustes dos percentis 3 e 97 pelo NCHS[7].

Na tabela 1, foi verificado que a disponibilidade de tempo é fator que interfere no acompanhamento sistemático, pois as mães referem que o profissional realiza o exame completo, porém os atendimentos são rápidos. Assim, feito um levantamento em relação ao tempo de atendimento, os profissionais teriam, aproximadamente, 20 minutos para cada consulta. Assim, é possível assinalar que este fator não deveria ser apontado como problema para o acompanhamento pôndero-estatural. Torna-se importante ressaltar que, em todas as instituições *locus* da pesquisa, a criança era pesada e medida antes da consulta.

O tempo necessário para uma consulta ambulatorial é motivo de controvérsia. Na Inglaterra, cujo sistema de saúde é muitas vezes citado como modelo, um médico generalista

atende, em média, 120 a 150 pacientes por semana, sendo o tempo médio de 8 minutos. No Brasil, o tempo disponível, em muitos serviços, é considerado insuficiente para uma avaliação adequada, no entanto, a forma de organização atual de partes expressivas do sistema de saúde não permite que o profissional de saúde estenda o tempo ou diminua o número de atendimentos. Deste modo, procurando manter a qualidade, os profissionais deveriam buscar desenvolver habilidades específicas para trabalhar nessa estrutura[1,8].

Com efeito, chama-se a atenção para o envolvimento dos pais/responsáveis quanto ao CC. Analisando o porcentual dos profissionais de saúde, segundo os fatores que estão prejudicando o acompanhamento, houve a constatação de discrepância entre os tipos de fatores mencionados, como o não-comparecimento da criança para consulta subseqüente, sendo evidenciada a procura da instituição por doença, falta de impressos, puericultura não constar como rotina, falta do profissional para a realização de puericultura e cartões de segundas vias, todos intervenientes neste processo, dentre outros itens.

Os dados da tabela 2, que ressaltam o não-preenchimento dos cartões pelos profissionais, justificam que o Cartão de Criança, fornecido pelo Ministério da Saúde, é um instrumento fundamental na monitoração do crescimento, além de permitir a anotação e acompanhamento do esquema vacinal e dos problemas de saúde identificados, no qual o monitoramento individual significa verificar a direção da curva do ganho ponderal, portanto, é de fundamental importância.

A OMS sugere que uma criança seja considerada em risco nutricional quando não ganhar peso em duas medidas sucessivas ou quando a sua curva de crescimento for descendente, cruzando as linhas de percentis mais de uma vez[3]. Diante deste contexto, faz-se necessário o despertar para a importância do preenchimento dos cartões da criança, por meio dos profissionais da saúde, sendo evidenciado o risco nutricional, que pode ser verificado de forma clara e objetiva no cartão.

Ao realizar o teste do qui-quadrado para discrepância entre os tipos de cartões observados pelos profissionais de saúde entrevistados, adotando uma confiabilidade de 95%, pôde-se notar que não houve discrepância entre as formas de apresentação do CC pelos seus responsáveis.

A função primordial da informação na promoção da saúde é fornecer subsídios para aqueles que têm autonomia de tomar decisões. A existência de um sistema eficiente propicia avaliação permanente das ações empreendidas, permitindo modular as formas de intervenção. A promoção da saúde, portanto, é o conjunto de ações exercidas, contínua e globalmente, sobre um indivíduo ou uma comunidade, com os objetivos de reduzir a morbimortalidade e alcançar melhores níveis de crescimento e desenvolvimento, conduzindo a uma vida mais longa, completa e produtiva[1].

O papel do profissional de saúde não está limitado a resolver um problema clínico de base, que pode ser o responsável ou contribuir para a má nutrição da criança[9]. Todo o contato com o usuário do serviço, estando a pessoa doente ou não, deve ser considerado uma oportunidade de ensino, pois, enquanto a pessoa tem o direito de decidir se aprende ou não, o profissional tem a responsabilidade de apresentar a informação, podendo utilizar-se de estratégias de Educação em Saúde.

Relativamente à orientação ofertada aos pais/responsáveis sobre a interpretação do gráfico ponderal, chama a atenção para as dúvidas e a insegurança sobre o cuidado do filho e a diferença entre os padrões de normalidades. Daí a importância dos contatos para estimular as mães ou cuidadores a manifestar e promover atitudes na família que favoreçam o desenvolvimento da criança.

Portanto, o **Gráfico 2**, que revela a não-orientação a respeito do gráfico do cartão, ressalta que uma devida orientação ao gráfico de crescimento da criança facilita a compreensão dos pais no acompanhamento da evolução, assim como desperta o compromisso da família como promotora de melhorias no cuidado de saúde da criança.

Entre os fatores que contribuem para a compreensão das orientações recebidas pelos pais nos serviços de saúde, tem-se a escolaridade da mãe[10]. Os filhos de mães analfabetas e alfabetizadas, quando comparados com as de escolaridade de segundo grau, mostraram prevalências mais baixas, tanto de altura/idade como de peso/idade inadequado. Sendo assim, faz-se necessária melhor orientação do gráfico para as mães com grau de escolaridade inferior ao primeiro grau, onde estas podem basear-se apenas em observar se o ponto está dentro da faixa adequada, sendo a figura (gráfico) mais acessível.

Existe uma associação positiva entre a desnutrição infantil e a educação materna, o que torna relevante estratégias educativas eficazes, em todos os níveis da atenção, dirigida aos pais de forma coerente, tendo em vista a prevenção e a promoção da saúde da criança[11].

A ênfase na educação tem origem, em parte, no ponto de vista de que o público tem o direito de esperar e receber um cuidado compreensivo, refletindo maior informação, fazendo questionamentos mais significativos sobre os serviços oferecidos e recebidos, isto em virtude da importância que a sociedade destina à saúde e da responsabilidade que cada profissional tem de manter e promover a própria saúde.

No **Gráfico 3**, em relação à interpretação do gráfico pôndero-estatural pelos pais, o estudo chama a atenção para o significado profissional em conhecer a situação e devolver para as famílias esse diagnóstico, pois o nível de instrução dos pais influencia decisivamente na qualidade do crescimento, tal qual a situação econômica. Daí a finalidade da Educação em Saúde, no que diz respeito à curva de peso no CC.

Sete (35%) profissionais, todavia, não orientavam, justificando tal procedimento com as seguintes afirmações: *o cartão é uma fonte de registro e consulta para o profissional, perde-se tempo ao tentar que os pais saibam interpretá-lo, a orientação sobre a conduta e o tratamento é muito mais importante*. Diante do exposto, verifica-se a necessidade de melhoria da capacitação, desenvolvendo uma consciência crítica para o despertar da influência do CC em relação às mães.

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança apresenta diversas barreiras, especialmente no que diz respeito ao registro e às ações básicas de promoção à saúde, sendo relacionados ao comportamento dos profissionais em situação de rotina, comprometendo, assim, a qualidade da atenção à saúde da criança. Mais do que a barreira do conhecimento, as dificuldades para a implementação de novas ações de saúde parecem concentrar-se na área da motivação e da mudança de atitudes, sendo evidenciado como um desafio a ser enfrentado.

Diante do recente cenário em que figura a implantação da nova "Caderneta de Saúde da Criança" do Ministério da Saúde em 2005, ampliando as informações contidas no "Cartão da Criança", requerendo maior participação dos pais e compromisso dos profissionais de saúde quanto ao preenchimento, torna-se importante ressaltar a necessidade de avaliação destes com relação à sua utilização.

Assim, diante do exposto, a implantação de um projeto de educação permanente seria uma maneira satisfatória, podendo qualificar as estratégias de Educação em Saúde, possibilitando uma reflexão dos profissionais sobre a prática desenvolvida[12].

Portanto, os resultados deste estudo evidenciaram que o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento eficaz parece ainda não ter sido despertado por parte dos profissionais de saúde. Para haver uma continuidade do acompanhamento antropométrico, é necessário que haja um bom sistema de informação sobre o cliente e, para isto, o registro do peso. Não terá uma eficácia, porém, se os pais/responsáveis não forem orientados sobre esse cuidado, sendo a Educação em Saúde um componente essencial para a melhoria na qualidade do atendimento ao cliente, em especial na rede básica de saúde.

Assim, registra-se a concepção de que a atenção integral à saúde da criança, por parte dos profissionais de saúde e dirigentes, deve ir além das tabelas e figuras, entendendo a utilização plena do "Cartão da Criança" para aquelas que nasceram até o ano de 2004, assim como a "Caderneta de saúde da criança" a partir de 2005.

REFERÊNCIAS

1. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária. Porto Alegre: Artmed; 2004.

2. Carvalho AT. Cartografia do retardo estatural em escolares do Estado da Paraíba, Brasil. Rev. Saúde Pública 2000; 34(1): 3-8.

3. Organização Mundial de Saúde (OMS). Boletim da WHO 2000; 78(10): 1222-33.

4. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual para utilização da caderneta de saúde da criança. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005.

5. Brasil, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. Resolução Nº 196/96. Dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. Decreto Nº 93.9333 de Brasília; 1996.

6. Santos SR, Cunha AJLA, Gamba CM, Machado FG, Leal FJMM, Moreira NLM. Avaliação da assistência à saúde da mulher e da criança em localidade urbana da região sudeste do Brasil. Rev. Saúde Pública 2000; 34(3): 266-71.

7. National Center for Health Statiscs. NCHS Growth Curves for Children Birth-18 Years United States. Washington, DC; Printing Office; 1977. (Vital and Health Statiscs series 11, no. 165, DHEW Pub. N° 78-1650).

8. Briceño-león RS. y equidad: una mirada desde las ciencias sociales. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000.

9. Tontisirin K, Winichagoon P, Bhattacharjee L. Prevenção e controle. Recomendações aos profissionais de saúde. Anais Nestlé 2001; 61: 31-43.

10. Santos LMP, Assis AMO, Baqueiro CM, Quaglia GMC, Morris SS, Barreto ML. Situação nutricional e alimentar de pré-escolares no semi-árido da Bahia: I. Avaliação antropométrica. Rev. Saúde Pública 1995; 29(6): 463-70.

11. Carvalhaes MABL. Capacidade materna de cuidar e desnutrição infantil. Rev. Saúde Pública 2002; 36(2): 188-97.

12. Pereira APCM, Servo MLS. A enfermeira e a educação em saúde: estudo de uma realidade local. Rev. Baiana de Saúde Pública 2006; 30(1): 7-18.

Recebido em 08.05.2007 Aprovado em 29.10.2007

Revista Baiana
de Saúde Pública

ARTIGO ORIGINAL

IMPLICAÇÕES DO SANEAMENTO NA SAÚDE PÚBLICA OBSERVADAS NA REGIÃO DA LEOPOLDINA, RIO DE JANEIRO

Cynara de Lourdes Nóbrega da Cunha[a]

Aldo Pacheco Ferreira[b]

Aloísio Geraldo Sabino Lopes[c]

Resumo

O presente trabalho mostra uma discussão entre as condições de saneamento, na malha hidrográfica da Região da Leopoldina, no Município do Rio de Janeiro, e os indicadores de saúde, considerando-se as taxas de mortalidade proporcionais de doenças infecciosas e parasitárias, criando, com isto, subsídios às políticas públicas do setor pelo impacto das doenças de veiculação hídrica observadas. A utilização do saneamento como instrumento de promoção da saúde pressupõe a superação dos entraves tecnológicos, políticos e gerenciais, levando em conta que a maioria dos problemas sanitários que afetam a população mundial está relacionada com o meio ambiente. Um exemplo disto é a diarréia que, com mais de 4 bilhões de casos por ano, é a doença que mais aflige a humanidade. Entre as causas dessas doenças, destacam-se as condições inadequadas dos serviços de abastecimento de água e de esgotamento sanitário.

Palavras-chave: Saneamento. Indicadores de saúde. Região da Leopoldina. Ambiente. Saúde pública.

SANITATION IMPLICATIONS IN PUBLIC HEALTH OBSERVED THE LEOPOLDINA REGION, RIO DE JANEIRO

Abstract

The present study shows a discussion concerning sanitation conditions in the Leopoldina hydrographic grid in Leopoldina, in the Municipal district of Rio de Janeiro, and health indicators, taking into account the proportional mortality rates for infectious and parasitic diseases,

[a] *Laboratório de Estudos em Monitoramento e Modelagem Ambiental, UFPR/IAPAR/SIMEPAR/LEMMA.*

[b] *Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz.*

[c] *Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro/Centro de Vigilância Epidemiológica.*

***Endereço para correspondência**: Aldo Pacheco Ferreira. Rua Leopoldo Bulhões, 1.480, Manguinhos, Rio de Janeiro, CEP: 21 041-210. E-mail: aldoferreira@ensp.fiocruz.br*

thus creating subsidies for the public policy sector on the impact of observed water propagated diseases. The use of sanitation as an instrument to promote health presupposes overcoming technological, political and managerial obstacles, considering that most sanitation problems that affect the world population are related to the environment. An example of this is diarrhoea that, with more than four billion cases a year, is the disease that most afflicts humanity. Inadequate water supply and sewage treatment conditions stand out among the causes of those diseases.

Keywords: Sanitation. Health indicators. Leopoldina. Environment. Public health.

INTRODUÇÃO

O conceito de Promoção de Saúde proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), desde a Conferência de Ottawa, em 1986, é visto como o princípio orientador das ações de saúde em todo o mundo. Assim sendo, parte-se do pressuposto de que um dos mais importantes fatores determinantes da saúde são as condições ambientais [2-4].

A utilização do saneamento como instrumento de promoção da saúde pressupõe a superação dos entraves tecnológicos, políticos e gerenciais, considerando-se que a maioria dos problemas sanitários que afetam a população mundial está relacionada com o meio ambiente.

Um exemplo disto é a diarréia que, com mais de 4 bilhões de casos por ano, é a doença que mais aflige a humanidade. Entre as causas desta doença destacam-se as condições inadequadas dos serviços de abastecimento de água e de esgotamento sanitário [5].

Mais de 1 bilhão dos habitantes da Terra não têm acesso à habitação segura e a serviços básicos, embora todo ser humano tenha direito a uma vida saudável e produtiva, em harmonia com a natureza[6]. No Brasil, as doenças resultantes da falta ou inadequação de saneamento, especialmente em áreas pobres, têm agravado o quadro epidemiológico[7].

Atualmente, cerca de 90% da população urbana brasileira é atendida com água potável e 60% com redes coletoras de esgotos. O déficit ainda existente está localizado basicamente nos bolsões de pobreza, ou seja, nas favelas, nas periferias das cidades, na zona rural e no interior [8-10]. Por outro lado, a concentração de pessoas provoca um crescente consumo *per capita* de água, gerando um grande volume de águas servidas, muitas vezes sobrecarregando em nutrientes e carga orgânica os potenciais mananciais de água existentes e ainda disponíveis. Este círculo vicioso, captação-contaminação-disposição, em curto espaço de tempo fará entrar em colapso toda a capacidade produtiva das bacias hidrográficas, levando à insolvência do modelo urbano de gestão hídrica contemporâneo. Para evitar tal colapso, novas normas de gestão do saneamento devem ser implementadas, para dar sustentabilidade ambiental a essas megaconcentrações urbanas da atualidade [4,11].

O presente artigo propõe-se a analisar as características da malha hídrica da Região da Leopoldina, localizada no Município do Rio de Janeiro, e estabelecer, a partir de um estudo descritivo, a distribuição de doenças de veiculação hídrica e sua correspondência com alguns parâmetros ambientais dos mananciais da região. Como desdobramentos, pretende-se avaliar também o comprometimento na população do Município do Rio de Janeiro, como um todo, e da Região da Leopoldina, em particular, a ampliação do conhecimento do processo de qualidade dos mananciais do sítio de estudo, as implicações da carga microbiológica presente e os parâmetros de controle ambiental, particularmente em relação à quantidade e à qualidade microbiológica e físico-química da malha hídrica dessa área.

MATERIAL E MÉTODOS

Considerando-se que a ocorrência da doença humana não ocontece por acaso, é possível estabelecer nexos causais e, assim, definir quais fatores de proteção devam ser buscados, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida de um determinado grupo populacional. Neste sentido, o grupo populacional em estudo pertence à Região da Leopoldina, localizada à Nordeste do Município do Rio de Janeiro - RJ, às margens da Baía de Guanabara, cobrindo uma área de 3.712 hectares, na qual residem 475.738 habitantes, segundo o Censo 2000. Esta região aparece hoje como um fragmento de espaço urbano onde reside cerca de 8% da população do município. Do total da população da região, 38% (180.780 habitantes) estão distribuídos em 64 favelas. A região está classificada como de médio-alto desenvolvimento humano, tanto pelo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH=0,777) como pelo Índice de Condições de Vida (ICV=0,790), ocupando a nona posição no critério do IDH e a sétima no do ICV, quando consideradas todas as regiões do Rio de Janeiro[12].

As principais microbacias que influenciam e, ao mesmo tempo, sofrem influência direta da Região da Leopoldina são: Microbacia de *Ramos*, composta pelo Rio Ramos, que nasce na Serra da Misericórdia e atravessa uma região altamente poluída e densamente habitada, onde se encontra um conjunto de favelas (Complexo do Alemão); Microbacia de *Irajá,* que recebe como contribuinte o Canal da Penha, construído paralelamente à Avenida Brasil; Microbacia do *Canal do Cunha*, que coleta as águas dos rios que nascem na Serra dos Pretos Forros e no Maciço da Tijuca e atravessa áreas densamente povoadas, recebendo, ainda, grande carga poluidora oriunda das atividades da zona portuária; e, finalmente, a Microbacia *Acari-Pavuna-Meriti*, formada pelo Rio Meriti.

PARÂMETROS AMBIENTAIS

Os parâmetros físico-químicos e microbiológicos, considerados como indicadores de contaminação e, portanto, veículos de transmissão de doenças infecciosas e parasitárias, usados neste artigo são: (i) **Parâmetros Físico-químicos:** Oxigênio Dissolvido (OD), Demanda Bioquímica de Oxigênio (DBO) e Demanda Química de Oxigênio (DQO), Nitrogênio Amoniacal, Nitrito e Nitrato, Fósforo Total, Ferro, Cádmio, Chumbo e Mercúrio; (ii) **Parâmetros microbiológicos**: referentes à concentração de microorganismos e o potencial de contaminação (Coliformes totais e *Escherichia coli*).

Os dados relativos aos parâmetros de qualidade da água utilizados foram obtidos em três intervalos de tempo diferentes:

(i) para compreender as relações entre os parâmetros de qualidade de água do Canal do Cunha e as ações de saneamento na região, foram usados dados históricos da estação CN100 (Latitude: 22^{0}52'46" S e Longitude: 3^{0}14'22" W), localizada no Canal do Cunha, englobando o período entre janeiro de 1980 e dezembro de 2004. Os dados foram cedidos pelo Departamento de Planejamento Ambiental da Fundação Estadual de Engenharia do Meio Ambiente (FEEMA) do Estado do Rio de Janeiro);

(ii) estatística dos dados, no período entre 1998 e 2001, nas estações CN100 e MN000. A estação MN000 (Latitude: 22^{0}54'01" S e Longitude: 43^{0}12'36" W) está localizada no Canal do Mangue. Os dados também foram fornecidos pela FEEMA;

(iii) de novembro de 2005 a agosto de 2006, foram coletadas amostras, sendo analisados parâmetros físico-químicos e microbiológicos de qualidade de água [13,14] em pontos das microbacias pertencentes à Bacia Hidrográfica da Leopoldina: Ramos, Irajá, Canal do Cunha e Acarai-Pavuna-Meriti.

Os dados fornecidos pela FEEMA revelam que, durante todo o período de 1991 e 1993, a salinidade média, na estação CN100, é da ordem de 0,5%, sendo classificada como água doce, segundo a Resolução CONAMA 357/2005, de 17 de março de 2005[16]. Em relação ao pH, os valores encontrados estão na faixa entre 6,5 e 7,5.

COLETA DOS DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

A base de informação de saúde foi obtida a partir de dados secundários no sistema DataSus/IBGE[19], referentes aos anos-base 2000, 2001, 2002 e 2003. Foi realizado um

levantamento de mortalidade proporcional por doenças para todas as idades e sexo, na área de estudo e dos moradores do Município do Rio de Janeiro. No grupo populacional da Região da Leopoldina, foram consideradas as principais doenças de veiculação hídrica: Doenças Infecciosas Intestinais, Hepatite Viral e Helmintíases. Para o grupo residente no Município do Rio de Janeiro, foram consideradas as doenças do Grupo de Causas 1, codificadas segundo a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças - CID-10, destacando doenças infecciosas e parasitárias como: doenças infecciosas intestinais, Cólera, Diarréia e Gastrenterite de origem infecciosa presumível, Leptospirose, Difteria, Coqueluche, Infecção Meningocócica, doenças virais, Dengue, Febre Amarela, outras febres por arbovírus e febres hemorrágicas virais, Sarampo, Hepatite Viral, doenças transmitidas por protozoários, Malária, Leishmaniose, Helmintíases e Esquistossomose.

ANÁLISE DE DADOS

No estudo analítico dos indicadores ambientais de qualidade dos mananciais, os parâmetros foram comparados com os limites estabelecidos pela Resolução CONAMA 357/2005, para águas doces, classe 3, que se destinam à recreação de contato secundário e à dessedentação de animais, verificando se este enquadramento é adequado para os mananciais pertencentes à malha hídrica da Região da Leopoldina.

Na tentativa de verificar relações entre os indicadores epidemiológicos e os parâmetros de qualidade de água, uma regressão linear simples foi construída entre a taxa de mortalidade de algumas doenças de veiculação hídrica (doenças infecciosas intestinais, Hepatite Viral e Helmintíases) versus concentrações médias de parâmetros de qualidade de água (DBO, DQO, OD, Nitrogênio Amoniacal, Nitrito e Nitrato), considerando-se os anos-base 2000, 2001, 2002 e 2003, definindo, assim, quais os parâmetros que deveriam ser utilizados para um nível de 15% de significância ($p \leq 0,15$).

ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

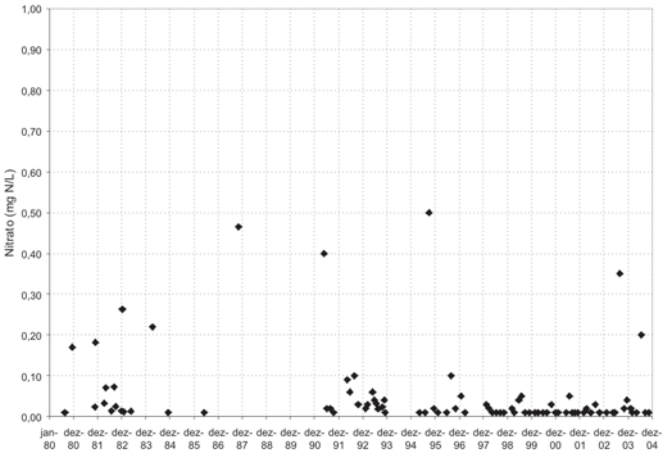
O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética, parecer 40/04, com base nas normas estabelecidas pela Resolução 196/96, que trata da pesquisa envolvendo seres humanos.

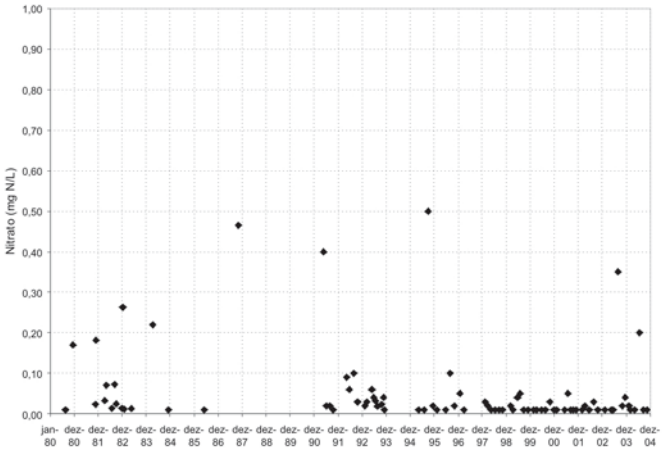
RESULTADOS

Entender o sistema hídrico de forma global e, conseqüentemente, conhecer os processos químicos, físicos e biológicos do ecossistema é essencial para criar alternativas sustentáveis de desenvolvimento. Com o monitoramento, é possível conhecer como atuam os agentes causadores da degradação ambiental e minimizar seus efeitos, criando instrumentos de

gestão integrada. Neste contexto, o controle da poluição dos recursos hídricos pode constituir-se em um essencial aliado para a implementação de ações de prevenção da saúde e do meio ambiente, tendo em vista a importância desse sistema para a vida humana.

Observando as séries históricas dos parâmetros de qualidade de água (**Figura 1**), verifica-se que as concentrações de DBO oscilam bastante, apresentando sempre valores acima de 10 mg/L O_2, que é o limite máximo definido pela Resolução CONAMA 357, para manancial classe 3. No primeiro período (entre 1980 e 1984), podemos observar valores extremamente altos, com picos de 230 mg/L O_2; no segundo (entre 1985 e 1998), houve a redução desses valores, que se mantêm na faixa entre 70 mg/L O_2 e 20 mg/L O_2; e no terceiro (entre 1999 e 2004), observa-se mais uma redução nos valores das concentrações de DBO. As reduções aconteceram em função das melhorias na distribuição de água na região (principalmente nas favelas) e por obras associadas ao Programa Favela Bairro, que melhoraram as condições de acesso à água e sua freqüência, bem como implementaram ações voltadas à estruturação das redes públicas de esgotamento sanitário.





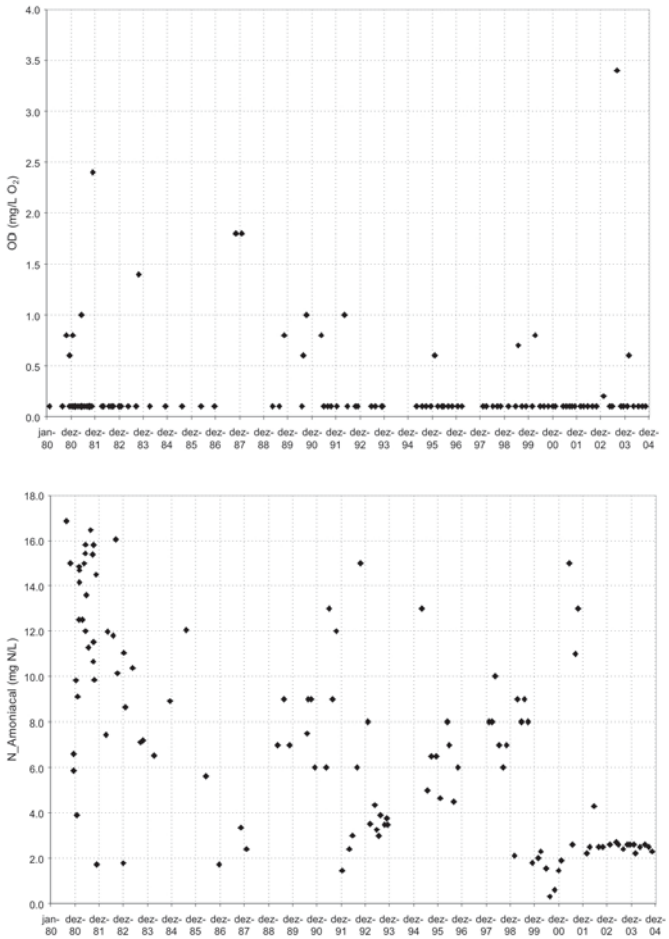


Figura 1. Valores de concentração DBO, OD, N_Amoniacal e Nitrato medidos na estação CN 100, entre 1980 e 2004.

Observa-se, ainda, na **Figura 1**, concentrações de OD, com valores próximos ao limite de detecção, ou seja, 0,1 mg/L O_2. Isto significa que o manancial já não mais atende à classe 3 (OD > 2,0 mg/L O_2), só sobrevivendo algumas espécies de fitoplâncton e zooplâncton, não havendo sobrevida de nenhuma espécie de peixe. Quanto à concentração de nitrogênio amoniacal, fica evidenciado o mesmo comportamento da DBO. No primeiro período, ocorrem valores elevados de concentração de nitrogênio amoniacal, significando um despejo acentuado de esgoto bruto; o segundo período revela uma redução na quantidade do esgoto "fresco" lançado no manancial, que perdura até 1998, aproximadamente, quando há uma acentuada redução no lançamento dos despejos de esgoto bruto. Comparando os valores encontrados no manancial com os limites permitidos para a classe 3, segundo a Resolução CONAMA 357 (13,3 mg/L N para um pH médio na faixa de 6,5 a 7,5), verificamos que no primeiro período os valores se encontram acima do permitido, mas depois atendem aos limites estabelecidos pela Resolução. Em relação ao Nitrato, podemos observar que os valores se encontram sempre abaixo do limite estabelecido pela

Resolução CONAMA 357 para manancial classe 3 (10 mg/L N), reforçando a tese que o manancial recebe esgoto bruto, não havendo tempo suficiente para ocorrer a nitrificação.

Analisando as estatísticas dos parâmetros de qualidade de água das duas estações, CN100 e MN000, mostradas na **Tabela 1**, verifica-se que as condições apresentadas pelos dois mananciais são semelhantes, indicando que a malha hidrográfica da Região da Leopoldina sofre um processo de degradação generalizada. Em relação às concentrações de Fósforo Total, estas apresentam valores sempre acima do limite estabelecido pela Resolução CONAMA 357 para manancial classe 3 (0,15 mg/L P). Os demais parâmetros possuem comportamento semelhante aos dados históricos.

Tabela 1. Estatística básica, no período entre 1998 a 2001, no Canal do Cunha (Estação CN100, Latitude: 22º 52'46'', Longitude: 43º 14'22'') e no Canal do Mangue (Estação MN000, Latitude: 22º 54'01'', Longitude: 43º 12'36'').

	Canal do Cunha			**Canal do Mangue**		
Parâmetros	Valor Mínimo	Mediana	Valor máximo	Valor Mínimo	Mediana	Valor máximo
Temperatura	19,0	24,4	30,0	19,0	24,3	30,0
OD (mg/L O_2)	**<0,1**	**<0,1**	**0,9**	**<0,1**	**<0,1**	**1,7**
DBO (mg/L O_2)	10,0	**30,0**	**120,0**	5,8	**40,0**	**150,0**
DQO (mg/L O_2)	40,0	130,0	300,0	40,0	110,0	260,0
N_Amoniacal (mg/L N)	0,30	7,0	**15,0**	0,60	9,0	**30,0**
Nitrito (mg/L N)	0,001	0,003	0,05	<0,001	0,006	0,30
Nitrato (mg/L N)	<0,01	<0,01	0,05	<0,01	0,02	1,8
Fósforo Total (mg/L P)	**0,70**	**2,0**	**4,0**	**0,20**	**2,0**	**3,0**

As análises dos parâmetros físico-químicos, realizadas entre novembro de 2005 e agosto de 2006 em pontos das microbacias da Região da Leopoldina (**Tabela 2**), demonstram que a qualidade dos rios que compõem essas microbacias encontra-se prejudicada, estando, na maioria das vezes, fora dos padrões estabelecidos[15,16]. Para os parâmetros Ferro Total, Cádmio, Mercúrio e Chumbo, verifica-se que apenas a concentração de Mercúrio, com limite de 0,002 mg/L Hg pela Resolução CONAMA 357, apresenta resultados sempre acima do limite permitido. Quando se considera o Ferro Total, que apresenta um limite de 5,0 mg/L Fe, o Cádmio com limite de 0,01 mg/L Cd e o Chumbo com 0,033 mg/L Pb, algumas amostras mostram resultados acima do permitido.

Os resultados das análises microbiológicas, também mostrados na **Tabela 2**, demonstram quão degradadas estão as microbacias estudadas, considerando-se que todos os valores estão fora dos padrões estabelecidos pela Resolução CONAMA 274, de 29 de novembro de 2000[16], com características semelhantes a esgoto *in natura*, completamente fora dos padrões de balneabilidade, impedindo qualquer tipo de utilização dos mananciais.

Tabela 2. Parâmetros físico-químicos e microbiológicos na Região da Leopoldina: Ramos (Amostra 1), Irajá (Amostra 2), Canal do Cunha (Amostra 3) e Acarai-Pavuna-Meriti(Amostra 4), entre 2005 e 2006.

Demanda Química de Oxigênio (mg/L O_2)				Demanda Bioquímica de Oxigênio(mg/L O_2)			
Amostra 1	Amostra 2	Amostra 3	Amostra 4	Amostra 1	Amostra 2	Amostra 3	Amostra 4
30	**82**	**85**	**15**	8.00	**11.00**	**22.00**	1.50
29	**430**	**1390**	**260**	**17.00**	**17.00**	**60.50**	**39.50**
65	**80**	**1190**	**95**	**40.00**	**40.00**	**29.50**	**29.50**
70	**400**	**5**	**390**	**19.80**	**40.00**	5.20	5.30
55	**145**	**290**	**210**	7.20	**19.80**	**22.00**	**22.00**
55	**130**	**310**	**70**	8.80	**20.00**	6.50	6.40

Oxigênio Dissolvido (mg/L O_2)				Nitrogênio amoniacal total (mg/L N)			
Amostra 1	Amostra 2	Amostra 3	Amostra 4	Amostra 1	Amostra 2	Amostra 3	Amostra 4
0.85	**0.10**	**0.15**	**0.15**	**2.50**	**2.55**	**2.50**	**2.55**
0.72	**0.05**	**0.05**	**0.05**	**2.70**	**2.48**	1.70	**2.60**
0.10	**0.05**	**0.05**	**0.05**	**2.70**	**2.50**	**2.45**	**2.45**
0.32	**0.05**	**3.50**	**3.34**	**2.70**	2.20	1.40	**2.35**
0.80	**0.05**	**0.05**	**0.05**	**2.50**	2.20	**2.34**	**2.51**
0.76	**0.05**	**0.05**	**0.05**	**2.35**	**2.50**	**2.50**	**2.50**

Ferro (mg/L Fe)				Cádmio (mg/L Cd)			
Amostra 1	Amostra 2	Amostra 3	Amostra 4	Amostra 1	Amostra 2	Amostra 3	Amostra 4
0.82	0.71	0.40	0.41	0.00	0.00	0.00	0.00
0.92	1.48	0.51	1.35	0.00	**0.09**	0.01	0.00
0.79	0.21	0.16	0.52	0.00	0.00	0.00	0.00
0.51	**6.20**	1.20	0.77	0.00	**0.02**	0.00	0.00
0.63	0.85	0.27	0.29	0.00	**0.03**	**0.03**	0.01
0.56	1.48	1.00	1.33	0.00	**0.09**	0.01	0.00

Mercúrio (mg/L Hg)				Chumbo (mg/L Pb)			
Amostra 1	Amostra 2	Amostra 3	Amostra 4	Amostra 1	Amostra 2	Amostra 3	Amostra 4
0.920	**0.370**	**0.100**	**0.100**	0.020	**0.040**	**0.040**	0.030
1.250	**0.710**	**0.150**	**0.200**	0.020	**0.045**	**0.062**	0.030
0.600	**0.250**	**0.110**	**0.130**	0.021	0.020	0.020	0.020
0.930	**7.020**	**0.100**	**0.100**	0.020	**0.210**	0.020	0.020
1.200	**0.620**	**0.100**	**0.100**	0.025	0.030	**0.210**	0.020
1.260	**0.710**	**0.110**	**0.150**	0.027	**0.045**	**0.061**	0.027

Coliformes Totais (10^4 NMP/100 mL)				*Escherichia coli* (10^4 NMP/100 mL)			
Amostra 1	Amostra 2	Amostra 3	Amostra 4	Amostra 1	Amostra 2	Amostra 3	Amostra 4
67.00	**0.57**	**70.00**	**7.00**	**3.00**	**0.30**	**3.00**	**0.20**
4.00	**5.00**	**5.00**	**50.00**	**3.00**	0.10	**0.20**	**2.00**
100.00	**2.00**	**6.00**	**10.00**	**10.00**	0.10	**0.30**	**1.00**
7.00	**1.00**	**2.00**	**30.00**	0.10	0.10	**0.30**	**0.80**

Esses valores correspondem ao limite máximo de 0,25 x 10^4 Coliformes Fecais (termotolerantes) e 0,20 x 10^4 *Escherichia coli* (E.C.) por 100 mililitros. Em três amostras obtidas na Microbacia de Irajá, a contagem de E.C./ 100 mL é inferior à permitida pela resolução. Em relação à contagem de Coliformes Fecais, todas as amostras apresentam valores superiores ao permitido [17,18].

A **Tabela 3** evidencia a situação de saúde da população da área de estudo. Comparando-se as taxas de mortalidade proporcional por doenças de veiculação hídrica para o grupo populacional residente na área de estudo e dos moradores do município, verifica-se que a região estudada apresenta valores muito superiores aos encontrados em outras áreas do mesmo Município do Rio de Janeiro. Esta situação pode ser explicada pela condição precária de saneamento da região, já demonstrada pela análise dos parâmetros de qualidade de água da malha hídrica.

Tabela 3. Mortalidade Proporcional (%), em relação à população da Região da Leopoldina, para algumas doenças infecciosas e parasitais, e Mortalidade Proporcional (%), em relação à população residente do Município do Rio de Janeiro, segundo Grupo de Causas CID10-Grupo 1 (algumas doenças infecciosas e parasitárias).

	Região da Leopoldina				**Rio de Janeiro**
	Doenças Infecciosas Intestinais	Hepatite Viral	Helmintíases	Total	CID10 - Grupo 1
2000	0,054	0,037	0,006	**0,096**	**0,040**
2001	0,055	0,044	0,005	**0,104**	**0,042**
2002	0,042	0,039	0,008	**0,088**	**0,045**
2003	0,047	0,046	0,005	**0,098**	**0,046**

A partir da regressão linear simples realizada entre os dados de mortalidade para Hepatite Viral *versus* parâmetros de qualidade da água, verificou-se que apenas o nitrito ($p=0,033$) e o N_Amoniacal ($p=0,041$) apresentam significância estatística ($p \leq 0,15$).

Considerando-se os dados de mortalidade por doenças infecciosas intestinais, apenas DBO ($p=0,066$) e DQO ($p=0,034$) apresentam significância estatística; para dados de mortalidade por Helmintíases, nenhum parâmetro obteve significância. Para os parâmetros selecionados, foi ajustado um modelo de regressão, como mostra a **Figura 2**, entre os anos de 2000 e 2003, obtendo os seguintes coeficientes de regressão ajustados: *doenças infecciosas intestinais versus* DBO ($r=0,38$) e DQO ($r=0,88$), *Hepatite Viral versus* N_Amoniacal ($r=0,47$) e nitrito ($r=0,70$).

O coeficiente de correlação é uma medida descritiva de um estudo ecológico, portanto, sujeito às limitações deste estudo, como a falta de habilidade para ligar a exposição dos indivíduos ao fator de risco e à impossibilidade de controlar fatores que podem levar à confusão. Embora pareça haver uma relação entre a taxa de mortalidade e os parâmetros de qualidade de

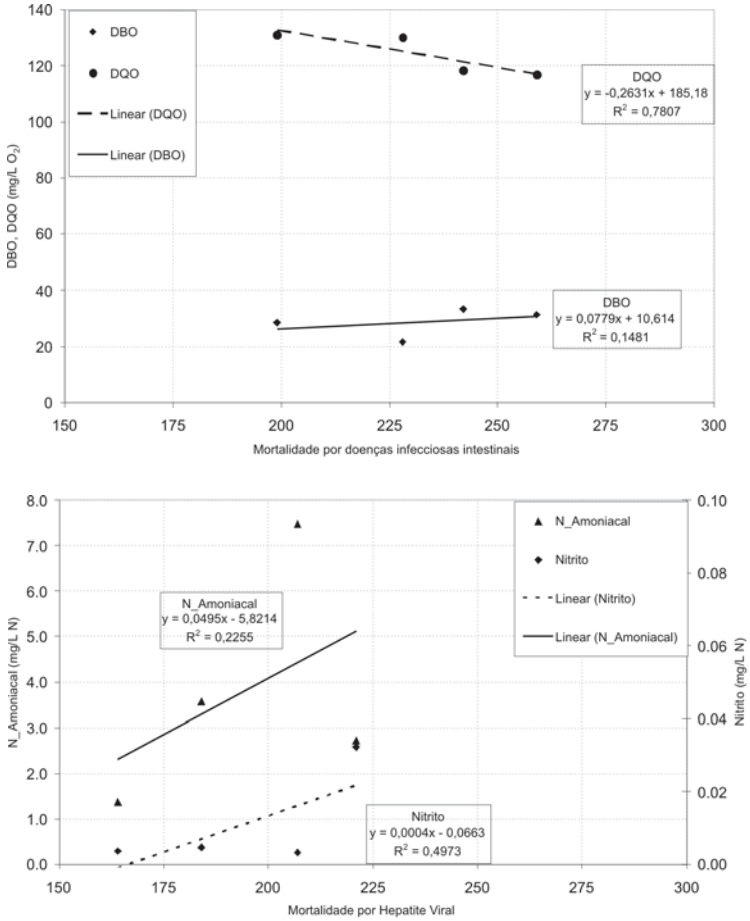


Figura 2. Regressão linear simples entre a taxa de mortalidade de algumas doenças e parâmetros de qualidade de água, entre os anos de 2000 e 2003, na Região da Leopoldina.

água, quando o coeficiente de correlação é maior que 0,4 (correlação moderada), isto, na verdade, pode ser mascarado por relações mais complexas. Observando os resultados, o maior valor de *r* relaciona mortalidade por doenças infecciosas intestinais *versus* DQO. Considerando-se que a DQO tem sido mais usada para estimar a carga poluidora de esgoto de origem industrial, teríamos dificuldade de explicar tal relação. O mesmo aplica-se ao parâmetro Nitrito e à mortalidade por Hepatite Viral, que apresentam coeficiente de correlação superior 0,70 (correlação forte). Neste caso, a concentração de Nitrito é inferior aos limites definidos pela Resolução CONAMA 357, mas pode indicar a presença de esgoto no manancial.

DISCUSSÃO

Do estrito ponto de vista da saúde pública, o que se avalia em um organismo patogênico não é a sua natureza biológica nem o seu comportamento no corpo do doente, mas sim o seu comportamento no meio ambiente, pois é nessa dimensão que as intervenções de

saneamento podem influenciar na ação desses patógenos sobre o homem[8,20,21]. Desta forma, para uma melhor compreensão do problema, duas vertentes mostram-se pertinentes: (i) a primeira diz respeito aos modelos que têm sido propostos para explicar a relação entre as ações de saneamento e a saúde, com ênfase em distintos ângulos da cadeia causal; (ii) a segunda consiste em classificar as doenças segundo categorias ambientais, cuja transmissão está ligada com o saneamento ou a falta de infra-estrutura adequada. Assim, a partir destas classificações, o entendimento da transmissão de doenças relacionadas com o saneamento passa a constituir um instrumento de planejamento de ações, com vistas a considerar de forma mais adequada seus impactos sobre a saúde do homem.

A poluição das águas tem como origem diversas fontes, associadas ao tipo de uso e ocupação do solo, dentre as quais se destacam: efluentes domésticos; efluentes industriais; carga difusa urbana (natural e/ou acidental). A contaminação da água nos sistemas de abastecimento dá-se, portanto, pela associação de diversos fatores, tais como: a descontinuidade do fornecimento, que determina pressões negativas na rede, falta de esgotamento sanitário, presença de baixas pressões na rede, por problemas operacionais ou de projeto, e a manutenção inadequada da rede, dos reservatórios de distribuição e, principalmente, das ligações domiciliares de água.

No Brasil, uma alternativa que pode ser adotada como forma de planejamento é a garantia da qualidade do efluente por etapas, afigurando-se, assim, como uma solução prática no sentido de viabilizar um atendimento gradativo aos padrões de qualidade da água e aos objetivos do tratamento de esgotos. Essa evolução gradual da qualidade do efluente tratado deve permitir, além da redução dos custos de implantação da Estação de Tratamento de Esgotos (ETE), a adoção de novas alternativas tecnológicas, mesmo com mudanças na concepção original proposta para o tratamento [22].

A preservação e a utilização racional dos recursos hídricos é um aspecto importante na atualidade, para a resolução de problemas agudos relacionados à questão hídrica, visando ao bem-estar de todos e à preservação do meio ambiente. Em vista da pressão antrópica, principalmente a implantação progressiva de atividades econômicas e o adensamento populacional de forma desordenada, que vêm ocasionando crescentes problemas sobre os recursos hídricos, as instâncias públicas e civis mobilizaram-se para a criação de legislação e políticas específicas, a fim de fundamentar a gestão participativa e descentralizada dos recursos hídricos.

A compreensão das relações entre saneamento, saúde pública e meio ambiente constitui etapa inicial e importante no desenvolvimento de um modelo de planejamento de sistemas de abastecimento de água e de esgotamento sanitário [4]. Em termos de planejamento, a identificação e análise dos efeitos advindos da implementação de determinado sistema, seja ele de água ou de esgotos, deve conferir meios para estabelecer-se certa ordem de prioridades e apontar o

direcionamento mais adequado das ações, uma vez que cada população a ser beneficiada possui características distintas e nem sempre as ações de saneamento podem ser orientadas da mesma forma.

No entanto, não só os aspectos relacionados ao meio ambiente e à saúde pública devem ser levados em consideração. No caso do saneamento, existem diferentes dimensões, em níveis crescentes de complexidade a serem consideradas na definição de uma solução apropriada, como a econômica, financeira, social, institucional e política, o que torna mais difícil, ainda, o desenvolvimento de um modelo. A construção teórica a ser desenvolvida para o modelo de planejamento deve, desse modo, contrapor-se a estudos de caso, que permitam verificar a pertinência dos elementos e processos propostos, subsidiando, assim, a formulação do modelo.

CONCLUSÃO

É necessário que se construa um novo modelo de desenvolvimento em que se harmonizem a melhoria da qualidade de vida das suas populações, a preservação do meio ambiente e a busca de soluções criativas para atender aos anseios dos cidadãos de terem acesso a certos confortos da sociedade moderna. Estas questões apontam para uma reflexão profunda acerca da necessidade de implantação de programas de saneamento que levem a uma melhor qualidade de vida.

A ocupação e a formação da área da Leopoldina contribuíram para o agravamento dos problemas de saneamento, uma vez que foi ocupada de maneira desordenada e por uma população "expulsa" dos grandes centros urbanos do Município do Rio de Janeiro.

Por causa da conhecida heterogeneidade na ocupação do solo urbano e a acidentada topografia do município, os problemas com o abastecimento de água estão concentrados em áreas periféricas, como a da Região da Leopoldina, denotando que uma possui população de baixa renda e alta densidade demográfica.

Embora a região apresente cobertura de esgoto em torno de 62%, fica nítido que esses dados não refletem a realidade, pois a maior parte desse esgoto acaba indo para os mananciais sem qualquer tipo de tratamento. Mesmo com 74% da população local abastecida de água, persistem problemas que trazem impactos negativos sobre a saúde da população, como a contaminação da rede de distribuição de água e a precariedade ou vulnerabilidade dos sistemas de abastecimento, fundamentalmente pela grande clandestinidade dirigida à rede de água, o que provoca inúmeros problemas.

O estudo também mostrou que os resultados obtidos, tanto nas análises microbiológicas como nas físico-químicas, refletem o quadro alarmante em que se encontram os rios da malha hídrica da Região da Leopoldina. Foi denotado que as descargas dos esgotos, muitos ou, na maioria das vezes, sem qualquer tipo de tratamento, tanto da população residente na região

como das indústrias que lá existem, pelo lançamento de grande quantidade de matéria orgânica e material tóxico, fazem com que ocorram mudanças no balanço da população bacteriana autóctona, impedindo que esses corpos hídricos consigam realizar o processo de autodepuração.

Em relação ao estudo descritivo entre a distribuição de doenças de veiculação hídrica e sua correspondência com alguns parâmetros ambientais dos mananciais da região, considerando-se que o número de observações não é suficiente para obter uma conclusão definitiva e, ainda, que o processo de transmissão de doenças de veiculação hídrica é muito mais complexo do que uma análise estatística linear com poucas variáveis independentes pode descrever, este estudo passa a ser apenas um exercício teórico de modelo linear às variáveis que apresentaram alguma significância estatística. Mas, fundamentalmente, contextualiza inúmeras observações ambientais e valida toda a abordagem ambiente-doenças e conclusões percebidas.

REFERÊNCIAS

1. Kasi PM, Gilani AI, Zaidi AH. Improvement of water and sanitation for developing countries. The Lancet 2004; 363(9412):899-900.

2. d'Aguila PS, Monteiro TCN, Roque OCC, Miranda, C, Ferreira AP. Avaliação da qualidade de água para abastecimento público do Município de Nova Iguaçu. Cad. Saúde Pública 2000; 16(3):791-8.

3. Soares SRA, Bernardes RS, Cordeiro Netto OM. Relações entre saneamento, saúde pública e meio ambiente: elementos para formulação de um modelo de planejamento em saneamento. Cad. Saúde Pública 2002; 18(6):1713-24.

4. Morris K. "Silent emergency" of poor water and sanitation. The Lancet 2004; 363(9413):954.

5. Flohr C, Tuyen LN, Lewis S, Quinnell R, Minh TT, Liem HT, at al. Poor sanitation and helminth infection protect against skin sensitization in Vietnamese children: A cross-sectional study. J Allergy and Clin Immun 2006; 118(6):1305-11.

6. Motta RS, Moreira A. Efficiency and regulation in the sanitation sector in Brazil. Utilities Policy 2006; 14(3):185-95.

7. Ferreira AP. Inspeção microbiológica para avaliação da qualidade das águas ambientais. Rev Bras Farm 2003; 84(2):61-3.

8. Ferreira AP, Cunha CLN. 2005. Implicações e perspectivas da sustentabilidade ambiental no abastecimento e na qualidade da água urbana. Rev Panam Salud Publ 2005; 18(2):93-9.

9. Moraes LRS, Borja PC, Tosta C S. Qualidade de água da rede de distribuição e de beber em assentamento periurbano: Estudo de caso. In: 20º Congresso Brasileiro de Engenharia Sanitária e Ambiental; 1999. p. 1462-72.

10. Heller L. Saneamiento y salud. Washington, D.C.: CEPIS/OPS; 1998.

11. Pena MM. O Saneamento na cidade do Rio de Janeiro: Uma abordagem histórica e perspectivas [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2004.

12. Standard Methods for the examination of water and wastewater. American Public Health Association, American Water Works Association and Water Environmental Federation. 19th edition. Washington D. C; 1995.

13. American Water Works Association. Water Quality and Treatment: A Handbook of Community Water Supplies. New York: Mcgraw Hill; 1990.

14. Resolução CONAMA n° 20. Estabelece a seguinte classificação e padrões das águas doces, salobras e salinas do Território Nacional. Diário Oficial da União 1986; 30 de julho.

15. Resolução nº 357. Dispõe sobre a classificação dos corpos de água e diretrizes ambientais para o seu enquadramento, bem como estabelece as condições e padrões de lançamento de efluentes, e dá outras providências. Conama, 17 de março de 2005.

16. Fewtrell L, Kaufmann RB, Kay D, Enanoria W, Haller L, Colford Jr JM. Water, sanitation, and hygiene interventions to reduce diarrhoea in less developed countries: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Infect Dis 2005; 5(1):42-52.

17. Bartram J, Lewis K, Lenton R, Wright A. Focusing on improved water and sanitation for health. Lancet 2005; 365(9461):810-2.

18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Extraido de [http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibge/popdescr.htm]; acesso em 4 de outubro de 2006].

19. Cunha CLN, Ferreira AP. Modelagem matemática para avaliação dos efeitos de despejos orgânicos nas condições sanitárias de águas ambientais. Cad. Saúde Pública 2006; 22(8):1715-25.

20. Freitas MB, Brilhante OM, Almeida LM. Importância da análise de água para a saúde pública em duas regiões do Estado do Rio de Janeiro: enfoque para coliformes fecais, nitrato e alumínio. Cad. Saúde Pública 2001; 17(3):651-60.

21. Langergraber G, Muellegger E. Ecological Sanitation: a way to solve global sanitation problems? Environ Internat 2005; 31(3):433-44.

Recebido em 18.05.2007 Aprovado em 29.10.2007

ARTIGO ORIGINAL

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE MICROBIOLÓGICA DOS CALDOS DE CANA COMERCIALIZADOS NO CENTRO DE ITABUNA - BA E PRÁTICAS DE PRODUÇÃO E HIGIENE DE SEUS MANIPULADORES

Lucas R. de Carvalho[a]

Juliana T. de Magalhães[b]

Resumo

O caldo de cana, obtido da prensagem da cana-de-açúcar é comercializado, principalmente, por vendedores ambulantes que não possuem instalações compatíveis e conhecimento adequado sobre higiene na preparação do alimento. O objetivo deste trabalho foi avaliar a qualidade microbiológica dos caldos de cana que são comercializados por vendedores formais e ambulantes no centro da cidade de Itabuna, Bahia, pelo Método do Número mais Provável (NMP) para coliformes, bem como avaliar o perfil higiênico sanitário dos vendedores por meio da aplicação de formulário. Foram analisadas 20 amostras coletadas entre março e julho de 2006 para Coliformes Totais, Coliformes Termotolerantes e *Escherichia coli*. Noventa por cento das amostras mostraram altas contagens de Coliformes Totais (>1100 NMP/mL), 75% estavam acima do estabelecido para Coliformes Termotolerantes, sendo que, destes, 65% era *E. coli*. Quarenta e cinco por cento dos entrevistados revelaram não saber o que são microrganismos e os riscos que eles causam à saúde humana e 25% não sabiam o que são boas práticas de fabricação e higiene. De fato, 55% nunca haviam recebido orientação da vigilância sanitária. Portanto, é necessário capacitar os vendedores da região, para que possam comercializar alimentos que não ofereçam risco aos consumidores.

Palavras-chave: Caldo de cana. Higiene alimentar. Vigilância sanitária.

EVALUATION OF THE MICROBIOLOGICAL QUALITY OF SUGARCANE JUICE SOLD IN ITABUNA, BA AND THE HANDLERS PRODUCTION AND HYGIENE PRACTICES

Abstract

Sugar cane juice obtained from pressing of sugarcane is mainly commercialized by street vendors who don't have compatible installations and appropriate knowledge about hygiene in

[a] *Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC, Departamento de Ciências Biológicas – DCB, Rod. Ilhéus/Itabuna, Km 16, CEP: 45650-000, Ilhéus, BA, Brasil.*

[b] *Universidade Estadual de Santa Cruz, Departamento de Ciências Biológicas.*

Endereço para correspondência: *Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), Rodovia Ilhéus-Itabuna, km16, Ilhéus, BA, Brazil. CEP: 45650-000. Tel.: (+5573)3680-5033. Fax: (+5573)3680-5226. E-mail: julimaga@uesc.br.*

food preparation. The objective of this study was to evaluate the microbiological quality of sugarcane juice commercialized by street vendors in Itabuna, Bahia, using the More Probable Number Method (NMP) for coliforms, and to evaluate the street vendors' hygiene-sanitary profile by means of an interview. Twenty samples collected downtown between March and July of 2006, were analyzed for Total Coliforms, Thermotolerant Coliforms and *Escherichia coli*. Ninety percent of the samples showed high counts of Total Coliforms (>1100 NMP/mL), 75% showed were above the established for Thermotolerant Coliforms and of which 65% were *E. coli*. Forty five percent of those interviewed revealed having no knowledge about microorganisms and their risks to human health. Twenty five per cent didn't know what good practices of production and hygiene mean. Actually, 55% had never received sanitary monitoring. Therefore, is necessary to training the street vendors in this region so they can commercialize food that doesn't oresent risks to the consumer.

Keywords: Sugarcane juice. Food hygiene. Sanitary Monitoring.

INTRODUÇÃO

A cana-de-açúcar, planta da família das gramíneas, espécie *Saccharum officinarum*, originária da Ásia Meridional, é muito cultivada em países tropicais e subtropicais, para obtenção do açúcar, do álcool e da aguardente, devido à sacarose contida em seu caule.[1] A partir da sua prensagem, obtém-se o caldo de cana ou garapa, que é um alimento altamente energético por possuir em sua composição ferro, cálcio, potássio, sódio, magnésio, vitaminas C e do Complexo B e uma grande quantidade de carboidratos.[2,3] Considerado um produto nutritivo, de sabor agradável e barato, é comercializado, principalmente, nas ruas, por vendedores ambulantes formais e informais, que possuem moendas para extração.

Nos países subdesenvolvidos, a comercialização de alimentos nas ruas cresceu bastante nos últimos 10 anos, pois se tornou uma forma alternativa de subsistência.[4] Entretanto, a maioria dos vendedores ambulantes não possui instalações compatíveis e instrução adequada quanto aos conhecimentos básicos sobre higiene nas etapas de processo, manipulação e preparação de alimentos, de forma a permitir obtenção do produto em condições higiênico-sanitárias apropriadas.[5, 6]

O surto de casos agudos de Mal de Chagas com três óbitos em Santa Catarina no ano de 2005, é um dos exemplos que comprovam as irregularidades higiênico-sanitárias que ocorrem no processo de manipulação dos alimentos de rua. De acordo com as investigações epidemiológicas, a transmissão aconteceu pela ingestão de caldo de cana contaminado pelo protozoário *Trypanossoma cruzi*. Este episódio levou as autoridades a elaborarem um regulamento técnico – RDC 218 –, que tem por objetivo orientar os pequenos estabelecimentos a

manipularem, de forma segura, os alimentos, evitando novos surtos de doenças.[7, 8]

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, anualmente, 2,2 milhões de pessoas morram vítimas de alimentos contaminados em países subdesenvolvidos. As principais acometidas são crianças menores de cinco anos, idosos e pessoas cujas defesas estão fragilizadas pela desnutrição ou por outras doenças que enfraquecem o sistema imunológico, como a AIDS e o câncer.[9, 10] A preocupação com a segurança alimentar é contínua, o que gera uma série de discussões entre organizações governamentais, instituições de ensino e indústrias alimentícias sobre programas que assegurem a saúde da população.[11]

O Brasil e, particularmente, a Região Nordeste não apresentam notificações de surtos causados por toxinfecções por consumo de caldo de cana vendido em vias públicas, mas algumas pesquisas têm avaliado a qualidade higiênico-sanitária deste produto em capitais e cidades do interior dos estados do Brasil. [5, 12-15]

Assim, como a cada dia, as Doenças Transmitidas por Alimentos (DTA) vêm preocupando as autoridades de Saúde Pública e, como a preocupação com a segurança alimentar sempre é motivo de discussão, o presente trabalho objetivou avaliar a qualidade microbiológica dos caldos de cana que são comercializados por vendedores formais e ambulantes no centro da cidade de Itabuna, Bahia, por meio de análises para Coliformes Totais, Fecais e *Escherichia coli*, bem como verificar o grau de informação quanto aos conhecimentos básicos em microbiologia e boas práticas de fabricação e higiene, utilizando formulário aplicado aos vendedores no momento da coleta.

MATERIAL E MÉTODOS

Do centro da cidade de Itabuna, BA foram selecionados, praticamente, todos os pontos onde comerciantes e ambulantes vendiam caldo de cana. Com o apoio da 7ª Diretoria Regional de Saúde da Bahia (7ª DIRES-BA), sob o acompanhamento de técnicos da Vigilância Sanitária, de cada ponto, foram coletados cerca de 200 ml do caldo *in natura,* no período de março a julho de 2006.

Após coleta, as amostras foram encaminhadas ao Laboratório de Microbiologia da UESC para análises de Coliformes Totais, Fecais e *E. coli*.[16] A identificação dos microrganismos foi baseada na tabela de diferenciação de *Enterobacteriaceae* por testes bioquímicos da Difco Laboratories.[17] A quantidade de coliformes foi obtida pela tabela de número mais provável da APHA e os resultados foram interpretados segundo a Resolução – RDC n° 12, de 2001.[18, 19]

No ato da coleta foi realizada a aplicação de formulário aos comerciantes para verificar o grau de conhecimento quanto à microbiologia alimentar e às boas práticas de fabricação e higiene.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das 20 amostras analisadas, 90% apresentaram altas contagens de Coliformes Totais (>1100 NMP/mL), como mostra a **Tabela 1**. Quanto à presença de Coliformes Termotolerantes, 75% estavam acima do estabelecido e destes 65% apresentavam *E. coli* (**Tabela 1**). Outros trabalhos realizados na região reportam à presença de *E.coli* em 93,5% das mãos de ambulantes da cidade de Itabuna[c] e em cerca de 58,3% dos acarajés comercializados na cidade de Ilhéus, BA, demonstrando que estavam inaptos ao consumo e sendo comprovado que a salada, produto bastante manipulado, era o principal motivo de contaminação do alimento[d].

Tabela 1. Resultado do NMP de coliformes e presença/ausência de *E. coli* nas amostras de caldo de cana

AMOSTRAS	RESULTADOS MICROBIOLÓGICOS		
	Coliformes totais/mL	Coliformes termot./mL	*E.coli*
1	> 1110	120	-
2	> 1110	240	+
3	> 1110	> 1110	-
4	> 1110	> 1110	+
5	> 1110	> 1110	+
6	> 1110	> 1110	+
7	460	240	-
8	> 1110	120	+
9	> 1110	290	+
10	> 1110	210	+
11	> 1110	11	-
12	> 1110	> 1110	+
13	> 1110	35	-
14	> 1110	290	-
15	> 1110	460	+
16	> 1110	93	+
17	> 1110	240	+
18	> 1110	< 3	-
19	> 1110	210	+
20	150	9	+

AC – amostra de caldo de cana; (–) ausência; (+) presença.

[c] *Santos, MFC.; Bispo, NJ; Schmitt, AC. Presença de microbiota associada à toxinfecção alimentar a partir das mãos dos vendedores de alimentos do comércio nas vias públicas de Itabuna, BA. In: Livro de Resumos do X Seminário de Iniciação Científica da UESC, Ilhéus – Bahia. Editus, 2004. p.129-30.*

[d] *Souza, TF; Santos, JGL; Neves, JTM. Qualidade higiênico-sanitária de acarajés comercializados na cidade de Ilhéus, BA. In: Livro de Resumos do X Seminário de Iniciação Científica da UESC, Ilhéus – Bahia. Editus, 2004. p.157-8.*

A presença de Coliformes Totais e Fecais em grande quantidade mostra um risco quanto à má higienização dos utensílios e manipulação inadequada do alimento.

Esse índice é utilizado para avaliar as condições higiênicas, sendo que altas contagens significam contaminação pós-processamento, limpezas e sanificações deficientes, tratamentos térmicos ineficientes ou multiplicação durante o processamento ou estocagem.[20-22]

No geral, os comerciantes tentam zelar pela aparência do ambiente em que trabalham, preocupando-se em manter os locais de venda limpos e os resíduos acondicionados em recipientes apropriados. Entretanto, 25% deles, com o intuito de atrair os consumidores, armazenavam as canas-de-açúcar diretamente no chão e/ou ao ar livre, prática irregular conforme estabelecido pela RDC 218. Além disto, a grande maioria dos manipuladores (80%) não fazia limpeza alguma na cana-de-açúcar antes de moê-la, procedendo apenas a raspagem para retirar a casca. O item 4.3.10 da RDC 218 dispõe que os vegetais utilizados no preparo devem ser lavados e, quando aplicável, desinfetados antes do preparo, revelando que grande parte dos comerciantes do estudo está em desacordo com o que a norma estabelece. Vale ressaltar que cerca de 60% dos vendedores manipulavam dinheiro e o produto alimentar sem higienizar as mãos e 33% deles adicionavam no caldo gelo de origem duvidosa.

Um fato interessante foi verificar que, apesar da maioria dos entrevistados dizer conhecer as boas práticas de fabricação, 45% nunca tinham ouvido falar em microrganismos e nos riscos que podem causar à saúde humana e 55% nunca receberam qualquer orientação ou treinamento por parte da Vigilância Sanitária local. De fato, isto foi confirmado com os baixos índices de adequação sanitária nos pontos-de-venda e das altas contagens de coliformes fecais encontradas no alimento. Esta situação não é muito diferente dos grandes centros urbanos em que apenas 16,6% dos ambulantes de caldo de cana de São Carlos e São Paulo, por exemplo, demonstraram ter conhecimento sobre doenças veiculadas por alimentos.[14]

Outro fator relevante foi verificar o baixo grau de escolaridade dos comerciantes, ou seja, 95% não chegaram a completar o 2º grau, mesmo estando na faixa etária de 18 a mais de 50 anos. Assim, já era de esperar-se a opinião que tiveram em relação aos seus pontos-de-venda, pois, quando questionados, 80% mostraram estar satisfeitos e consideravam adequado o local e as condições de venda do alimento. Cerca de 35% possuía o mesmo ponto-de-venda há mais de 10 anos, 45% entre 1 e 10 anos e 20% há menos de um ano. Dois pontos-de-venda (2%) apresentaram certificados de dedetização contra vetores e pragas, exigência da Vigilância Sanitária municipal, porém em 75% dos locais foi observada a presença de insetos, como moscas e abelhas, demonstrando desacordo com outro item da RDC 218.

Os entrevistados revelaram conhecer a origem da cana-de-açúcar que utilizavam. Isto poderia facilitar o rastreamento da matéria-prima em caso de contaminação ou surto alimentar. Segundo Yamaguti et al[4] , o caldo de cana não oferece riscos severos de contaminação aos seus consumidores, uma vez que é ingerido imediatamente após o preparo. Entretanto, este deve apresentar boas condições de higiene, assim como a matéria-prima e a água serem de boa qualidade. A procedência, o armazenamento e as práticas de higiene durante a manipulação também devem ser considerados como itens importantes. A educação e o treinamento constante dos manipuladores são as melhores formas para assegurar a qualidade da alimentação servida, pois criam um conjunto de meios e processos mediante os quais o indivíduo fica preparado na execução de determinada tarefa.[23] Além da educação, outro ponto importante é a fiscalização. Infelizmente, o comércio de rua nos países menos desenvolvidos encontra lacunas normativas que tolhem uma regulamentação sanitária eficaz.[24]

Portanto, como o caldo de cana vendido pelos vendedores na cidade de Itabuna mostrou ser de risco à Saúde Coletiva e como o grau de informação dos vendedores quanto às boas práticas de fabricação e higiene ainda é baixo, cabe às autoridades de Saúde Pública unir esforços para orientar e treinar adequadamente vendedores e ambulantes, para que, uma vez instruídos, possam comercializar alimentos que não ofereçam risco à população local.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), pela oportunidade da realização desta pesquisa; a Maria Luiza de Aquino Coelho e Joselita Oliveira da Silva Guimarães, da 7ª Diretoria Regional de Saúde da Bahia (7ª DIRES-BA), pela colaboração teórico-prática; e a Jacqueline Santana de Souza (vulgo Kelly), pelo suporte na realização das coletas, aplicação dos questionários aos comerciantes e auxílio técnico de laboratório.

REFERÊNCIAS

1. Pinto e Silva MEM, Emigdio MS, Silva LTA, Satomi M. O uso de caldo de cana em preparações culinárias. Fac. de Saúde Pública, USP, São Paulo, 2002. Extraído de [http://www.fsp.usp.br/hnt/cana_de_acucar.htm], acesso em [13 de dezembro de 2005].

2. Bertol TM. Utilização do caldo de cana-de-açúcar na alimentação de suínos. Instrução técnica para o suinocultor. Embrapa, Centro Nacional de Pesquisa de Suínos e Aves, Ministério da Agricultura e do Abastecimento. Concórdia, 1997. ISSN 1516-554X. Extraído de [http://www.cnpsa.embrapa.br/sgc/sgc_publicacoes/publicacao_p5t55b7.pdf], acesso em [13 de dezembro de 2005].

3. Rio de Janeiro, RJ. Folha da Feira. A prefeitura do Rio. Publicação mensal da Secretaria Municipal de Governo, Rio de Janeiro, 2005. Extraído de [http://www2.rio.rj.gov.br/governo/folhadafeira/Arquivo18.pdf], acesso em [13 de dezembro de 2005].

4. Yamaguti DG, Venturini L, Santana PJ, Tsutsumi RC, Gallo VC, Latterza AR, et al. Análise qualitativa microbiológica e higiênica do caldo de cana comercializado em feiras livres, barracas e "carros adaptados" localizados na região metropolitana de São Paulo. Univ. Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, 2005. Extraído de [http://www.sban.com.br/educacao/nutrire/documents/ SUPLEMENTONUTRIREV30.pdf], acesso em [25 de janeiro de 2006].

5. Prat P, Moretti RH, Cardello HMAB. Elaboração de bebida composta por mistura de garapa parcialmente clarificada-estabilizada e sucos de frutas ácidas. Ciência e Tecnologia de Alimentos 2005; 25: 147-52.

6. Soccol CR, Schwab A, Kataoka CE. Avaliação microbiológica do caldo de cana (garapa) na cidade de Curitiba. Centro de Pesq. Proces. Aliment. 1990; 8: 116-25.

7. Anvisa. Growing health: resolution establishes hygiene standards for vegetable-based food and beverages. Saúde Pública 2005; 39: 861-3.

8. Brasil, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC nº 218, de 29 de julho de 2005. Diário Oficial da União. Brasília, 2005. Extraído de [http://e-egis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=18094], acesso em [22 de março de 2006].

9. Lazzarini M. Diário Popular – Via Internet. Viva Bem: Cuidados para evitar doenças transmitidas por alimentos. Pelotas, RS, 2004. Extraído de [http://www.diariopopular.com.br/20_04_04/ip160410.html], acesso em [13 de dezembro de 2005].

10. Santa Catarina, SC. Governo do Estado. Diretoria de Vigilância Sanitária. Jornal Diário Catarinense. Fortaleça as defesas de seu corpo. Santa Catarina, 2006. Extraído de [http://www.vigilanciasanitaria.sc.gov.br/index.php?option=com_ content&task=view&id=169&Itemid=264], acesso em [18 de junho de 2006].

11. Rodrigues KL, Gomes JP, Conceição RCS, Brod CS, Carvalhal JB, Aleixo JAG. Condições higiênico-sanitárias no comércio ambulante de alimentos em Pelotas, RS. Ciência e Tecnologia de Alimentos 2003; 23: 447-52.

12. Leite CC, Sousa LS, Braga AV, Assis PN, Rêgo FLT. Perfil microbiológico do caldo de cana comercializado em Salvador. Higiene Alimentar 2003; 17: 94.

13. Nascimento AR, Marinho SC, Mouchrek Filho VE, Mouchrek Filho JE, Martins AGLA, Barbosa RS. Perfil microbiológico do caldo de cana comercializado na cidade de São Luís, MA. Higiene Alimentar 2006; 20: 83-6.

14. Oliveira ACG, Sousa CP, Seixas ASS, Souza CWO. Avaliação microbiológica e parasitológica de caldo de cana comercializado na cidade de São Carlos, SP. In: XXII Congresso Brasileiro de Microbiologia, Florianópolis – Santa Catarina, 2003.

15. Silva MF, Lima PP, Arruda RVM, Figueiredo AKC, Bezerra R. Qualidade microbiológica do caldo de cana "in natura" comercializado em bairros do centro do Recife área de abrangência do DS-I. In: V Jornada de Ensino, Pesquisa e Extensão, XV Congresso de Iniciação Científica, UFRPE, Recife – Pernambuco, 2005.

16. Silva N, Junqueira VCA, Silveira NFA. Manual de métodos de análise microbiológica de alimentos. São Paulo: Varela; 1997. 295p.

17. Difco. Manual of dehydrated culture media and reagents for microbiology. Detroit: Difco Laboratories; 1984. 1155p.

18. American Public Health Association. Compendium of methods for the microbiological examination of foods. Washington DC: APHA; 1992. 1219p.

19. Brasil, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC nº 12, de 2 de janeiro de 2001. Diário Oficial da União. Brasília, 2001. Extraído de [http://www.abic.com.br/arquivos/leg_resolucao12_ 01_anvisa.pdf], acesso em [2 de agosto de 2005].

20. Adams MR, Moss MO. Food Microbiology. 2ª ed. Gateshead: Athenaeum; 2002. 479p.

21. Delazari I. Aspectos microbiológicos ligados à segurança e qualidade da carcaça de aves. In: Anais da VIII Semana Acadêmica Veterinária, São Paulo – São Paulo; 1998. p.71-7.

22. Franco BDGM, Landgraf M. Microbiologia de Alimentos. São Paulo: Atheneu; 1996.182p.

23. Oliveira AM, Gonçalves MO, Shinohara NKS, Stamford TLM. Manipuladores de Alimentos: um fator de risco. Higiene Alimentar 2003, 17: 12-8.

24. Panetta JC. Alimentos servidos nas ruas: Desafios para a Vigilância Sanitária. Higiene Alimentar 2005, 19: 3-4.

Recebido em 28.05.2007 Aprovado em 31.10.2007

ARTIGO ORIGINAL

CONTRIBUIÇÕES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF): UMA ATUALIZAÇÃO DA LITERATURA

Juliana Bittencourt Marques[a]

Danielle de Paula Aprígio[b]

Hugo Leonardo Silveira de Mello[b]

Johnatas Dutra Silva[b]

Luciana Noronha Pinto[b]

Dionis de Castro Dutra Machado[c]

Victor Hugo do Vale Bastos[d]

Resumo

Introdução: Ações de saúde realizadas em equipe promovem a formação de redes de relações e rompem visões individualistas, além de permitirem o estabelecimento do respeito, vínculo entre profissionais e uma abordagem resolutiva. ***Objetivos:*** Verificar a contribuição da equipe multiprofissional no PSF e discutir dificuldades apresentadas por essa interação. ***Material e Métodos*:** Pesquisa bibliográfica em português utilizando as bases de dados Scielo e Lilacs, cujos artigos relacionados compreendem o período entre 1997 e 2007. ***Resultados:*** A multidisciplinaridade mostrou-se benéfica, pois permite criar idéias que serão discutidas por diferentes visões, levando a crer que essa modalidade é útil para a atual condição de saúde no País. Contudo, essa inter-relação profissional é pouco alcançada. ***Conclusão***: A multidisciplinaridade é capaz de gerar organização social e um desempenho profissional mais adequado. A inserção de novos profissionais nas equipes básicas ainda não é fundamentada pela literatura, o que demonstra carência de projetos neste âmbito.

Palavras-chave: Equipe de assistência ao paciente. Programa saúde da família. Atenção primária à saúde.

---

[a] *Aluna do 9º período da Graduação em Fisioterapia do Centro Universitário Serra dos Órgãos – UNIFESO.*
Endereço para correspondência: Rua Manoel Batista -261/ Delícia – Areal/RJ. CEP: 25845-000 Telefones: (24)2257-1068/ (24)9949-7812. E-mail: juju_bitt@yahoo.com.br

[b] *Aluna do 10º período da Graduação em Fisioterapia do Centro Universitário Serra dos Órgãos – UNIFESO.*

[c] *Doutoranda em Saúde Mental IPUB/UFRJ - fisioterapeuta – professora mestre do Centro Universitário Serra dos Órgãos - UNIFESO.*

[d] *Doutorando em Saúde Mental IPUB/UFRJ - fisioterapeuta – professor mestre e coordenador do curso de Graduação em Fisioterapia do Centro Universitário Metodista do Rio de Janeiro – UNIBENET.*

CONTRIBUTIONS OF THE MULTIPROFESSIONAL HEALTH TEAM IN THE FAMILY HEALTH PROGRAM (FHP): AN UPDATE OF THE LITERATURE

Abstract

Introduction: Health actions carried out by teams promote the formation of relationship networks and eliminate individual perspectives, and also help establish respect, a bond between professionals and a solution's approach. **Objective:** To verify the contribution of the PSF multiprofissional team and to discuss the difficulties presented by this interaction. **Materials and Methods:** bibliographical research in Portuguese, using the Scielo and Lilacs databases, the related articles encompass 1997 to 2007 **Results:** Multidisciplinarity was proven to be beneficial, because it leads to the creation of ideas that will be discussed from different perspectives, leading us to believe the modality is useful for the current health situation in the country, however this professional interrelation is rarely achieved. **Conclusion:** Multidisciplinarity is capable of generating social organization and a more appropriate professional behavior. The insertion of new professionals in basic teams is still not founded on literature, which demonstrates a lack of projects in this area.

Keywords: Patient care team. Family health programs. Primary health care.

INTRODUÇÃO

O trabalho em equipe consiste numa modalidade coletiva que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Tem sido veiculado como estratégia para enfrentar o intenso processo de especialização na área da Saúde. Esse processo tende a aprofundar o conhecimento e a intervenção em aspectos individualizados das necessidades de saúde, sem contemplar simultaneamente a articulação das ações e dos saberes[1-4].

A ampliação do objeto de intervenção para além do âmbito individual e clínico demanda mudanças na forma de atuação e na organização do trabalho e requer alta complexidade de saberes, para que ocorra uma construção de consensos e configurações de projetos assistenciais comuns. Cada profissional é chamado a desempenhar sua profissão em um processo de trabalho coletivo, cujo produto deve ser fruto de um trabalho que se forja com a contribuição específica das diversas áreas profissionais ou de conhecimento[2,5].

Sendo assim, a atuação multiprofissional consiste em uma reunião de profissionais que permite grandes relações interpessoais, formando uma equipe de integração e agrupamento, o que favorece a ocorrência da discussão e articulação de saberes, facilitando a formulação de uma melhor organização dos serviços de saúde. Essa equipe engloba a união de agentes e a integração do trabalho. Na área da Saúde, a integração do trabalho permite a articulação das ações e a

interação dos agentes e requer um compromisso ético e de respeito com cada formador da equipe e, em especial, com a clientela[4-6].

O Programa Saúde da Família (PSF) tem sido um desafio para os gestores de saúde, tendo sido criado na implementação do SUS e inserido como um dos itens da estratégia de revolução da atenção primária. O trabalho em equipe destaca-se no conjunto de características do PSF como um dos pressupostos mais importantes para a reorganização do processo de trabalho enquanto possibilidade de uma abordagem mais completa[2].

No que tange à relação entre o PSF e a equipe, estes, juntos, têm o objetivo de prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral e contínua com resolutividade e boa qualidade. Também cabe à equipe de profissionais promover a vigilância e a promoção da saúde, e responder às demandas da comunidade de forma contínua e racionalizada[7].

O trabalho em equipe está intimamente relacionado ao PSF, porque este tipo de modalidade nesse setor é proposto como uma das prerrogativas estratégicas para a mudança do atual modelo de assistência em saúde, conforme já citado. A partir disto, surgiu o interesse da realização do presente estudo, cuja pesquisa objetiva verificar a contribuição da equipe multiprofissional no PSF e discutir as dificuldades apresentadas pela interação de diferentes profissionais.

MATERIAL E MÉTODOS

O estudo trata-se de uma revisão realizada por meio de levantamento retrospectivo de artigos científicos publicados nos últimos 10 anos (1997 a 2007). A busca bibliográfica foi feita em estudos indexados nas bases de dados internacionais - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na coleção *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO), após consulta às terminologias em saúde, a serem utilizadas na base de descritores da biblioteca virtual em saúde (BVS), da Bireme (Decs) e da *Medical Subject Headings* (MESH), para o resumo em inglês. Os descritores (palavras-chave) utilizados foram: Equipe de Assistência ao Paciente, Programa Saúde da Família e Atenção Primária à Saúde, em português.

Os artigos selecionados eram nacionais, publicados no idioma português, no período anteriormente mencionado, referentes à equipe e ao PSF. Os critérios de inclusão foram: artigos publicados na íntegra, no período entre 1997 e 2007, que continham algum dos descritores selecionados e disponíveis no Brasil. Dentre os critérios de exclusão, estavam: resumos de artigos, artigos não-disponíveis no Brasil e em outros idiomas.

Os artigos foram analisados e categorizados com vista à classificação e ao delineamento dos estudos. Como se trata de uma revisão, não houve a necessidade de submissão do presente estudo ao comitê de ética em pesquisa.

BREVE ATUALIZAÇÃO DA LITERATURA

O PSF foi iniciado em 1994, quando o Ministério da Saúde (MS) anunciou a adoção deste programa como estratégia para reorganizar a prática assistencial, substituindo o modelo tradicional de assistência como estratégia de reorientação dos serviços de atenção básica à saúde. Sua implantação significa substituir as antigas práticas, baseadas na valorização do hospital, mais voltadas para a doença por novos princípios, com foco na promoção da saúde e na participação da comunidade. Assim, o PSF apresenta-se como uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família como o ponto central de atenção e não somente o indivíduo doente ou, ainda, a sua doença, introduzindo uma nova abordagem nos processos de intervenção em saúde, na medida em que não espera a população chegar para ser atendida, pois age preventivamente sobre ela a partir de um novo modelo de atenção[1,7-12].

A implementação deste novo modelo no Sistema Único de Saúde (SUS) tem, cada vez mais, se mostrado indispensável e constituído um desafio para gestores, profissionais de saúde e a sociedade como um todo. A descentralização dos processos decisórios em saúde tem possibilitado uma melhor visualização dos problemas a serem enfrentados, assim como as possibilidades e os limites das intervenções. Então, é possível observar que a atual política de saúde do Brasil tenta mudar o modelo de atenção centrado no médico e no hospital para um modelo de assistência completa voltado para um homem integral membro de uma sociedade e de uma família[1-2,13-14].

A proposta de trabalho em equipe multiprofissional no PSF foi instituída nessa mudança e é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação, troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes e, ainda, permite que ocorra a associação dessas informações com o saber popular dos agentes comunitários de saúde. A atuação das equipes acontece, principalmente, nas unidades básicas de saúde, residências e mobilização da comunidade. A equipe possui uma população delimitada sob sua responsabilidade e esta deve intervir sobre os fatores de risco que a comunidade está exposta. Presta assistência integral com qualidade e realiza atividades de educação e promoção da saúde seguindo um modelo humanizado[1,7,9,12,15].

A ampliação do objeto de intervenção para além do âmbito individual e clínico demanda mudanças na forma de atuação e organização do trabalho e requer alta complexidade de saberes, fazendo-se obrigatório o funcionamento adequado da equipe multiprofissional, motivo por que sua composição vem sofrendo modificações ao longo do tempo. Novas equipes vêm sendo criadas de forma a atender às novas exigências da realidade. Essas equipes devem saber identificar os problemas de saúde e as situações de risco existentes na comunidade, além de elaborar planos

para enfrentar determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas aos problemas de saúde identificados e prestar assistência integral às famílias, assumindo uma responsabilidade no âmbito da atenção básica[2,13,16].

O trabalho de equipe em saúde traz diversos benefícios, dentre eles, é possível formar uma rede de relações entre as pessoas, o que rompe a visão dominante e individualista das especialidades, permitindo manter uma troca de saberes, afetos e vontades, que irá resultar em uma união de diferentes idéias e trabalhos voltados à promoção da saúde. Essa união propicia uma melhor organização do serviço de saúde e permite que ocorra o estabelecimento do respeito, autonomia e vínculo entre os profissionais e os pacientes, visando a uma abordagem mais integral e resolutiva, e também permite que os profissionais das diversas áreas possam criar intervenções diferenciadas, além de investirem em desenvolvimento de ações preventivas junto a cada comunidade nas áreas da Saúde[1,6,13].

Há a necessidade de que a interação seja relevante para a construção de consensos em relação ao planejamento de objetivos a serem alcançados pelo conjunto de profissionais, levando em consideração a realidade local e a situação encontrada, fazendo com que essa troca favoreça os resultados e que estes beneficiem a todos [1,5].

No serviço de atenção primária faz-se necessária a constituição de um território comum e este baseia-se na flexibilização dos saberes e práticas de saúde, dinâmica da construção dos diálogos e transformações de relações e atitudes cotidianas dos sujeitos envolvidos, sendo estes os profissionais de saúde e a comunidade. A criação dessa "zona de troca" promove uma descentralização dos saberes hegemônicos, atualmente regidos pela racionalidade médico-científica, a qual privilegia a dimensão exclusivamente biológica da saúde baseada na doença e seu agente etiológico, que ignora a subjetividade e é guiado pela razão cartesiana, que tenta promover uma universalização dos saberes em prol do progresso científico[5,17].

No sentido de humanizar o serviço, a multiprofissionalidade facilita este processo favorecendo o atravessar de diferentes ações e instâncias, tornando o atendimento mais compromissado com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente. Se a integração entre os profissionais não ocorre, existe o risco de repetir um modelo de atenção desumanizado, fragmentado e centrado na recuperação biológica individual [3,5].

A humanização é um pilar essencial na construção do novo modelo de atenção básica. No PSF tem por objetivo ser contemplada, por meio do estabelecimento de vínculo entre profissionais/usuários/famílias, por responsabilização da equipe na resolução dos problemas de saúde da comunidade. Este item deve estar presente na organização de qualquer serviço de

saúde, preferencialmente alinhado às perspectivas dos princípios seguidos pelo SUS. Humanização, como espaço ético, requer, então, o fomento das relações profissionais saudáveis, além do reconhecimento de limites, sabendo o profissional compreender sua condição humana e de cuidador de outros seres humanos[9,17-18].

A equipe de saúde da família assimila as práticas preventivas e curativas seguindo o princípio da integralidade, a qual se contrapõe à abordagem fragmentada e reducionista dos indivíduos e defende que o olhar do profissional formador da equipe deve ser totalizante. Então, torna-se necessária a inserção de outros profissionais para que ocorra uma compreensão mais abrangente dos problemas de saúde e sejam realizadas intervenções mais efetivas[19-21].

Para que os resultados sejam alcançados com sucesso, é relevante que os membros distintos participem dos diferentes processos de trabalho, como planejamento, execução, avaliação, partilha de decisões, reflexão acerca do trabalho conjunto e flexibilização da divisão do trabalho, e que a equipe conte com outros atores que formam a área da saúde e considerem a família como o foco da intervenção[2,5,22-23].

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo verificar a contribuição da equipe multiprofissional no PSF, bem como discutir as dificuldades apresentadas por essa interação. Durante seu desenvolvimento, percebeu-se que os profissionais integrados a esse sistema buscam a aliança de informações, visando, principalmente, ao esclarecimento de dúvidas. Esse contato permite que as analogias entre as diferentes ações ativas sejam conscientemente evidenciadas pelos membros que as realizam, possibilitando articular os distintos saberes e alcançar um projeto comum a todos, sendo pertinente às necessidades de saúde do usuário, além de proporcionar a existência de um vínculo entre os profissionais[1-3].

A articulação também é percebida no referenciamento de pacientes, assim como nos questionamentos dos distintos profissionais, os quais solicitam respostas direcionadas, de acordo com as dúvidas, durante as reuniões que ocorrem entre a equipe[2]. Vale ressaltar que a união da equipe com a comunidade é vista como um aspecto contemplado, pois permite a gênese de projetos por diferentes visões, fazendo-nos crer que essa modalidade contribui para a atual condição da saúde no país, concomitantemente, facilitando a autonomia para a realização de novas estratégias[1,24-25].

As falhas ainda permanecem presentes, pois autores relatam que essa articulação é voltada a um determinado fim, isto é, grande parte das comunicações realizadas entre os membros da equipe manifesta-se para atender às demandas imediatas, as quais são expressas

pelos usuários do serviço. Percebe-se, então, que essas se caracterizam pela descontinuidade, não existindo o hábito da construção de consensos e acordos para a resolução dos problemas da comunidade, citando-se ações curativas e educativas, que, muitas vezes, são realizadas de maneira individualizada[2,16,22].

Outras falhas marcantes são que o valor das informações geradas em equipe nem sempre é incorporado às práticas de trabalho. Além do tema principal, as reuniões comumente são direcionadas a problemas administrativos, em vez de conhecer o trabalho do outro e discutir os problemas da prática cotidiana, sendo gerenciadas e comandadas pela enfermeira responsável pelo PSF, ocasionando constrangimento aos outros membros da equipe[2,3,13]. Silva e Trad[2] ressaltam que, para haver a coesão do grupo, deve existir um líder, mas com uma condição levantada e este não deverá ter permanência prolongada, visto que sua continuidade interfe nos processos decisórios ou na execução de ações, retirando da equipe a característica de que todos devem ser ativos na participação.

Entende-se que um líder não deve ser o sujeito do grupo que dá as ordens, mas o que apresenta competência para ordenar, por meio de comandos simples, os demais membros, objetivando organizar eventos que estejam em desacordo. Portanto, sua presença na equipe é imperiosa para o bom êxito do conjunto. Sua figura deve ser forte e flexível para manter posições às vezes difíceis e, por vezes, flexibilizar para que sejam viáveis algumas ponderações entre os membros. Estratégias devem ser levantadas para que a liderança seja revezada entre a equipe, assim os potenciais individuais poderão liderar, ato envolve carisma, mas nem sempre tem a simpatia de todos[26].

Durante a realização desta atualização da literatura não foi observada nenhuma citação que demonstrasse a importância da inserção de novas áreas na equipe multiprofissional do PSF. A ausência dos outros profissionais pode tornar, muitas vezes, essa equipe deficitária, pois, assim, as informações não serão fornecidas de forma completa, dificultando a articulação dos saberes e a prestação de um serviço competente, fazendo com que a inserção de outros profissionais seja indispensável. Então, neste contexto, poder-se-ia perguntar: Será que a inserção desses profissionais contribuiria de forma significativa para ocorrer uma melhora do modelo assistencial?

Na estrutura do PSF, a articulação dos saberes entre os profissionais e o saber da comunidade (o saber popular) tem-se mostrado indispensável, pois essa apresenta o objetivo de produzir o melhor atendimento ao usuário, o que no PSF é relevante e desejável, contudo, pode-se observar que, por meio da prática comunicativa, se permitiu construir e executar projetos pertinentes aos usuários. É necessário reconhecer que a construção de um projeto comum no PSF depende não só das formas concretas de organização do trabalho, mas também da distribuição de poder na equipe, observando que o ato médico pode ser encarado como um retrocesso deste avanço.

Apesar da multidisciplinaridade estar presente no PSF, sua realização ocorre de maneira parcial e incompleta, pois a articulação acontece quando diz respeito à troca e transmissão de informações de caráter técnico, entretanto, não em torno da necessidade da equipe e da comunidade na busca de consenso coletivo, havendo, ainda, uma sobreposição da razão instrumental sobre a razão comunicativa.

REFERÊNCIAS

1. Rosa WAG, Labate RC. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. Rev Latino-Am Enfermagem 2005; 13(6):1027-34.

2. Silva IZQJ, Trad LAB. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. Interface - Comunic, Saúde, Educ 2005; 9(16): 25-38

3. Oliveira E M, Spiri WC. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. Rev Saúde Pública 2006; 40(4):727-33.

4. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev Saúde Pública 2001; 35(1):103-9.

5. Almeida MCP, Mishima, SM. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo "novas autonomias" no trabalho. Interface - Comunic, Saúde, Educ 2001; (9): 150-3.

6. Fortuna CM, Mishima SM, Matumoto S, Pereira MJB. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. Rev Latino-Am Enfermagem 2005; 13(2):262-8.

7. Ministério da Saúde. Programas da saúde: Programa saúde da família. Extraído de [http://www.saude.gov.br], acesso em [14 de janeiro de 2007].

8. Filho DC. O programa de saúde da família em São Paulo. Estudos avançados 1999; 13 (35): 89-100.

9. Ribeiro EM. As várias abordagens da família no cenário do programa/ estratégia de saúde da família (PSF). Rev Latino-Am Enfermagem 2004; 12(4):658-64.

10. Bezerra NO, Nascimento MAA. Implantação do Programa Saúde da Família (PSF) em Feira de Santana-Ba. No ano 2000 como experiência piloto: vontade política ou "interesses políticos"? Revista Baiana de Saúde Pública 2005; 29(2):175-88.

11. Senna MCM. Eqüidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. Cad Saúde Pública 2002; 18 Suppl: 203-11.

12. Santos AM, Assis MMA, Rodrigues AAAO, Nascimento MAA, Jorge MSB. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil Cad. Saúde Pública 2007, 23(1):75-85.

13. Souza RA, Carvalho AM. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. Estudos de Psicologia 2003, 8(3): 515-23.

14. Valentim IVL, Kruel AJ. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. Ciência & Saúde Coletiva 2007, 12(3): 777-88.

15. Camelo SHH, Angerami ELS. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. Rev Latino-Am Enfermagem 2004; 12(1):14-21.

16. Pedrosa JIS, Teles JBM. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. Rev. Saúde Pública 2001; 35(3):523-35.

17. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil Cad. Saúde Pública 1999; 15(2):345-53.

18. Backes DS, Lunardi, VL, Lunardi Filho WD. A humanização hospitalar como expressão da ética. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2006; 14(1): 132-5.

19. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface - Comunic, Saúde, Educ 2005; 9(16): 39-52.

20. Borges CC, Japur M. Promover e recuperar saúde: sentidos produzidos em grupos comunitários no contexto do Programa de Saúde da Família. Interface - Comunic, Saúde, Educ 2005; 9(18): 507-19.

21. Vilela EM, Mendes IJM. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. Rev Latino-Am Enfermagem 2003; 11(4): 525-31.

22. Silva NEK, Oliveira LA, Figueiredo WS, Landronia MAS, Waldmana CCS, Ayresb JRCM. Limites do trabalho multiprofissional: estudo de caso dos centros de referência para DST/Aids. Rev Saúde Pública 2002; 36(4 Supl):108-16.

23. Campos CEA, Garcia J. Contribuições para a supervisão dos programas sociais com foco na família. Rev. Katál. 2007; 10(1): 95-104.

24. Silvestre JA, Neto MMC. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. Cad. Saúde Pública 2003; 19(3):839-47.

25. Dell'Acqua MCQ, Pessuto J, Bocchi SCM, Anjos RCPM. Comunicação da equipe multiprofissional e indivíduos portadores de hipertensão arterial Rev. Latino-Am. Enfermagem 1997; 5(3): 43-8.

26. Kouzes J., Posner B. Líder Mestre. Rio de Janeiro: Campus; 2007.

Recebido em 27.06.2007 Aprovado em 29.10.2007

ARTIGO ORIGINAL

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CEARÁ: A SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS

Maria Salete Bessa Jorge[a]

José Maria Ximenes Guimarães[b]

Liza Barreto Vieira[c]

Francisco Diego Silva de Paiva[d]

Daniel Rocha e Silva[e]

Antônio Germane Alves Pinto[f]

Resumo

Com o objetivo de avaliar a qualidade do Programa Saúde da Família (PSF), com foco na satisfação dos usuários, foi realizado este estudo em cinco municípios do Estado do Ceará -Brasil: Fortaleza, Quixadá, Aracati, Cascavel e Canindé. Trata-se, portanto, de um estudo de caráter avaliativo, com abordagem quantitativa, no qual se adotou o enfoque recomendado por Donabedian, com uma amostra de 1.648 usuários do PSF. Os dados foram analisados descritivamente com base nas freqüências encontradas. Procedeu-se o teste do qui-quadrado para verificar associações entre as variáveis e foram analisados os determinantes da qualidade do PSF, na opinião dos usuários. Os resultados apontam que elevada parcela da população está satisfeita com os serviços prestados pelo PSF. Como principais determinantes da satisfação constam os aspectos referentes ao campo relacional, ou seja, pertencentes às relações profissionais de saúde-usuários, entre eles: atenção, confiança, respeito e acolhimento.

Palavras-chave: Avaliação de serviços de saúde. Satisfação dos usuários. Programa Saúde da Família.

---

[a] *Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora titular e coordenadora do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Líder do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem (GRUPSFE).*

[b] *Enfermeiro. Mestrando em Saúde Pública pela UECE. Membro do GRUPSFE. Bolsista FUNCAP.*

[c] *Odontóloga. Mestra em Odontologia. Docente da UECE. Membro do GRUPSFE.*

[d] *Aluno do Curso de Medicina da UECE. Bolsista FUNCAP. Membro do GRUPSFE.*

[e] *Enfermeiro. Mestrando em Cuidados Clínicos em Saúde e Enfermagem. Membro do GRUPSFE.*

Endereço para correspondência: *José Maria Ximenes Guimarães.*

E-mail: josemariax@sobral.org/jm_ximenes@hotmail.com

Rua Silveira da Mota, 289, Casa 02. CEP: 60830-150 Messejana – Fortaleza - CE

EVALUATION OF THE QUALITY OF FAMILY HEALTH PROGRAM IN CEARÁ: THE SATISFACTION OF THE USERS

Abstract

This study was done in five towns of the State of Ceará-Brazil, Fortaleza, Quixadá, Aracati, Cascavel and Canindé, with the objective of evaluating the quality of the Family Health Program (FHP), focusing on the satisfaction of the users. Therefore, it is a study that has an evaluative character and a quantitative approach, which adopted the focus recommended by Donabedian, with a sample of 1,648 PSF users. The data were descriptively analyzed based on the frequencies found. The chi-square test was done to check for associations among the variables. FHP quality determinants were analyzed, on the users´ opinion. The results pointed out that a big part of the population, in study, is satisfied with services provided by FHP, appearing as main determinants of the aspects that refer to the relational field, in other words, that belong to professional relationship of health-users, among them: attention, trust, respect and reception.

Keywords: Evaluation of health services. Users satisfaction. Family Health Program.

INTRODUÇÃO

Os movimentos de reforma do setor de Saúde, em particular a Reforma Sanitária, que ocorreram amplamente na década de 80 do século passado, impulsionaram a reconfiguração dos modelos de atenção à saúde até então vigentes e impuseram a reordenação da lógica de produção de serviços de saúde. Essas transformações ocorreram em meio ao processo de redemocratização da sociedade brasileira, de luta por direitos, sobretudo civis e políticos, e da universalização de vários direitos sociais, entre os quais o direito à saúde.

Nesse cenário sociopolítico, a saúde adquire *status* de direito social, incorporado ao texto constitucional de 1988, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual materializou, em seus princípios e diretrizes, os ideários da Reforma Sanitária, tanto por assumir a saúde como direito de todos quanto por estabelecer a responsabilidade do Estado em provê-la e garanti-la, por meio de políticas econômicas e sociais integrativas[1, 2].

Na busca da superação do modelo de saúde médico-centrado e hospitalocêntrico, que não respondia às demandas de saúde da população, o Ministério da Saúde (MS) lançou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), com a finalidade de reorganizar os serviços de saúde na atenção básica. Deste modo, o foco da atenção é direcionado à família de determinado território social. Propõe, portanto, uma nova maneira de organização do trabalho em saúde, a ser produzido em equipe, tendo em vista a execução de práticas de saúde mais integrais e resolutivas. Nestas, o eixo orientador é vigilância à saúde, concebida como modelo para a reordenação da lógica

assistencial, a qual deve superar as intervenções centradas no indivíduo, voltando-se para as ações de caráter coletivo, ou seja, o foco desloca-se para a família e o lócus de ação para o território social, adotando as ações preventivas e de promoção da saúde como prioritárias [2, 3, 4].

Entretanto, poderia afirmar-se que a origem do PSF remonta a 1991, quando o MS formula o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) - a partir da experiência acumulada no Ceará, com a criação do referido programa, em 1987[5], aspirando à redução das mortalidades infantil e materna, principalmente no Norte e Nordeste brasileiros, mediante a expansão de cobertura dos serviços de saúde para áreas de maior vulnerabilidade.

Desde sua criação e implantação, o PSF tem-se expandido substancialmente e vem apresentando resultados significativos, essencialmente nas áreas materno-infantil, endemias e de controle social[6].

O controle social, como princípio do SUS, instituído legalmente, implica a possibilidade de os usuários intervirem nos serviços de Saúde, tanto na proposição de políticas e ações quanto na fiscalização de sua efetivação. Neste sentido, seu fortalecimento no âmbito do SUS e o incentivo à participação comunitária, em particular na atenção básica à saúde, pressupõem a concepção do usuário como co-responsável pela gestão do sistema de saúde e com competência para avaliá-lo, bem como para nele intervir e modificá-lo[1,7,8].

A avaliação dos serviços de saúde, a partir da opinião dos usuários, tem focado a satisfação destes como indicador de qualidade. Conforme se reconhece, a satisfação dos usuários, embora não seja o único, constitui-se em importante indicador de qualidade dos serviços de saúde. Como afirma Mezomo[9], "[...] a informação a respeito da satisfação do paciente é tão indispensável para a avaliação da qualidade como o desenho e a administração dos sistemas de cuidados de saúde". Considera-se, ainda, que a qualidade da assistência é determinada pelo resultado, traduzido na obtenção da saúde e na satisfação dos usuários.

Mensurar a satisfação do usuário com um serviço não é tarefa simples, pois o conceito de satisfação está sob a égide de diversos fatores, tais como: características do usuário (sociodemográficas, estado de saúde, expectativas quanto ao serviço), características dos profissionais (personalidade, habilidade, atitudes), relacionamento usuário/profissional e fatores ambientais (estrutura, localização e acesso ao serviço).

Diversos autores, ao trabalharem na revisão da literatura, referente à área de avaliação de qualidade, relacionam a satisfação dos usuários como uma das variáveis constitutivas da qualidade de cuidados. Donabedian[10] também coloca este critério, entre os principais, na avaliação de resultados.

O nível de satisfação do usuário reflete a qualidade nos diversos momentos do atendimento. Assim, o modo como os cuidados técnicos são dispensados ou recebidos, no

relacionamento cliente/serviço de saúde, é um importante índice para avaliar a qualidade da assistência. Portanto, a boa relação entre os profissionais e o paciente é a maior contribuição que se pode oferecer ao paciente, com efeitos positivos no tratamento.

MATERIAL E MÉTODOS

A Coordenadoria de Saúde da Família do Estado do Ceará adotou, a partir de 1994, o modelo de atenção à saúde da família como estratégia central de atuação e está direcionando-a, fundamentalmente, para a promoção da saúde[11]. O grande avanço no processo de municipalização da saúde em todo o Estado e a ativa promoção pelo governo estadual da estratégia de saúde da família, como orientadora da reorganização de todo o sistema sanitário, têm conduzido a um rápido crescimento do número de equipes.

Na perspectiva de avaliação desses serviços, torna-se premente a produção de informações que subsidiem a (re)organização de serviços e a adoção de estratégias que primem pela melhoria da qualidade da atenção à saúde da população neles atendidos.

Diante do exposto, desenvolveu-se o presente estudo, de caráter avaliativo, com abordagem quantitativa, no qual se adotou o enfoque recomendado por Donabedian[10,12], considerando alguns aspectos da estrutura, do processo e dos resultados.

Foi realizado em cinco municípios do Estado do Ceará: Fortaleza (capital), Quixadá, Aracati, Cascavel e Canindé, selecionados aleatoriamente. Ressalta-se que o Município de Fortaleza está dividido geopoliticamente em seis Secretarias Executivas Regionais (SER I, SER II, SER III, SER IV, SER V e SER VI), todas com equipes de PSF implantadas. Assim, neste estudo, foram selecionadas equipes de todas as secretarias para integrar a pesquisa.

A amostra foi composta por usuários das equipes de Saúde da Família dos referidos municípios, determinada por processo de amostragem estratificada, após o levantamento de usuários atendidos pelas equipes mencionadas. Foram pesquisados 1.648 usuários, conforme disposto na **Tabela 1**. Destaca-se que, na época da pesquisa, os municípios, em estudo, contavam com 149 equipes de PSF implantas, sendo este número ampliado posteriormente, devido à qualificação e implantação de novas equipes.

Para a coleta de dados, aplicou-se um formulário à população adstrita do PSF, presente na unidade básica de saúde na ocasião. Destaca-se que o formulário, consoante o proposto pela metodologia donabediana, contemplava itens relacionados ao perfil dos usuários e à qualidade dos serviços: estrutura (condições do espaço físico), processo (ações desenvolvidas e campo relacional) e resultados (resolubilidade e satisfação).

Na perspectiva de atender aos princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto foi submetido à aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará e obteve posicionamento favorável. Os participantes foram previamente esclarecidos acerca da pesquisa e seus objetivos e, ao optar pela participação no estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Tabela 1. Estratificação dos usuários do PSF de Fortaleza, Cascavel, Aracati, Quixadá e Canindé, segundo municípios (n=1648)

Município	Nº equipes	População assistida	Amostra calculada	Amostra pesquisada
Fortaleza	91	305.706	673	1197
Cascavel	15	51.859	114	102
Canindé	14	47.962	106	124
Aracati	14	48.036	105	118
Quixadá	15	51.460	113	107
Total	**149**	**505.023**	**1.111**	**1648**

Os dados foram analisados descritivamente com base nas freqüências encontradas e, a seguir, efetou-se o teste qui-quadrado para análise da associação entre satisfação e características sociodemográficas dos usuários. Na análise estatística, calculou-se também o índice *V* de Cràmer. Para tanto, foi estruturado no *Software* SPSS versão 11.5, sendo as análises realizadas com auxílio deste programa.

RESULTADOS

Segundo a estratificação da amostra, a maioria dos participantes da pesquisa é composta por usuários do PSF de Fortaleza (72,7%) e, entre eles, há predominância de pesquisados da SER IV. Em relação aos demais municípios, 7,5% são do Município de Canindé, 7,2% de Aracati, 6,5% de Quixadá e 6,2% de Cascavel.

Neste estudo, coletaram-se informações acerca das características demográficas da amostra, da qualidade do Programa Saúde da Família, considerando-se alguns aspectos da estrutura, do processo e dos resultados.

Os resultados inerentes às características demográficas da amostra estudada estão dispostos na **Tabela 2**. Segundo se verificou, a idade mínima dos usuários do PSF que participaram dessa análise foi de 12 anos e a máxima de 88 anos, com uma média de 35,7 anos e desvio padrão de 15,13. Há predominância de participantes na faixa etária de 30 a 39 anos (24,3%). No referente

ao sexo, a maioria é constituída por informantes do sexo feminino (88,2%). O predomínio de mulheres usuárias do PSF ocorreu em todos os locais do estudo. Concernente à escolaridade, a maioria dos usuários (50,1%) tem o ensino fundamental incompleto, demonstrando, assim, o baixo nível de escolaridade dos participantes da pesquisa. Quanto à renda, conforme se constata, a maior parte dos usuários tem renda inferior a um salário mínimo (64,5%), embora também sobressaiam aqueles que percebem de um a dois salários mínimos (22,5%). Sobre a ocupação, destaca-se a "do lar" com 51,9% dos informantes, que, de certa forma, se correlaciona com o fato de a maioria da amostra ser composta por mulheres. Chama à atenção a concentração de desempregados, com 8,4%. Conforme evidenciado, a baixa renda dessa população reflete a condição de pobreza e exclusão social à qual essas famílias estão submetidas. Revela, portanto, a desigualdade social, própria da sociedade de classes, capitalista. Implica, inclusive, a iniqüidade de acesso a bens e serviços, em particular os de saúde. Enfim, são desprovidas de amparo social.

Tabela 2. Características demográficas dos usuários do PSF de Fortaleza, Cascavel, Aracati, Quixadá e Canindé (n = 1648)

Características	n	%
Sexo		
Masculino	192	11,6
Feminino	1454	88,2
Não informou	2	0,2
Faixa etária		
< 22 anos	311	18,9
22 a 29 anos	373	22,6
30 a 39 anos	400	24,3
40 a 49 anos	247	15,0
50 a 59 anos	167	10,1
> 59 anos	147	8,9
Escolaridade		
S/ escolaridade	159	9,6
Alfabetizado	12	0,7
Ens. Fund. Incomp.	825	50,1
Ens. Fund. Completo	169	10,3
Ens. Médio Incomp.	240	14,6
Ens. Médio Completo	209	12,7
Superior Incompleto	17	1,0
Superior Completo	12	0,7
Não respondeu	5	0,3
Renda (salários mínimos)		
Até 1	1063	64,5
1---|2	370	22,5
2---|3	117	7,1
3---|4	47	2,9
> 4	34	2,1
Não respondeu	17	1,0
Ocupação		
Do lar	856	51,9
Estudante	93	5,6
Serviços Gerais	114	6,9
Profissionais liberais/autônomos	138	8,4
Serviços de informática	3	0,2
Serviços administrativos	31	1,9
Professor	24	1,5
Funcionário público	6	0,4
Aposentado	79	4,8
S/ ocupação/desempregado	139	8,4
outros	62	3,8
Não respondeu	103	6,3
Total	1648	100,0

Na **Tabela 3**, estão dispostos os indicadores de qualidade do PSF, na ótica dos usuários, avaliados neste estudo. O cálculo dos índices de qualidade dos serviços foi feito a partir da atribuição de 1 (um) ponto para as respostas que remontam aspectos positivos para a qualidade dos serviços e 0 (zero) ponto para as que representam os aspectos negativos. Deste modo, quanto mais próximo de 1 maior o índice, conseqüentemente, considerou-se a qualidade satisfatória no quesito em discussão. Em decorrência da lacuna existente no relacionado a estudos de avaliação da qualidade do PSF com esse método, tomou-se como exemplo o estudo do Ministério da Saúde[13], no qual foram considerados satisfatórios os índices superiores a 0,6 e insatisfatórios aqueles com valores inferiores.

Tabela 3. Indicadores de qualidade dos serviços no PSF nos municípios de Fortaleza, Cascavel, Aracati, Quixadá e Canindé, segundo os usuários (n=1648)

Indicador	Sim (%)	Não (%)	Índice	Qualidade
Informação sobre funcionamento do serviço	33,8	66,0	0,32	Insatisfeito
Acolhimento pela equipe	75,4	23,9	0,76	Satisfeito
Sentiu-se respeitado pela equipe	88,7	11,2	0,89	Satisfeito
Equipe gentil e acolhedora	82,4	17,1	0,83	Satisfeito
Confia no trabalho da equipe	90,3	9,3	0,91	Satisfeito
Confia na equipe para resolver seu problema de doença e apoiar a manutenção da saúde	84,5	13,7	0,86	Satisfeito
Solicitado a participar de sessões educativas	20,9	78,9	0,21	Insatisfeito
Conforto da unidade	77,1	22,8	0,78	Satisfeito
Saiu da consulta com dúvida	14,4	85,1	0,86	Satisfeito
Satisfação com a consulta	82,6	15,6	0,84	Satisfeito

No tocante à estrutura, em que se avaliam os recursos existentes e a organização dos serviços, foram investigados, neste estudo, a percepção dos usuários acerca do conforto na unidade, por este refletir as condições físicas/instalações, e a informação disponível sobre o funcionamento – dimensão organizacional. Segundo revelaram os resultados, os usuários consideram as condições físicas das unidades adequadas (77,1%), portanto, de qualidade satisfatória na nossa avaliação (índice = 0,78). Na dimensão organizacional, o acesso à informação sobre os serviços revelou-se como insatisfatório, pois 66% dos participantes consideram que não o obtiveram (índice = 0,32).

Na avaliação do processo, que corresponde ao conjunto de atividades desenvolvidas ou bens produzidos, em face da possível dificuldade de avaliação da dimensão técnica por parte dos usuários, elegeram-se, prioritariamente, elementos da dimensão relacional. Entre estes, acolhimento,

respeito da equipe, gentileza, confiança e informação sobre o tratamento, todos considerados satisfatórios. Entretanto, o único aspecto da dimensão técnica avaliado, qual seja, o convite a participar de sessões educativas, componente do "cardápio" de serviços a serem oferecidos pelo PSF, foi considerado insatisfatório (índice = 0,21), visto que 78,9% não receberam tal convite.

A satisfação/insatisfação dos usuários com os serviços, aspecto inerente à avaliação dos resultados, está demonstrada na **Tabela 4**. Segundo se verificou, a maioria (82,6%) está satisfeita com os serviços. No entanto, o resultado do teste *V de Cràmer* (v = 0,14; ns = 0,00) indicou haver diferença significativa na freqüência de respostas dos usuários do PSF sobre sua satisfação, conforme seu local de procedência. Implica dizer que, de acordo com o local de procedência, o usuário demonstra estar mais ou menos satisfeito nos postos dos PSF. Assim, a proporção 144/48 (equivalente a 3 satisfeitos para 1 insatisfeito) na Regional I (Fortaleza), apresentou-se como o índice mais baixo de satisfação, enquanto a proporção 110/08 (equivalente a 14/1) em Aracati como o mais elevado. Nas regionais II, III, IV e V (Fortaleza), houve, aproximadamente, 5 usuários satisfeitos para 1 não satisfeito, enquanto na Regional VI (também em Fortaleza), Quixadá, Cascavel e Canindé as proporções foram 12/1, 4/1, 4/1 e 6/1, respectivamente.

Tabela 4. Satisfação dos usuários do PSF de Fortaleza, Cascavel, Aracati, Quixadá e Canindé, com os serviços (n=1648)

Satisfação com as consultas	n	%
Satisfeito	1361	82,6
Insatisfeito	257	15,6
Não respondeu	30	1,8
Total	**1648**	**100,0**

Ao tentar-se estabelecer correlações entre a satisfação dos usuários e características sociodemográficas, foi verificada a inexistência de associação da satisfação com escolaridade (p = 0,828), idade (p= 0,455), sexo (p = 0,384) e renda (p = 0,993).

Entre os que revelam satisfação com serviços do PSF (82,6%), os motivos referidos para justificar tal sentimento são bom atendimento, bons profissionais, atenção recebida, resolução do problema e outros.

DISCUSSÃO

Conforme os achados mostraram, a maior demanda nos serviços de saúde, em particular no PSF, é de pessoas do sexo feminino, com predomínio de mulheres em todos os municípios do estudo.

Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos e podem indicar que as mulheres utilizam os serviços de saúde com mais freqüência, além de assumirem a responsabilidade em procurar atendimento para seus familiares e/ou amigos na sua comunidade. Também contribuem para essa situação a fisiologia que hierarquiza o ciclo de vida da mulher (menarca, menstruação, gravidez, parto e puerpério) e os serviços de atenção primária ofertados, como: saúde da mulher, pré-natal, prevenção do câncer ginecológico e saúde da criança. Outra observação a ser enfatizada relaciona-se à perspectiva das mulheres como avaliadoras de serviços de saúde, caracterizada pelo conhecimento singular do cotidiano e pelo fato de serem as principais agentes de saúde no ambiente doméstico, capazes, de fato, de identificar, com clareza, indicadores de qualidade de vida[14,7].

O PSF, como estratégia de reorganização da atenção, tem contribuído para a mudança no modelo de atenção à saúde no Brasil. Sua ampliação, sobretudo em municípios do interior, constitui importante mecanismo para aumentar a oferta de serviços de saúde, concorrendo para a redução das desigualdades de acesso aos serviços de saúde. Observa-se, contudo, que, nos diversos municípios, as equipes de saúde da família têm se estruturado de forma heterogênea, respeitando os aspectos epidemiológicos locais. Assim, o cardápio de serviços oferecidos tem buscado atender às necessidades de saúde apresentadas pela população da área adstrita de cada equipe.

Neste contexto, segundo se verifica, a satisfação do usuário, como indicador de qualidade, aceita como produção subjetiva, elaborada a partir das expectativas e experiências com os serviços de saúde em que se busca o atendimento as suas necessidades reais e simbólicas, apresentou níveis diferenciados entre os municípios avaliados e, até mesmo, dentro do município, a exemplo de Fortaleza, nas suas diferentes Secretarias Executivas Regionais.

Em relação aos determinantes da qualidade do PSF, nos municípios em estudo, pôde-se observar que é atribuída maior ênfase a aspectos do processo, tais como, os humanitários da relação médico-paciente, como poder de esclarecimento do profissional, acolhimento, confiança e respeito. Deste modo, os elementos constituintes do campo relacional apresentam-se como principais determinantes da satisfação, sendo relegados ao segundo plano os aspectos técnicos dos profissionais e dos serviços e, até mesmo, os referentes à organização e estrutura.

Ao considerar-se que o Programa Saúde da Família se configura como estratégia na qual o foco da atenção se desloca do indivíduo para a família e comunidade, tendo como eixo orientador do processo de trabalho o modelo de vigilância à saúde, pautado por ações de caráter coletivo, voltadas para a prevenção e promoção da saúde, [2, 4,15] os resultados apontam para o seguinte: as equipes do PSF, nos municípios avaliados, de certa forma, estão reproduzindo o modelo biomédico, com ações muito mais voltadas para a cura, pois todos os usuários

participantes dessa pesquisa aguardavam consulta e a maioria (78,9%) não foi convidada a participar de qualquer sessão/prática educativa. Deste modo, as ações curativas são realizadas em detrimento das ações de prevenção/promoção da saúde, em evidente contradição entre o proposto e o operacionalizado. De qualquer maneira, este aspecto, do ponto de vista da qualidade, foi avaliado como insatisfatório.

No tocante aos resultados, os serviços avaliados parecem ter resolubilidade, visto que a maioria dos usuários (82,6%) está satisfeita com os serviços. No entanto, não se pode afirmar que eles apresentam alta qualidade técnica, porquanto, não foi investigado se o problema de saúde mostrado foi solucionado. Além disto, os principais motivos de satisfação relacionados são o bom atendimento, entendido com boa escuta, acolhimento e bons profissionais, em virtude da atenção recebida.

Enfim, constatou-se elevada parcela da população satisfeita com o Programa Saúde da Família nos municípios estudados, embora essa se manifeste de forma heterogênea. Reconhece-se, porém, a necessidade de realização de outros estudos com vistas a aprofundar os aspectos não-contemplados aqui, sobretudo porque se acredita que o saber e o fazer no PSF, não obstante às normas e diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde, ainda são um processo em construção atravessado pelo contexto sociopolítico e cultural de cada realidade local concreta.

REFERÊNCIAS

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

2. Santos AM, Assis MMA, Rodrigues AAAO, Nascimento MAA, Jorge MSB. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública, 2007; 23(1): 75-85.

3. Rosa WAG, Labate RC. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. Rev. Latino-am Enfermagem, 2005; 13(6): 1027-34.

4. Conill EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. Cad. Saúde Pública, 2002; 18 (suplemento): 191-202.

5. Silva MJ. Agente de saúde: agente de mudança? A experiência do Ceará. Fortaleza: Gráfica LCR; 1997.

6. Souza HM, et al. A implantação de uma nova mentalidade. Revista Brasileira de Saúde da Família, 2002; Ano II, n° 6.

7. Trad LAB, Bastos ACS, Santana EM, Nunes MO. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa Saúde da Família (PSF) na Bahia. Ciência & Saúde Coletiva, 2002; 7(3):581-9.

8. Brasil. Lei 8.142, de 28 de setembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as estratégias de transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, n. 2498, de 31 de dezembro de 1990.

9. Mezomo JC. Qualidade na relação hospital-paciente. Hospital – administração e saúde, 1993; 17(1): 17-21.

10. Donabedian A. the seven pillars of quality [online]. Extraído de [http://www.ncbi.nlm.nih.gov], acesso em [16 de abril de 2005].

11. Ceará. Secretaria de Estado da Saúde. Saúde da Família: um novo modelo de atenção. SESA; 1995.

12. Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica. Investigaciones sobre servicios de salud: una antologia. Washington: OPAS (Publicación Científica, 534); 1992.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Humanização da assistência hospitalar no Brasil. Brasília; 2002.

14. Sampaio JJC, Messias ELM. A epidemiologia em saúde mental e trabalho. In: Jacques MG, Codo W., organizadores. Saúde Mental & Trabalho: leituras. 2ª ed. Petrópolis-RJ: Vozes; 2003. p. 143-72.

15. Araújo MAM, Silveira, LC. A saúde mental no município de Maranguape: aspectos epidemiológicos da população atendida no PSF. Rev. RENE, 2006; 7(3): 26-34.

Recebido em 03.07.2007 Aprovado em 31.10.2007

Revista Baiana
de Saúde Pública

ARTIGO ORIGINAL

INSTRUMENTOS UTILIZADOS NA AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA DOR NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM DOR OROFACIAL E DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR

Camila Porto Pessoa[a]
Morgana Bastos Barreto[a]
Lydia Brito Santos[b]
Tecia Daltro Borges Alves[c]
Márcio Campos Oliveira[c]
Ângela Guimarães Martins[b]

Resumo

A dor está intimamente relacionada à qualidade de vida do indivíduo. Por ser a dor orofacial e as disfunções têmporo-mandibulares cada vez mais freqüentes na população mundial, este artigo tem como objetivo realizar uma breve revisão da literatura sobre os instrumentos utilizados para mensurar o impacto da dor na qualidade de vida de pacientes com DTM e demonstrar a importância da utilização dessas ferramentas pelos profissionais de Saúde no diagnóstico, tratamento e controle dessa patologia, considerando-se o aspecto doloroso como uma experiência multidimensional.

Palavras-chave: Dor orofacial. Transtornos da articulação temporomandibular. Qualidade de vida.

INSTRUMENTS USED TO ESTIMATE THE PAIN IMPACT ON OROFACIAL PAIN PATIENTS' QUALITY OF LIFE AND TEMPOROMANDIBULAR DISORDER

Abstract

Pain is intimately related to the individual's quality of life. Orofacial pain and temporomandibular disorders are increasingly more frequent in the worldwide population. The aim of this article is to make a literature review of the instruments used to measure the pain impact on the quality of life of temporomandibular disorder patients and to show how these

[a] *Alunas especiais do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana.*
[b] *Professoras adjuntas do Curso de Odontologia e convidadas do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana.*
[c] *Professores adjuntos do Mestrado em Saúde Coletiva e do Curso de Odontologia da Universidade Estadual de Feira de Santana.*
Endereço para correspondência: *a/c Lydia de Brito Santos: Rua Sabino Silva 322/501, Bairro Kalilândia, Feira de Santana, Bahia/ CEP 44035-120. E-mail: lydiabs@gmail.com.*

instruments can be important on diagnostic, treatment and pathology control, regarding the painful aspect as a multidimensional experience.

Keywords: Orofacial pain. Temporomandibular joint disorders. Life quality.

INTRODUÇÃO

A dor é uma experiência desagradável e que motiva o indivíduo muito mais do que qualquer outra na vida, prejudicando, assim, milhões de pessoas em todo o mundo.[1] O conceito moderno de dor, segundo o subcomitê de taxonomia da Associação Internacional para Estudo da Dor é: "uma experiência sensorial e emocional desagradável, descrita em termos deste dano". [2] Diante desta definição, entende-se que a dor represente um estado psicológico e subjetivo mais do que uma atividade induzida apenas por um estímulo nocivo, essencial para compreender-se a queixa dolorosa, principalmente, de pacientes com dor crônica.[3, 4]

Muitas disfunções temporomandibulares (DTM) crônicas têm a dor como sintoma e queixa principal, e a qualidade de vida dos pacientes com DTM está diretamente relacionada com o controle da dor orofacial.[5] O termo "dor orofacial" abrange as dores que ocorrem nas regiões facial (da linha orbitária até o pescoço e anteriormente às orelhas) e oral (dentro da boca).[6,7]

Mesmo diante de aspectos clínicos estruturais e oclusais muitas vezes evidentes, é importante que o profissional entenda que o comportamento de dor é motivado pela experiência dolorosa.[5] A dor é sempre uma percepção subjetiva que resulta da combinação de diferentes fatores e sua intensidade raramente corresponde apenas à severidade do dano clínico.[8]

Atividades funcionais e qualidade de vida são aspectos utilizados para avaliar o impacto da dor na qualidade de vida dos pacientes, assim como suas relações sociais.[8] As dores crônicas produzem efeitos não só biológicos, mas também psicológicos e sociais, que merecem atenção na avaliação clínica e que, muitas vezes, são controlados ou revertidos por meio de tratamentos terapêuticos.[5,9]

Existem poucos estudos que utilizam questionários ou outros métodos para avaliar o impacto das condições dolorosas da face na qualidade de vida das pessoas. A ferramenta de avaliação multidimensional mais utilizada é o questionário de dor de McGill (MPQ). Neste, o impacto da dor na vida do paciente é avaliado por questões relacionadas ao prejuízo social, desenvolvimento das atividades da vida diária e percepção do próprio paciente sobre a reação de terceiros à sua condição dolorosa.[8]

Por ser a dor orofacial e as disfunções têmporo-mandibulares cada vez mais freqüentes na população mundial, este artigo tem como objetivo realizar uma breve revisão da literatura sobre os instrumentos utilizados para mensurar o impacto da dor na qualidade de vida de

pacientes com DTM e demonstrar a importância da utilização dessas ferramentas pelos profissionais de Saúde no diagnóstico, tratamento e controle dessa patologia, considerando-se o aspecto doloroso como uma experiência multidimensional.

REVISÃO DE LITERATURA

Em 1989, Reisine et al.[10] estudaram, pela aplicação de indicadores padronizados, incluindo o questionário de McGill (MPQ), o impacto da dor orofacial na qualidade de vida de 152 pacientes. Entre as condições estudadas, 48 pacientes apresentavam DTM, 33 doenças periodontais, 23 faziam uso de próteses e 48 estavam em situação de retorno clínico por condições diversas. O impacto foi mais severo para os portadores de DTM, o que levou os autores a sugerirem tal questionário como um indicador eficiente para o acompanhamento de qualidade de vida e a coleta de dados epidemiológicos no estudo das DTMs.

Existem muitos protocolos para diagnóstico, classificação e tratamento das DTMs. Entretanto, a maioria dos métodos só considera achados obtidos durante o exame clínico, necessitando, assim, de outros instrumentos que avaliem os aspectos psicológicos. A versão em português do questionário Eixo II dos Critérios Diagnósticos de Pesquisa em Disfunção Temporomandibular (RDC/TMD) apresenta um aspecto multifatorial, avaliando tanto características clínicas das TMD (AXIS I) como fatores psicológicos e psicossociais (AXIS II) desta disfunção.[11]

Murray et al.[12] também utilizaram uma ferramenta específica para avaliar a qualidade de vida de pacientes com DTM, o *Oral Health Impact Profil*e. Neste trabalho, os autores compararam pacientes com DTM e sem esta disfunção, e pôde-se observar um significante impacto na qualidade de vida dos portadores de DTM, por meio de relatos de problemas funcionais, como dificuldade para mastigar alguns alimentos, que foi quatro vezes maior para os pacientes com DTM, e também de relatos de depressão, nove vezes maior.

Desordens orais têm impacto psicossocial na qualidade de vida e podem ser mensurados com instrumentos como o questionário *Oral Health Impact Profile (OHIP)*. Usando o OHIP, Segu et al.[13] avaliaram se e como a dor orofacial pode afetar a qualidade de vida dos pacientes com DTMs. Eles concluíram que a dor orofacial e seus sintomas afetam negativamente a qualidade de vida dos pacientes com DTMs.

John et al.[14] fizeram um estudo objetivando caracterizar o nível de impacto da saúde oral dos pacientes com DTM na sua qualidade de vida. Para isto, usaram a versão Germânica do *Oral Health Impact Profile (OHIP)* em 416 pacientes em tratamento para DTMs. Os resultados mostraram que, realmente, as DTMs interferem na qualidade de vida dos pacientes, principalmente no seu aspecto psicossocial em casos de dores crônicas.

Sugisaki et al.[15] desenvolveram um novo questionário para mensuração do impacto da dor temporomandibular nas funções diárias dos pacientes japoneses. Eles usaram como base o *TMD questionnaire (LDF-TMDQ)*, reduzindo o seu número de itens de 13 para 10. Vários métodos e escalas têm sido usados para obtenção do *Oral Health Impact Profile (OHIP)* em pacientes com DTMs. Contudo, os autores justificam sua pesquisa afirmando que existem poucos artigos que relatem a validade desses questionários e, até mesmo, que relatem o seu uso em condições socioculturais típicas dos japoneses.

Já Segu et. al.[16] desenvolveram e validaram uma versão italiana do *Oral Health Impact Profile (OHIP)* própria para o uso em pacientes com DTMs.

Brown et al.[17] fizeram um estudo com o objetivo de examinar as relações entre depressão, ansiedade e raiva; severidade da DTM e interferência na vida, usando um modelo de questionário. Os resultados encontrados sugeriram que: (1) a depressão, a ansiedade e a raiva são importantes variáveis na relação entre dor e qualidade de vida; (2) o impacto da dor crônica é influenciado tanto pela dor propriamente dita quanto pela depressão, ansiedade e raiva; (3) o controle e tratamento das DTMs trazem melhores benefícios se realizados num âmbito multidisciplinar.

Com o objetivo de obter-se uma versão brasileira do questionário de McGill (MPQ), que não seria exatamente igual à original, Castro traduziu o MPQ para a língua portuguesa (Br-MPQ), acrescentando algumas questões específicas, como: (1) prejuízo social; (2) atividades da vida diária; (3) percepção do outro; (4) tolerância à dor; (5) sensação de estar doente; (6) sensação de utilidade; (7) satisfação com a vida.[8, 9,18] Esta versão brasileira adaptada por Castro[18, 19] foi aplicada em estudo retrospectivo que avaliou a intensidade e qualidade de dores do parto, para o que foram entrevistadas 46 mulheres, 13 primíparas e 33 multíparas, no próprio dia do parto ou no dia seguinte a ele. Não foram encontradas diferenças estatísticas entre a intensidade média da dor de primíparas e multíparas em nenhum dos indicadores do Br-MPQ (Teste t não significativo), e a intensidade associada ao Número de Palavras Escolhidas (NWC) e ao Índice de Dor em Escala (PRI) variaram dentro de uma ampla faixa. Castro concluiu que o questionário se mostrou capaz de permitir a cada sujeito a expressão da individualidade de sua queixa e, ao mesmo tempo, discriminar as possíveis especificidades de um determinado tipo de dor.

A versão brasileira do questionário de McGill (Br-MPQ) foi usada para estudar o impacto da dor na qualidade de vida de um grupo de 22 pacientes com DTM. Os autores concluíram que a dor causada pela DTM tem um impacto negativo na qualidade de vida do paciente e que o questionário empregado, embora não específico para problemas relacionados à DTM, permitiu avaliá-la adequadamente.[9]

DISCUSSÃO

Atualmente, já é comprovado, por literatura, que as dores crônicas não estão relacionadas só com aspectos biológicos, mas também com aspectos psicossociais. Além disto, após a instalação do quadro doloroso, verifica-se uma influência direta dessa dor sobre as atividades funcionais e relações sociais na vida desses pacientes. Isto gera um grande impacto na qualidade vida.[3,4,9]

Os autores pesquisados encontraram que portadores de DTM podem sofrer interferência da dor no âmbito do trabalho, das atividades escolares, do lazer, sono, alimentação e do relacionamento interpessoal.[8,9, 10, 18]

Assim como Sugisaki et al.[15], sabemos que, apesar de existirem métodos para obtenção do *Oral Health Impact Profile (OHIP)* em pacientes com DTMs, poucos artigos relatam a validade desses questionários. Além disto, um único questionário nem sempre é capaz de representar o impacto das DTMs na qualidade de vida de pessoas que vivem em condições socioculturais completamente ambíguas. Daí a necessidade de diversos autores, como Segu et al.[13], Sugisaki et al.[15] e Castro[18], de criarem versões específicas desses questionários para seus países.

A versão em português do Questionário Eixo II dos Critérios Diagnósticos de Pesquisa em Disfunção Temporomandibular (RCD/TMD) leva em consideração, ao contrário da maioria dos protocolos para diagnóstico, classificação e tratamento das DTM, não somente achados obtidos durante o exame clínico. Ele leva em conta também fatores psicológicos e psicossociais, sendo considerado uma ferramenta válida de diagnóstico e pesquisa clínica e epidemiológica. Esse questionário foi validado por Lucena et al., em 2006.[11]

Essa é uma grande diferença entre o Questionário Eixo II dos Critérios Diagnósticos de Pesquisa em Disfunção Temporomandibular (RCD/TMD) e a versão brasileira do questionário de McGill proposta por Castro, uma vez que esta última não é específica para mensurar a qualidade de vida relacionada a problemas orofaciais.[9]

A versão brasileira proposta por Castro (BR-MPQ)[18] adiciona questões específicas, como: (1) prejuízo social; (2) atividades da vida diária; (3) percepção do outro; (4) tolerância à dor; (5) sensação de estar doente; (6) sensação de utilidade; (7) satisfação com a vida.[8, 9]

Nas questões relacionadas com prejuízo social, a versão brasileira de Castro[18] aborda aspectos ligados ao trabalho ou escola, lazer, família, amigos e atividades domiciliares. [8, 9] Este item é suficientemente abrangente no que diz respeito ao prejuízo social na vida dos pacientes com DTM.

Em relação às atividades da vida diária, o questionário de Castro[18] aborda questões relacionadas ao sono, higiene pessoal, alimentação, vestimenta e locomoção. Na tentativa de

utilizar um questionário mais específico para as DTMs, poderiam ser removidos os tópicos relacionados à vestimenta e locomoção, e acrescentar outros mais específicos, como os relacionados à higiene bucal, uma vez que pacientes com DTM podem possuir dificuldade na abertura de boca. Poderia também ser utilizado algum questionamento em relação às atividades diárias relacionadas à vida amorosa, como o efeito da DTM no beijo ou no sexo.

Em relação à tolerância à dor, Castro[18] usa tópicos que variam entre: "não é difícil" e "é impossível". Esta avaliação poderia ser feita por meio de uma escala numérica, que, em nossa opinião, seria de caráter menos subjetivo e, portanto, mais fácil para a mensuração da tolerância à dor pelos pacientes.

No item relacionado à sensação de estar doente, a versão brasileira utiliza os seguintes tópicos: "não", "um pouco", "muito" e "totalmente". Poderiam ser usados apenas os tópicos "não" e "sim", e, em caso afirmativo, teriam subitens um "pouco", "muito" e "totalmente".

Os dois outros itens acrescentados no questionário de Castro[18] (sensação de utilidade; satisfação com a vida) encaixam-se também para os pacientes com DTM, uma vez que abordam questões que podem estar relacionadas a qualquer tipo de dor. No item "sensação de utilidade", ele utiliza critérios que variam entre "sim" e "totalmente inútil". Na avaliação da satisfação com a vida, os critérios variam entre "sim" e "completamente insatisfatória".

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar do questionário de Castro[18] não ser específico para DTM, há concordância entre os autores citados de que pode ser utilizado para quantificar e acompanhar a evolução da dor envolvida na DTM e seu impacto na vida do paciente, sendo necessários mais estudos para confirmar estes resultados.[8]

A utilização de questionários mensuradores do impacto da dor na qualidade de vida de pacientes com DTM deve servir como uma ferramenta no desafio dos profissionais da saúde, numa época em que a qualidade de vida está intimamente relacionada com o controle da dor, geradora, muitas vezes, de alterações significativas na vida dessas pessoas.

REFERÊNCIAS

1. Okeson JP. Dores Bucofaciais de Bell. 5ª. ed. São Paulo: Quintessence; 1998.

2. Pain. Classification of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. [S217]. Pain 1986 Supplement 3.

3. Wahlund K, List T, Ohrback R. The relationship between somatic and emotional stimuli: disorders (TMD) and a control group. Eur J Pain 2005;2:19-27.

4. Barros JJ, Rode SM. Tratamento das disfunções craniomandibulares – ATM. São Paulo: Santos Livraria Editora; 1995.

5. Siqueira TT, Ching LH. DOR – Dor Orofacial/ATM. Bases para o diagnóstico clínico. Curitiba: Editora Maio; 1999.

6. Okeson JP. Dor Orofacial. Guia de avaliação diagnóstica e tratamento. São Paulo: Quintessence; 1998.

7. Macfarlane TV, Blinkhorn AS, Davies RM, Kincey J, Worthington HV. Oro-facial pain in the community: prevalence and associated impact. Community Dent Oral Epidemiol 2002; 30:52-60.

8. Oliveira AS. Evaluation of quality of life and pain in temporomandibular disorders (TMD). Braz J Oral Sci 2005:4(12):246-50.

9. Oliveira AS, Bermudez CC, Souza RA, Souza CMF, Dias EM, Castro CES, et al. Impacto da dor na vida de portadores de disfunção temporomandibular. J Appl Oral Sci 2003; 11(2):138-43.

10. Reisine ST, Fertig J, Weber J, Leder S. Impact of dental conditions on patients'quality of life. Community Dent Oral Epidemiol 1989;17(1):7-10.

11. Lucena LBS, Kosminsky M, Costa LJ, Góes PSA. Validation of the Portuguese version of the RDC/TMD Axis II questionnaire. Braz. Oral Res 2006; 20(4).

12. Murray H, Locker D, Mock D, Tenenbaum HC. Pain and the quality of life in patients referred to a craniofacial pain unit. J Orofac Pain 1996;10:316-23.

13. Segu M, Lobbia S, Canale C, Collesano V. Quality of life in patients with temporomandibular disorders. Minerva Stomatol 2003;52(6):279-87.

14. John MT, Reissman DR, Schierz O, Wassell RW. Oral health-related quality of life in patients with temporomandibular disorders. J Orofac Pain 2007;21(1)46-54.

15. Sugisaki M, Kino K, Yoshida N, Ishikawa T, Amakasa T, Haketa T. Development of a new questionnaire to assess pain-related limitations of daily functions in Japanese patients with temporomandibular disorders. Community Dent Oral Epidemiol 2005;33(5):384-95.

16. Segu M, Collesano V, Lobbia S, Rezzani C. Cross-cultural validation of a short form of the Oral Health Impact Profile for temporomandibular disorders. Community Dent Oral Epidemiol 2005; 33(2):125-30.

17. Brown FF, Robinson ME, Rilev JL, Gremillion HA. Pain severity. Negative affect. And microstressers as predictors of life interference in TMD patients. Cranio 1996;14(1):63-70.

18. Castro CES. A formulação lingüística da dor – versão brasileira do questionário McGill de dor. [Dissertação]. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos; 1999.

19. Campos LMP, Castro CES. Intensidade e qualidades das dores do trabalho de parto: um estudo retrospectivo utilizando a versão brasileira do questionário McGill de dor (BR-MPQ). [Monografia de Conclusão de Curso de Graduação]. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos; 1999.

Recebido em 10.07.2007 Aprovado em 31.10.2007

BR -MPQ
VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO MCGILL DE DOR

INSTRUÇÕES DE USO

- *Apresentação*
- *Métodos de Aplicação*
- *Análise dos Dados*
- *Comentários*
- *Casos Excepcionais*
- *Bibliografia*

APRESENTAÇÃO

O Questionário McGill de Dor, *The McGill Pain Questionnaire* (MPQ), em sua versão brasileira, o Br-MPQ, foi construído a partir de originais em língua inglesa desenvolvidos por MELZACK & TORGERSON, 1971, e MELZACK, 1975, para facilitar aos pacientes a comunicação de suas dores a um terapeuta. Além disto, ele fornece medidas quantitativas das dores que podem ser tratadas estatisticamente. Esta apresentação tem por objetivo descrever e comentar os métodos de aplicação do questionário e de análise de seus dados, de tal forma a possibilitar seu uso por qualquer profissional da saúde interessado em avaliar os fenômenos clínicos de dor e analgesia. A maior parte das instruções, recomendações e considerações aqui contidas são baseadas nos escritos de MELZACK (1975).

O Br- MPQ é formado, basicamente, por quatro partes, precedidas por uma folha de rosto para registro dos dados pessoais e clínicos do paciente, tais como, sua queixa principal (QP), seu histórico da moléstia atual (HMA) e sua história pregressa (HP), incluindo ainda informações sobre o indicativo diagnóstico do caso em questão.

A primeira parte do questionário contém esboços do corpo humano, usados para fazer a localização espacial e em profundidade da dor referida pelo paciente.

A segunda parte do Br-MPQ busca coletar informações sobre as propriedades temporais da dor (contínuas, ritmadas, momentâneas), as circunstâncias em que ela começou a ser percebida e o conjunto de intervenções analgésicas que estão sendo ou que já foram usadas para minimizá-la.

A terceira parte, que é a mais original, procura ajudar o paciente a relatar as qualidades específicas de sua dor. Ela prevê um espaço para a queixa espontânea da dor, mas é formada, principalmente, por um conjunto de 68 palavras que descrevem diversas qualidades das experiências dolorosas em geral e que são escolhidas pelos pacientes para caracterizar suas dores em particular.

A quarta parte busca avaliar a Intensidade da Dor Presente (PPI). Trata-se de uma escala âncora alfa-numérica que varia de 1 a 5, associada com as seguintes palavras: (1) fraca; (2) moderada; (3) forte; (4) violenta; e (5) insuportável. O paciente escolhe uma delas para indicar a intensidade global de sua dor atual. Questões adicionais relativas ao PPI fornecem informações sobre a tendência pessoal dos pacientes em avaliar suas dores de um modo mais ou menos intenso.

As três principais medidas estatísticas quantitativas que podem ser derivadas do questionário são:

(1) Índice de Avaliação da Dor (PRI): baseado nos valores numéricos associados com as palavras de descrição dentro de cada subclasse da parte III do Br-MPQ;
(2) Número de Palavras Escolhidas (NWC) pelos pacientes, na parte III do questionário, para descrever a dor;
(3) Intensidade da Dor Presente (PPI), da parte IV do questionário.

Estes dados, tomados em seu conjunto, fornecem informações quantitativas que podem ser tratadas estatisticamente para, por exemplo, detectar diferenças entre diversos métodos de alívio da dor. Além dessas medidas quantitativas, o Br-MPQ autoriza uma avaliação qualitativa da dor, por meio da análise das palavras usadas para descrevê-la, permitindo, assim, o estabelecimento de uma tipologia das mais diversas síndromes dolorosas.

MÉTODO DE APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

PARTE I - Localização da dor

O primeiro passo do questionário é determinar a área dos sintomas e registrá-los num "mapa do corpo humano". Um mapeamento da dor é, freqüentemente, capaz de mostrar áreas de envolvimento dos sintomas que podem não ser percebidos facilmente por queixas verbais e vice-versa. Alguns pesquisadores usam um código de cores para sinalizar diversos sintomas, além da dor. Por exemplo: preto = dor; azul = falta de sensação e formigamentos; vermelho = queimação; verde = cãibras; amarelo = rigidez e edema, e assim por diante. Na verdade, os códigos usados no mapa podem variar em função dos interesses de pesquisa do terapeuta, que deve desenvolver seu próprio código para designar, por exemplo, áreas de aumento ou diminuição de percepções sensoriais específicas, pontos de sensibilidade e gatilhos de dor, etc. Também podem ser incluídos breves comentários referentes às regiões de maior intensidade e tipos de dor. Deve-se fazer sempre uma tentativa de relacionar as áreas e a profundidade da dor com as projeções dos dermátomos, miótomos e esclerótomos. As áreas de disestesia ou anestesia podem

indicar o envolvimento de uma determinada raiz nervosa como origem do problema. Alguns pesquisadores preferem que o próprio paciente faça o mapeamento dos sintomas. Preferimos preencher o mapa para ele, em função da possibilidade de uma maior precisão dos dados, principalmente no que diz respeito às projeções dos sintomas aos demátomos, miótomos e esclerótomos. É aconselhável usar um novo mapa do corpo humano a cada nova vez que a localização da dor for investigada.

PARTE II- Início, tratamentos realizados e padrão temporal

Deve-se perguntar como a dor começou. Em seguida, qual é a eventual medicação analgésica usada, principalmente a que está em uso atual. A duração do alívio deve ser registrada em minutos ou horas e sua quantidade nos termos de "nenhum alívio, pouco, médio, muito ou alívio total". Tem que se registrar todos os tratamentos já realizados, inclusive leigos. Por último, pergunta-se pelo padrão temporal, freqüência e duração das crises, principalmente se as dores forem de padrão ritmado ou transitório.

PARTE III- Descrição da dor

Primeiro, deve-se perguntar ao paciente sobre como é sua dor, deixando que ele produza uma queixa espontânea. Todos os adjetivos que ele usar para qualificar sua dor precisam ser transcritos na ficha. Depois, o conjunto de palavras e expressões que compõem cada uma das subclasses do Br-MPQ deve ser lido para o paciente de forma isolada, dando-se o tempo necessário para que ele decida se as qualidades de sua dor são representadas por uma dessas palavras. Só, então, se deve passar a ler as palavras da subclasse seguinte e, assim, sucessivamente.

As definições da quatro categorias principais e das 20 subclasses da parte II do Br-MPQ são as seguintes:

I- CATEGORIA DE PALAVRAS SENSORIAIS - DISCRIMINATIVAS

Diz respeito à capacidade das pessoas perceberem as qualidades sensoriais temporais, espaciais, de pressão, calor, vivacidade ou surdez de uma estimulação dolorosa. Formada por um conjunto de palavras e expressões que discriminam esses aspectos sensoriais da experiência dolorosa, permitindo que os pacientes sinalizem suas impressões físicas sobre a dor.

1. TEMPORAL [que vai-e-vem - que pulsa - latejante - em pancadas] Indica aquelas dores que sofrem intrinsecamente uma variação temporal, ou seja, entre dois estímulos dolorosos existe um intervalo de tempo

sensorialmente perceptível. O aspecto temporal de uma dor é caracterizado tecnicamente pelo adjetivo latejante.

2. ESPACIAL [que salta aqui e ali - que se espalha em círculos - que irradia] As palavras desta subclasse representam a localização de uma dor, isto é, indicam a área corporal mais ou menos delimitada onde o indivíduo percebe que a dor incide.
3. PRESSÃO NUM PONTO [pica como uma agulhada - é como uma fisgada - como uma pontada de faca - perfura como uma broca] Caracteriza aquelas dores percebidas como uma pressão exercida de fora para dentro no organismo, que incide numa área fixa, pequena e bem-delimitada. São dores classificadas tecnicamente como lancinantes.
4. INCISÃO [que corta como uma navalha - que dilacera a carne] Especifica as qualidades sensoriais de dores incisionais, que cortam o corpo e são percebidas como se fossem produzidas por um instrumento afiado que rasga a pele ou dilacera a carne, dividindo-a em partes.
5. COMPRESSÃO [como um beliscão - em pressão - como uma mordida - em cãibra / cólica - que esmaga] Assinala as qualidades sensoriais de dores sentidas na forma de um aperto, de uma pressão que parece fazer reduzir o diâmetro de uma região ou parte do corpo. São tipos de dores que foram incorporadas ao vocabulário técnico em palavras como 'cãibras' e 'cólicas', que tipificam uma compressão dolorosa, um espasmo, sentido nos músculos ou nas vísceras, respectivamente.
6. TRAÇÃO [que repuxa - que arranca - que parte ao meio] Refere aquelas dores percebidas como resultantes da ação de uma força exercida em direções opostas, provocando um estiramento, uma torção ou uma separação em alguma estrutura orgânica.
7. CALOR [que esquenta - que queima como água quente - que queima como fogo] Tipifica as dores que produzem sensações de aquecimento ou queimor.
8. VIVACIDADE [que coça - em formigamento - ardida - como uma ferroada] Diz respeito àquelas dores freqüentemente intensas e momentâneas. Reflete o brilho subjetivo atribuído à sensação que torna uma determinada parte do corpo extremamente sensível: às vezes, fica ardida, como a dor causada por uma ferroada; outras, formigando; outras, ainda, percebidas como um prurido intenso e irritante.

9. SURDEZ [amortecida - adormecida] Ao contrário da subclasse anterior, esta parece representar dores mais indefinidas e constantes, que são chamadas de dores surdas por contraste às dores vivas. Representa a "sensação da falta de sensação" que algumas dores podem implicar. São sensações sem brilho, mas persistentes e, por isto, incomodam a quem as sentem.
10. SENSORIAL GERAL [sensível - dolorida - como um machucado - pesada] As palavras desta categoria são um resumo da intensidade da dor em sua dimensão sensorial e funcionam como uma espécie de categoria âncora para ela.

II- CATEGORIA DE PALAVRAS AFETIVAS - MOTIVACIONAIS

Representam o sofrimento íntimo de um sujeito submetido à dor: um estado emocional de conotação desagradável e penoso, avesso ao prazer. Esta dimensão emocional e reativa, associada à presença de uma dor, pode traduzir-se por percepções de cansaço, sentimentos de medo e punição, e por reações autonômicas.

11. CANSAÇO [que cansa - que enfraquece - fatigante - que consome] Traduz a falta de forças, o desgaste, o esgotamento e a exaustão física e mental que uma dor de grande intensidade ou de longa duração pode induzir ou provocar no indivíduo.
12. AUTONÔMICA [de suar frio - que dá ânsia de vômito] Diz respeito às reações vegetativas desagradáveis que uma dor pode desencadear. A intensidade das reações autonômicas está associada à força do conteúdo emocional da percepção dolorosa (relação hipotálamo - sistema límbico).
13. MEDO [assustadora - horrível - tenebrosa] Uma dor pode produzir grande ansiedade no indivíduo, um sentimento que pode ser traduzido em preocupação, pavor, temor ou pânico ante a noção de um perigo real ou imaginário, ante a ameaça que uma dor representa à integridade física, mental, social e ocupacional do sujeito.
14. PUNIÇÃO [castigante - torturante - de matar] A presença de um quadro doloroso pode sugerir, à alma de um crente, sentimentos de punição e purgação. Para o crente, a dor tem uma natureza divina e é imposta a ele como uma provação, uma pena, um castigo inclemente, cruel, impiedoso e mortal.

15. DESPRAZER [chata - que perturba - que dá nervoso - irritante - de chorar] Esta categoria de palavras funciona como uma âncora para a dimensão afetiva. São palavras que sempre ou quase sempre serão mobilizadas pelas pessoas para avaliar a intensidade do sofrimento provocado pela dor. Ela funciona como um resumo da intensidade do desprazer, do desconforto, do "desagradável" associado a um quadro doloroso.

III- CATEGORIA DE PALAVRAS DE AVALIAÇÃO SUBJETIVA - COGNITIVAS

A dimensão avaliativa é aquela que analisa, estima e sumaria a força e a importância do desconforto subjetivo global gerado pela presença da dor, tanto em termos perceptuais quanto reativos. É a dor como forma de autoconhecimento e auto-avaliação.

16. AVALIAÇÃO SUBJETIVA [leve - incômoda - miserável - angustiante - inagüentável] Formada por palavras que refletem a importância ou a urgência da situação e que buscam avaliar o espaço que a dor ocupa na autopercepção sensorial e emocional subjetiva de um indivíduo, levando em conta fenômenos cognitivos de antecipação, memória, atenção e experiência anterior.

IV- SUBCLASSES MISTAS

17. RELAÇÃO DOR - MOVIMENTO [que prende - que imobiliza - que paralisa] Implica a dor como provável causadora de restrições aos movimentos dos pacientes. É uma subclasse não-prevista pelo MPQ original e que, provavelmente, tenha aparecido na versão brasileira em função da consulta a pacientes em tratamento fisioterápico.
18. MISTA SENSORIAL [que cresce e diminui - espeta como uma lança - que rasga a pele] As palavras desta subclasse são originárias das subclasses sensoriais 1, 3 e 4, respectivamente.
19. SENSAÇÕES DE FRIO [fria - gelada - que congela] As palavras desta subclasse foram usadas pelos pacientes do estudo original de Melzack em raras ocasiões, mas parecem essenciais para a descrição de alguns tipos de dores de dente. Mantivemos essa categoria de palavras na versão brasileira, mas acreditamos que seja fundamentalmente cultural: associar a dor ao frio pode não fazer sentido num país tropical como o nosso.

20. MISTA EMOCIONAL [que dá falta de ar - que deixa tenso(a) - cruel] As palavras desta categoria são originárias das subclasses afetivas 12, 15 e 14, respectivamente.

PARTE IV- Intensidade da dor presente

Deve-se ressaltar ao paciente que ele deve avaliar e sinalizar primeiro a intensidade da dor que ele está sentindo no momento da aplicação do questionário. Depois, pergunta-se sobre eventuais variações de intensidade da dor no tempo. As questões sobre o que faz a dor melhorar ou piorar podem trazer importantes informações sobre o diagnóstico causal e para a instituição da terapêutica analgésica mais apropriada ao caso.

É importante que as instruções para a resposta ao questionário sejam lidas para o paciente por um pesquisador assistente, para assegurar um melhor entendimento do procedimento. É preciso deixar bem claro ao paciente que ele deve selecionar somente aquelas palavras ou expressões que melhor descrevem sua dor no momento em que o questionário está sendo aplicado. Também é importante que os pacientes entendam o significado das palavras. Eventualmente, algumas delas podem estar além do seu vocabulário: elas podem e devem ser definidas pelo terapeuta. Embora isto seja raro, pois buscamos selecionar palavras e expressões as mais idiomáticas possíveis, pode ser que ocorra, no mínimo, em função de fenômenos lingüisticos de polissemia, por exemplo. Algumas vezes, um paciente pode não estar seguro se uma determinada palavra em uma dada subclasse é apropriada e pode pedir para que as palavras sejam relidas. Isto pode ser feito quantas vezes for necessário, até que ele tome uma decisão. É importante que o aplicador tenha paciência e seja compreensivo, para não levar o paciente a tomar decisões apressadas. Entretanto, dois aspectos logo se tornam claros para o terapeuta que aplica o questionário:

(1) Os pacientes são, em geral, altamente seletivos. Eles rejeitam palavra após palavra, até que apareça uma que é a 'certa': eles até sorriem e dizem 'É isso!', passando uma impressão de muita certeza, para depois continuarem o processo de rejeição e seleção.

(2) Os pacientes ficam gratos porque fornecemos a eles palavras e expressões para a descrição de suas dores. Esse conjunto de expressões não é usado freqüentemente e, talvez, por isto o paciente tenha dificuldade em encontrar sozinho as palavras certas para dizer ao terapeuta. Uma lista de palavras poupa, de certa forma, o paciente de ter que "cavar" palavras para comunicar-se com o seu terapeuta. Além disto,

os pacientes ficam contentes por ouvir palavras que eles usariam para descrever suas dores aos seus familiares e amigos, mas que eles não diriam a um terapeuta, por medo de que este o considere louco. O aplicador chega a perceber o alívio do paciente ao ver as "suas" palavras na lista, o que significa que elas são aceitáveis e adequadas.

Dados obtidos com o próprio paciente preenchendo o questionário devem ser evitados, pois eles parecem ser menos confiáveis do que quando um aplicador lê em voz alta as palavras. Os pacientes podem não ler as instruções com atenção e acabam por cometer três tipos de erros:

(1) podem escolher mais de uma palavra em cada subclasse, o quê não é permitido;

(2) podem sentir-se obrigados a escolher palavras em todas as subclasses, o quê não é necessário; e

(3) podem não descrever as qualidades e a intensidade da dor presente, mas, sim, usar palavras que descrevem suas dores de algumas horas ou, mesmo, dias atrás. Lembre-se: o questionário foi desenvolvido para registrar a dor atual.

Nas primeiras vezes que um questionário é aplicado, um terapeuta treinado leva de 15 a 20 minutos para completá-lo; com o aumento da experiência do aplicador, este tempo pode cair para 5 a 10 minutos.

ANÁLISE DOS DADOS

Tratamento dos Dados dos Descritores de cada uma das 20 Subclasses e do PPI

Como já vimos, três tipos de dados podem ser obtidos a partir das palavras do questionário. Cada um deles representa um índice quantitativo da intensidade da dor e pode também ser usado para indicar alterações em suas qualidades, como resultado de algum procedimento analgésico terapêutico.

O principal valor do questionário de dor, talvez, seja a sua capacidade de determinar a efetividade terapêutica de vários recursos analgésicos usados no tratamento de diversas síndromes de dores clínicas. O questionário deve ser aplicado antes e depois do procedimento, e a diferença pode ser expressa como uma porcentagem do valor inicial obtido. Segue, abaixo, um resumo das análises quantitativas, que podem ser feitas da própria dor e de sua alteração frente a uma intervenção terapêutica, a partir dos dados do Br-MPQ.

(1) **Índice de Avaliação da Dor** - *Pain rating index* - (**PRI**): é baseado nos valores de classificação escalar das palavras. Grupos de profissionais da área da Saúde, leigos e pacientes

escalonaram previamente a intensidade de dor implicada pelas palavras e expressões dentro de cada subclasse do Br-MPQ. Em cada uma das 20 subclasses, os descritores que qualificam a dor aparecem em uma ordem crescente de intensidade. Neste sistema de pontuação, dentro de cada subclasse, foi atribuído o valor 1 para a palavra que implicava a menor dor, a dor mais fraca; para a próxima, o valor 2, e assim por diante. Os valores numéricos das palavras escolhidas pelo paciente em cada subclasse devem, então, ter seus valores escalares somados, para obter-se uma pontuação para cada categoria maior - sensorial, afetiva, avaliativa e mista - e uma pontuação total para todas as categorias.

Escores PRI. São calculados pela soma dos valores de escala das palavras das subclasse que cada paciente deu antes e depois de uma dada intervenção. A alteração líquida, pré e pós-sessão de intervenção, para cada categoria de palavras e para todas as palavras, é calculada como uma porcentagem dos escores pré-sessão (que são tomados como linha de base) e pós-sessão de intervenção.

Num estudo com vários sujeitos, a porcentagem média de alteração deve ser calculada para o grupo como um todo. Assim, as porcentagens indicam a quantidade de alteração que ocorreu em uma das dimensões da dor ou na dor como um todo, como indicado pelos descritores no questionário. Se as alterações líquidas no pós-intervenção forem maiores que as das sessões linha de base ou placebo, a mudança é considerada como [+]; se elas forem menores, ela é [-]; se não houver alteração, ela é [0]. Deste modo, um teste de sinal único *(a simple sign test*) para significância pode ser realizado. Similarmente, o teste t pode ser usado, no qual a média das alterações líquidas é calculada e as diferenças das médias também são calculadas para as sessões linha de base - placebo e de intervenção para determinar se uma diferença estatisticamente significativa ocorreu. As fórmulas usadas para os cálculos dessas diferenças estatísticas podem ser encontradas em qualquer livro texto de estatística.

(2) **Número de Palavras Escolhidas** - *The number of words chosen* - (NWC). O paciente deve ser instruído a escolher somente uma palavra em cada uma das vinte subclasses, não sendo obrigatório que ele escolha palavras em todas elas. Assim, o NWC pode ter um valor máximo de 20.

Escores NWC. O NWC dos questionários pré e pós-sessão pode ser calculado e as mudanças (diferença líquida) facilmente determinadas. Essas diferenças são calculadas pelas diferenças líquidas no NWC de cada pessoa ou pela média de todos os sujeitos de um grupo de estudo. Desta forma, também é possível saber se as diferenças nos escores NWC são estatisticamente significativas

(3) **Intensidade de Dor Presente** - *The present pain intensity* - (PPI). É a combinação número - palavra escolhida como indicativa da intensidade global de dor no momento da aplicação do questionário.

Escores PPI. As porcentagens de alteração nos valores numéricos do PPI pré e pós sessão podem ser determinadas para cada paciente, e as médias podem ser calculadas para cada grupo. As diferenças entre os sujeitos e grupos (ou entre sessões onde foram usados diferentes procedimentos) podem ser, então, calculadas, e a significância estatística também pode ser computada por uso do *signal test* ou do teste *t*.

COMENTÁRIOS

Sobre a queixa espontânea e as relações PRI e PPI

Antes de aplicar o questionário, deve-se colher a queixa espontânea dos pacientes e depois compará-la qualitativamente com as respostas ao Br-MPQ. Também os comentários que os pacientes fazem durante a entrevista, relativos ao nível de dor, consumo de drogas e níveis de atividade, podem ser registrados, antes e depois da intervenção, e depois comparados com o PPI e o PRI. Alguns pacientes podem relatar que suas dores ainda estão num mesmo nível PPI, mas que houve alguma alteração, que é difícil de descrever, em termos de intensidade: elas estão, de algum modo, menos agudas, comprimindo menos, não tão cansativas e miseráveis como antes. Estas são alterações que se refletem diretamente no PRI, o qual pode exibir uma substancial porcentagem de mudança, enquanto que o PPI permanece inalterado.

Sobre o PRI

É importante determinar se um dado paciente tende a escolher as mesmas subclasses em sucessivas apresentações do questionário. Embora possa existir variações nas qualidades e na intensidade da dor, deve-se esperar que pacientes portadores de uma determinada síndrome de dor em particular apresentem um considerável grau de consistência nas subclasses que eles escolhem para caracterizar a síndrome. A possibilidade de que um alto grau de consistência se deva simplesmente ao fato de que os pacientes recordem quais palavras eles escolheram durante as apresentações anteriores é improvável; os pacientes tendem a ser altamente seletivos em suas escolhas, refletindo cuidadosamente sobre cada lista de subclasses e escolhendo somente aquelas palavras que refletem genuinamente as propriedades de suas dores.

Virtualmente, todos os pacientes irão escolher uma palavra da subclasse de avaliação subjetiva, sem que nenhuma instrução seja dada para isto e também sem nenhuma indicação de que ela represente uma categoria distintiva. Talvez, isto ocorra também nas subclasses 10 e 15.

As palavras mistas, principalmente das subclasses 18 e 20, podem confirmar as escolhas que os pacientes fazem nas subclasses anteriores, uma vez que elas se originaram

delas. Além disto, são descritores adicionais que contribuem para uma maior variação na intensidade global da dor.

Sobre o NWC

O NWC representa um índice complementar que pode não mostrar uma significância estatística alta. Isto pode ser devido ao fato de que, com um alívio parcial, o NWC não diminui necessariamente. Os pacientes, freqüentemente, escolhem uma palavra de menor intensidade dentro de uma subclasse ou categoria, em vez de deixar de usar toda a subclasse ou categoria. Isto, naturalmente, resulta numa diminuição do PRI, mas não se reflete numa alteração do NWC.

Sobre o PPI

As avaliações dos pacientes a respeito da intensidade de dor presente sugerem que ela possa ser determinada por fatores outros que não aqueles indicados pelos descritores. O PPI está baseado na escolha de um simples número e cada paciente pode ter uma âncora diferente para determiná-lo. A relação número - palavra pode significar diferentes coisas para pessoas também diferentes. O que é uma dor "(1) fraca" para uma pessoa pode ser "(2) moderada" para outra. Além disto, o PPI parece flutuar muito em função de fatores psicológicos do momento: humor, nível de ansiedade, atenção e assim por diante. Deste modo, o PPI é uma avaliação determinada não só pelas dimensões sensoriais e afetivas da dor, mas também pela experiência pregressa do paciente, seu humor e expectativas; ela pode, inclusive, representar, em parte, uma comunicação implícita de um pedido de ajuda ao terapeuta ou indicar um otimismo quanto ao alívio da dor que possa ocorrer. Em resumo, o PPI parece ser mais lábil do que os outros índices e mais suscetível a influências de outras variáveis. Entretanto, tendo um paciente escolhido a sua âncora PPI, qualquer alteração em sua dor parece ser extraordinariamente consistente com a variação dos dados PRI.

O PPI sozinho pode ser usado para possibilitar ao paciente um registro caseiro dos níveis de dor. O questionário de registro caseiro, impresso em um cartão do tamanho de um envelope, é mostrado abaixo.

O PPI pode ser registrado, por exemplo, quatro vezes por dia, em intervalos especificados, e a duração e a magnitude de quaisquer alterações na dor podem ser determinadas em bases diárias, semanais ou mensais.

Br- MPQ - Cartão de Registro Caseiro dos Níveis de Dor

Nome: _____Data de Início: __ /__ /___ .

	Manhã	Tarde	Noite	Madrugada
2ª - feira				
3ª - feira				
4ª - feira				
5ª - feira				
6ª - feira				
Sábado				
Domingo				

Por favor, registre em cada coluna:

1. A Intensidade da Dor:
   (0)- sem dor (1)- fraca (2)- moderada (3)- forte (4)- violenta (5)- insuportável.
2. O número de analgésicos que você tomou.
   - Anote quaisquer sintomas, dores ou atividades diferentes na parte de traz do cartão.
   - Registre quantas horas você dormiu na coluna da manhã seguinte.

CASOS EXCEPCIONAIS

Alguns casos excepcionais podem apresentar problemas quando da computação dos dados.

Alguns pacientes referem que o PPI diminuiu em meia unidade, por exemplo, de 2 para 1,5. Nesses casos, o relato deve ser registrado como um valor inteiro, imediatamente acima - no caso, 2 -, de tal forma que nenhuma alteração no PPI será contabilizada.

Um outro problema pode ocorrer quando o paciente não escolhe nenhuma palavra numa dada categoria principal (p. ex., na Afetiva) numa aplicação de linha de base do questionário, mas escolhe uma ou duas palavras após a intervenção, indicando um aumento da dor naquela dimensão. Note que uma mudança de 0 para qualquer número resulta em uma alteração porcentual infinitamente grande, a qual não é, evidentemente, uma descrição numérica acurada da alteração real que ocorreu na dor. Por esta razão, quando acontecer isso, esse escore deve ficar de fora do cômputo da alteração porcentual de uma média de grupo, por exemplo, mas pode ser usado numa análise estatística que empregue o teste de sinal.

A Versão Brasileira do Questionário McGill de Avaliação da Dor e o Cartão de Registro Caseiro são uma possível base para uniformizar, no Brasil, os métodos de aquisição das informações necessárias para o estudo dos fenômenos de dor e analgesia no âmbito clínico. Fica claro que a

investigação desses fenômenos exige uma ampla gama de informações. Entretanto, ainda não se tem claro quais delas são, de fato, relevantes para o conhecimento heurístico da dor. Existe uma grande variedade de informações que pode ser registrada. O principal objetivo de futuros estudos é selecionar as realmente significativas e rejeitar aquelas que tomam o tempo dos pacientes e terapeutas, ocupam espaço no armazenamento de dados e acabam por obscurecer as informações realmente importantes, que podem emergir de um questionário mais parcimonioso e seletivo. Espera-se, nesse sentido, que o questionário apresentado aqui seja refinado num futuro próximo.

Por fim, o Br-MPQ vem somar-se ao MPQ original na tentativa de produzir um instrumento universal de medida e avaliação da dor e da analgesia, que permita uma rápida troca de dados entre todos os pesquisadores dos fenômenos dolorosos.

BIBLIOGRAFIA

Para uma melhor compreensão dos problemas relacionados com a metodologia de aplicação e, principalmente, com aqueles afetos à análise dos dados gerados pelo *McGill Pain Questionnaire;* aos que buscam um maior aprofundamento de estudos acerca dos problemas envolvidos na avaliação clínica e experimental sistemática da dor em humanos e animais; e, também, aos interessados nos problemas relacionados com a linguagem e o discurso, recomendando fortemente uma consulta à bibliografia referida abaixo:

Metodologia de construção do Br-MPQ:

MELZACK, R e TORGERSON, S. (1971) On the Language of Pain. **Anesthesiology**, 34(1) 50-9.

MELZACK, R. (1975) The McGill Pain Questionnaire - major properties and scoring methods. **Pain**, 1 277-99.

PIMENTA, C.A.M. e TEIXEIRA, M.J. (1997) Questionário de Dor McGill - Proposta de Adaptação do Inglês para a Língua Portuguesa. **Rev Bras Anestesiol**, 47(2) 177-86.

Metodologia, problemas e estratégias gerais de avaliação dos fenômenos de dor e analgesia em humanos e animais em estudos clínicos e experimentais:

BROMM, B. (1984): **Pain Measurement in Man - Neurophysiological correlates of pain**. Amsterdam, Elsevier, 511 p.

CLARO, MTC. (1993): **Escala de faces para avaliação da dor em crianças** - etapa preliminar. Ribeirão Preto, 60 p. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

MELZACK, R. (1983): **Pain - Measurement and Assessment**. NY, Raven Press, 293 p.

PIMENTA, CAM. (1997): ***Instrumentos para Avaliação da Dor - o que há de novo em nosso meio***. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE DOR - 3º SIMBIDOR, São Paulo, 19 a 21 de setembro, **Resumos**, 40-6.

TURK, D.C.; MELZACK, R. (1992): **Handbook of Pain Assessment**. NY, The Guilford Press, 491 p.

Processo de avaliação, entrevista, exame clínico e pesquisa em Fisioterapia:

BORK, CE. (1993): **Research in Physical Therapy**. Phi, JB Lippincott, 376 p.

EDWARDS, BC; MAILTAND, GD. (1986): *Exame*. In: G. D. MAITLAND: **Manipulação Vertebral**. 5ª ed., SP, Panamericana, Cap. 4, pp. 49-103.

GOODMAN, CC; SNYDER, TEK. (1995): Differential Diagnosis in Physical Therapy. 2ª ed., Phi, WB Saunders Co., 650 p.

GRAHAM, J; MAITLAND, GD. (1986): *Comunicação*. In: G. D. MAITLAND: **Manipulação Vertebral**. 5ª ed., SP, Panamericana, Cap. 3, pp. 27-48.

Palavra, língua, linguagem e discurso:

- Do ponto de vista semântico psicofísico:

ENGELMANN, A. (1978) **Os Estados Subjetivos: uma tentativa de classificação de seus relatos verbais**. SP, Ática, Col. Ensaios, 544 p.

OSGOOD, CE; SUCI, GJ; TRANNENBAUM, PH (1971) **The Measurement of Meaning**. 7ª ed., Urbana, University of Illinois Press, 346 p.

PEREIRA, CAA. (1986) **O Diferencial Semântico** (Uma técnica de medida nas Ciências Humanas e Sociais). SP, Ática, Col. Ensaios (119), 132 p.

- Do ponto de vista semântico discursivo:

BENVENISTE, E. (1988) **Problemas de Lingüística Geral I**. 2ª ed., Campinas, SP, Pontes - Unicamp, 387 p.

BENVENISTE, E. (1989) **Problemas de Lingüística Geral II**. Campinas, SP, Pontes - Unicamp, 294 p.

DUCROT, O. (1978) **Princípios de Semântica Lingüística (Dizer e Não Dizer)**. SP, Cultrix, 331 p.

DUCROT, O. (1987) **O Dizer e o Dito**. Campinas, SP, Pontes, 222 p.

LURIA, AR. (1987) **Pensamento e Linguagem:** As últimas conferências de Luria. Porto Alegre, Ed. Artes Médicas, 251 p.

LYONS, J. (1982) **Língua(gem) e Lingüística:** Uma introdução. RJ, Zahar, p. 261.

POSSENTI, S. (1993) **Discurso, Estilo e Subjetividade**. 2ª ed., SP, Martins Fontes, 218 p.

BR - MPQ
VERSÃO BRASILEIRA DO MCGILL PAIN QUESTIONNAIRE
BY CARLOS CASTRO

Datas das Entrevistas	1ª	2ª	3ª	4ª
Entrevistadores:				
Dados Pessoais				
Nome:				
Idade:	Sexo:		Estado Civil:	
Escolaridade:		Profissão:		
Nº de filhos :		Horas de Sono :		
Endereço :				
CEP :	Cidade :		Tel.:	
Convênio :	Referido por :		Tel.:	
Indicativo Diagnóstico:				

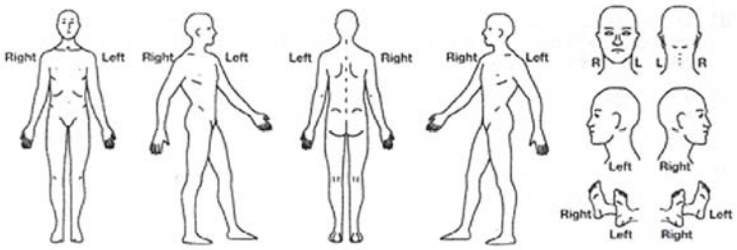
ANAMNESE

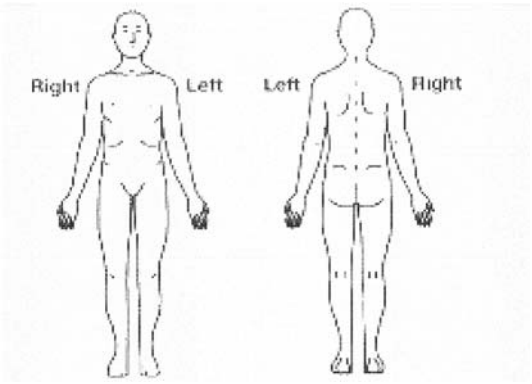
Queixa Principal (QP)	
História da Moléstia Atual (HMA)	
História Pregressa (HP)	

PARTE I . LOCALIZAÇÃO DA DOR

Usando as figuras do corpo humano abaixo, marque, por favor, onde é sua dor. Indique:

* (S) - se a dor for Superficial
* (P) - se a dor for Profunda
* (SP) - se Superficial e Profunda,
* (L) - se a dor for Localizada
* (D) - se a dor for Difusa





PARTE II . INÍCIO, TRATAMENTOS REALIZADOS E PADRÃO TEMPORAL

a) **Circunstâncias de Início**

( ) acidente em casa	( ) após doença
( ) acidente no trabalho	( ) após cirurgia
( ) outros acidentes	( ) dor 'sem causa'

Outros : _____

b) **Analgésicos** (**J**á administrados e em **U**so) :

Medicação	Dose	Freqüência	Duração do Alívio	Quantidade do Alívio	Tempo de Uso

Outros Tratamentos Realizados:

_____

_____

_____

c) **Padrão Temporal da Dor** : ' Como a sua dor muda com o tempo ? '

1 ( )	2 ( )	3 ( )
contínua	ritmada	breve
estável	periódica	momentânea
constante	intermitente	transitória

Freqüência e duração das crises :

_____

PARTE III . DESCRIÇÃO DA DOR

Fale um pouco sobre sua dor. Como ela é? Com o que ela se parece?

_____

_____

Para cada conjunto (subclasse) de palavras abaixo, escolha aquela que melhor descreve a sua dor. (Não é preciso escolher palavras em todas as categorias):

01- S. Temporal	02- S. Espacial	03- S. Pressão - Ponto	04- S. Incisão
- que vai-e-vem - que pulsa - latejante - em pancadas	- que salta aqui e ali - que se espalha em círculos - que irradia	- pica como uma agulhada - é como uma fisgada - como uma pontada de faca - perfura como uma broca	- que corta como uma navalha - que dilacera a carne

Continua...

05- S. Compressão	06- S. Tração	07- S. Calor	08- S. Vivacidade
- como um beliscão - em pressão - como uma mordida - em cãibra / cólica - que esmaga	- que repuxa - que arranca - que parte ao meio	- que esquenta - que queima como água quente - que queima como fogo	- que coça - em formigamento - ardida - como uma ferroada
09- S. Surdez	**10- S. Geral**	**11- A. Cansaço**	**12- A. Autonômica**
- amortecida - adormecida	- sensível - dolorida - como um machucado - pesada	- que cansa - que enfraquece - fatigante - que consome	- de suar frio - que dá ânsia de vômito
13- A. Medo	**14- A. Punição**	**15- A. Desprazer**	**16- Aval. Subj.**
- assustadora - horrível - tenebrosa	- castigante - torturante - de matar	- chata - que perturba - que dá nervoso - irritante - de chorar	- leve - incômoda - miserável - angustiante - inaguentável
17- M. Dor/Movimento	**18- M. Sensoriais**	**19- M. de Frio**	**20- M. Emocionais**
- que prende - que imobiliza - que paralisa	- que cresce e diminui - espeta como uma lança - que rasga a pele	- fria - gelada - que congela	- que dá falta de ar - que deixa tenso (a) - cruel

Legendas: **S** - Sensorial **A** - Afetiva **Aval. Subj**. - Avaliação Subjetiva **M** - Mistas.

PARTE IV . QUAL É A INTENSIDADE DE SUA DOR PRESENTE?

___	(0)	SEM DOR
___	(1)	FRACA
___	(2)	MODERADA
___	(3)	FORTE
___	(4)	VIOLENTA
___	(5)	INSUPORTÁVEL

* Que palavra melhor descreve sua dor agora? ____
* Que palavra descreve sua dor máxima? ____
* Que palavra descreve sua dor quando ela é mínima? ____
* Que palavra descreve sua maior dor de dentes? ____
* Que palavra descreve sua maior dor de estômago? ____

- O que faz sua dor aumentar?

_____

- O que faz sua dor diminuir?

_____

- Você acha que suporta bem as dores?

_____

QUANTIDADE DE DOR

	Avaliação	1ª	2ª	3ª	4ª
PPI	Intensidade de Dor Presente				
NWC	Número de Palavras Escolhidas				
PRI:	Índice de Classificação da Dor:				
(S)	Sensorial				
(A)	Afetivo				
(AS)	Avaliação Subjetiva				
(M)	Misto				
(T)	Total				

ARTIGO ORIGINAL

PRÁTICA DE ATIVIDADES DE LAZER E MORBIDADE PSÍQUICA EM RESIDENTES DE ÁREAS URBANAS

Tânia Maria de Araújo[a]

Juarez de Jesus Carmo Júnior[b]

Maura Maria Guimarães Almeida[c]

Paloma de Sousa Pinho[d]

Resumo

Introdução: Com a globalização e automação do mundo do trabalho, os indivíduos encontram-se inseridos em atividades laborais que requerem agilidade, menor tempo para sua realização e vivenciam cotidianos que desencadeiam estresse, ansiedade e depressão. Com isto, a prática de atividades de lazer surge como forma de enfrentamento dessa realidade, como possibilidade de relaxamento e reequilíbrio. **Objetivo**: Descrever a freqüência das atividades de lazer, identificando suas características, e comparar a prevalência de transtornos mentais em grupos com e sem atividades regulares de lazer. **Métodos**: Estudo epidemiológico de corte transversal, incluindo 3.190 indivíduos com idade de 15 anos ou mais, residentes em zonas urbanas de Feira de Santana, BA. Atividades de lazer foram avaliadas por questionário estruturado, que abordou a freqüência, tipo, motivo e o esforço envolvido. O SRQ-20 avaliou os transtornos mentais comuns (TMC). **Resultado**s: Atividades regulares de lazer foram referidas por 60,8% dos entrevistados. Visita a amigos (59,1%) e ir a festas (41,3%) foram as mais freqüentes. A prevalência global de TMC foi de 31,2%, sendo de 43,5% entre quem não mantinha atividades de lazer e de 23,3% entre aqueles que mantinham, revelando associação negativa entre lazer e TMC (RP= 0,59; IC95%: 0,48; 0,59). **Conclusão**: Evidenciou-se a importância das atividades de lazer, configurando-se como um fator protetor à saúde mental.

Palavras-chave: Atividades de lazer. Transtornos mentais. SRQ-20. Saúde Mental.

---

[a] *Doutora em Epidemiologia – UFBA, professora titular do Departamento de Saúde da UEFS, coordenadora do NEPI.*

[b] *Graduando em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Bolsista do Núcleo de Epidemiologia (NEPI) – UEFS.*

[c] *Doutora em Enfermagem – UFBA, professora titular do Departamento de Saúde da UEFS, pesquisadora do NEPI.*

[d] *Mestre em Saúde Coletiva – UEFS, professora substituta do Departamento de Saúde da UEFS, pesquisadora do NEPI.*

Endereço para correspondência: *Tânia Maria de Araújo. Núcleo de Epidemiologia. Departamento de Saúde. Universidade Estadual de Feira de Santana. Km 03, BR 116, Campus Universitário, Módulo VI, Centro de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. CEP: 44031-460 - Feira de Santana – BA. E-mail: araujo.tania@uefs.br*

LEISURE ACTIVITIES AND COMMON MENTAL DISORDERS IN URBAN AREAS RESIDENTS

Abstract

Introduction: In the globalized and automated working world, people have jobs that require speed, shorter performance time and daily routines that trigger stress, anxiety and depression. Due to these reasons, leisure activities appear as forms to cope with this reality, allowing relaxation and equilibrium. **Objective:** To describe the frequency of leisure activities, identifying their characteristics and to compare the prevalence of psychological disorders among groups of individuals, with and without regular leisure activities. **Methods:** Cross sectional epidemiological study among 3.190 individuals above 15 years old, living on urban areas of Feira de Santana City, State of Bahia, Brazil. Leisure activities were evaluated through a structured questionnaire that investigated frequency, type, motivation and effort dispended. The SRQ-20 questionnaire evaluated Common Mental Disorders (CMD). **Results:** Regular leisure activities were referred by 60,8% of the interviewed individuals; the most frequent activities were visiting friends (59,1%) and going to parties (41,3%). CMD global prevalence was 31,2%; 43,5% did not refer having regular leisure activities and 23,3% refer as having them, showing negative association between having leisure activities and CMD (Prevalence ratio= 0,53; 95%CI: 0,48 – 0,59). **Conclusion:** Regular leisure activities are an important protection factor for Common Mental Disorders.

Keywords: Activities of entertainment. Mental disorders. SRQ-20. Mental health.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, vem crescendo o interesse por estudos de epidemiologia psiquiátrica, pela sua importância no adequado direcionamento das políticas adotadas para a promoção da saúde mental, bem como no direcionamento da assistência dos profissionais de Saúde na atenção básica e especializada. Tais estudos propiciam uma maior compreensão do curso dos transtornos mentais, assim como dos seus efeitos diretos e indiretos para o funcionamento individual, familiar e social da pessoa afetada. [1]

Com os avanços na informática e automação, imaginava-se que se estaria trabalhando cada vez menos e dispondo-se de maior tempo para o lazer, a família, as artes e o relaxamento. Entretanto, esta não é a realidade observada, visto que o mundo está mais e mais competitivo, a sociedade trabalha cada vez mais e dispõe de menor tempo livre, o que ocasiona o surgimento de males como estresse, ansiedade e depressão. [2]

Nesse contexto sociocultural, voltado em maior grau à produtividade com finalidade econômica, o lazer parece representar uma via privilegiada para que os indivíduos possam manter

uma vida equilibrada e saudável. Como apontam Pereira e Caroso [3], a literatura contemporânea tem destacado as atividades de lazer como fator importante de proteção à saúde mental, como instrumento de promoção de bem-estar, em suas várias dimensões (física, mental e social). Adicionalmente, estudos que avaliam fatores de risco à saúde mental apontam que o acesso limitado de grande parte da população às atividades de lazer pode contribuir, direta ou indiretamente, para os elevados índices de adoecimento psíquico observados [4,5]. O acesso restrito ao lazer, por sua vez, está associado à baixa renda da maioria da população, pequena oferta de ações de educação para o lazer e carência de profissionais capacitados para o gerenciamento e execução dessas atividades [6] .

Considerando-se a escassez de estudos, especialmente de base populacional sobre atividades de lazer e sua associação com a saúde mental das populações, foi desenvolvido o presente estudo com o objetivo de: 1. Descrever a freqüência das atividades de lazer da população urbana de Feira de Santana, identificando suas características (tipos, motivos para sua realização e esforço físico envolvido); e 2. Comparar a prevalência de transtornos mentais comuns entre grupos com e sem atividades regulares de lazer.

Por meio da investigação das variáveis de interesse e das estimativas de prevalência de transtornos mentais, este estudo poderá auxiliar no fornecimento de informações úteis para a elaboração de políticas públicas e ações de intervenção em saúde mental, especialmente no que se refere à oferta de insumos de lazer e promoção à saúde.

MATERIAL E MÉTODOS

Tipo de Estudo

Realizou-se estudo epidemiológico do tipo corte transversal, em amostra representativa da população urbana do Município de Feira de Santana com 15 anos ou mais de idade. As áreas selecionadas foram determinadas por amostragem estratificada por subdistrito mediante critérios aleatórios, a partir de dados censitários do IBGE. Foram visitados 1.479 domicílios e entrevistadas 3.190 pessoas.

O Município de Feira de Santana é a 2ª cidade do Estado da Bahia e a 31ª do País, com uma área de 1.338,1 km^2 e população de 535.820 habitantes [7]. Geograficamente, a zona urbana da cidade está dividida em cinco subdistritos: Santana, Santo Antônio, Pampalona, Mangabeira e Subaé. Os limites da cidade foram, inicialmente, estabelecidos por um entorno rodoviário. Os subdistritos de Santana e Santo Antônio constituíram o núcleo de povoação inicial do município e encontram-se circunscritos nos limites do entorno; atualmente, são áreas densamente povoadas, concentrando cerca de 54,3% da população total do município. Os

subdistritos de Pampalona, Mangabeira e Subaé são de ocupação mais recente e localizam-se fora do entorno rodoviário. Observa-se grande diversidade na ocupação urbana desses subdistritos, incluindo, por um lado, áreas de elevado nível socioeconômico, representando a expansão e relocação da população de poder aquisitivo elevado do centro da cidade para novas áreas, e, por outro, áreas de ocupação desordenada, com população de baixa renda, em geral migrantes de outras cidades, criando núcleos de favelas. O espaço urbano de Feira de Santana encontra-se, portanto, recortado, pelo processo social de distribuição de riquezas, revelando disparidades econômicas e sociais.

Plano Amostral

Foi feita amostra aleatória por conglomerado (domicílio), estratificada por subdistrito. Para o cálculo do tamanho da amostra, tomou-se como estimativa da prevalência de transtornos mentais comuns de 25%,[8] erro amostral de 3% com 95% de confiança. Permitindo-se recusa e perdas entre 20%, foi, inicialmente, definida amostra de 960 indivíduos para participação no estudo. Considerando-se o efeito do desenho do estudo (amostragem por conglomerado), dobrou-se o tamanho da amostra, definindo-a em 1.920 indivíduos.

A seleção dos indivíduos para estudo foi feita em etapas. Cada subdistrito da zona urbana de Feira de Santana divide-se em setores censitários. Sendo assim, os setores foram listados e situados no mapa da cidade, a fim de serem sorteados para dar inicio à coleta de dados (uma listagem de números aleatórios foi gerada pelo Epi-Info, versão 6.0). O número de setores a serem estudados foi definido mediante proporção da população de cada subdistrito. Em seguida ao sorteio dos setores censitários, houve, também por procedimento aleatório, o sorteio das ruas em cada setor. Todos os domicílios das ruas sorteadas foram visitados e todos os indivíduos com 15 anos ou mais de idade foram incluídos no estudo.

Com o intuito de diminuir as perdas no estudo, foi estabelecida a realização de até três visitas para completar a entrevista.

Instrumentos de Pesquisa

Este estudo utilizou dois questionários padronizados: um do domicílio, que incluía dados de sexo, idade, condição na família e informações do tipo de domicílio (próprio, alugado, cedido, outros), número de cômodos e infra-estrutura existente (água, luz, telefone e recursos materiais disponíveis, como eletrodomésticos), e um individual.

O questionário individual, aplicado a todos os moradores dos domicílios sorteados, com 15 anos ou mais de idade, continha 12 blocos de questões sobre: características sociodemográficas; características do trabalho profissional; aspectos psicossociais do trabalho; saúde

reprodutiva; atividades domésticas; atividades de lazer; saúde mental; uso de bebidas alcoólicas; hábito de fumar e atos de violência – vitimização.

O lazer foi investigado a partir da avaliação da participação, freqüência e tipo de atividade de lazer realizada (incluindo análise de atividades socioculturais e físicas) e do esforço físico desprendido na sua realização. Considerou-se esforço físico leve para atividades como ler, ouvir rádio, assistir TV; como moderado, a caminhada, andar de bicicleta, aula de dança ou atividade física, pelo menos, 2 horas semanais; e, como pesado, as atividades de correr, fazer ginástica, nadar, jogos com bola ou atividade física, pelo menos, 4 horas semanais.

O instrumento utilizado para avaliar os Transtornos Mentais Comuns (TMC) foi o *Self Reporting Questionnaire* – 20 (SRQ-20), desenvolvido pela OMS.[9] Como é um instrumento que se destina à detecção de sintomas gerais, torna-se bastante adequado para estudos de população.[10, 11] Contudo, esse instrumento avalia apenas o grau de suspeição de transtorno mental, não oferecendo diagnóstico específico do transtorno existente.

Para a determinação de TMC, o ponto de corte utilizado foi o de sete ou mais respostas positivas – ponto de corte usado em vários outros estudos. [11, 12, 13]

Foi construído um banco de dados com todas as informações coletadas e estas organizadas com o auxílio do programa estatístico Statistical Package for the Social Science (SPSS) for windows versão 10.0.

Análise de Dados

Foram analisadas as freqüências dos dados sociodemográficos (sexo, situação conjugal, religião, cor de pele, faixa etária, escolaridade), a prática de atividades regulares de lazer (realização, tipo, freqüência, esforço físico desprendido, distribuição na zona urbana do município). Foram avaliadas também atividades de lazer, considerando-se as características sociodemográficas da população, a inserção em atividades de trabalho e ter ou não filhos.

Em seguida, estimou-se a prevalência de TMC no referido município, avaliando-se sua distribuição segundo atividades de lazer (participação em atividades regulares de lazer e esforço físico desprendido na sua realização). Para a análise das associações, foram calculadas as razões de prevalência com intervalos de confiança de 95%.

Aspectos Éticos

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética do Hospital São Rafael, Salvador – BA, tendo sido aprovado. Os procedimentos adotados seguiram as recomendações 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Na população estudada, pôde-se observar a predominância do sexo feminino (64,5%), da faixa etária de 15 a 29 anos (43,4%), revelando ser uma população relativamente jovem **(Tabela 1)**. Quanto à situação conjugal, 47,9% estavam casadas ou em união estável, e a religião que se sobressaiu foi a Católica (67,2%); entretanto, se considerarmos a cultura local, com forte tradição da cultura afrodescendente, chama à atenção o baixo porcentual de pessoas que referiram religião de Candomblé ou Umbanda (apenas 0,5% do total). Indivíduos pardos tiveram o maior porcentual (57,6%), mostrando a característica marcante da miscigenação do nosso País, especialmente no Nordeste. Contudo, cabe destacar o baixo porcentual de pessoas que se auto-referiram como negras (19,2%), considerando-se tratar-se de região marcada pela descendência africana, como já destacado **(Tabela 1)**.

Tabela 1. Características sociodemográficas do Município de Feira de Santana - BA

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	2057	64,5
Masculino	1133	35,5
Faixa etária		
15-29	1386	43,4
30-49	1021	32,0
50-69	599	18,8
≥ 70	184	5,8
Situação conjugal		
Solteiro	1227	38,6
Casado/união livre	1520	47,9
Viúvo/divorciado/separado	429	13,5
Religião		
Católica	2065	67,2
Protestante	720	23,4
Espírita	45	1,5
Candomblé	8	0,3
Umbanda	5	0,2
Sem religião	232	7,5
Cor		
Parda	1742	57,6
Branca	660	21,8
Preta	582	19,2
Indígena	26	0,9
Amarelo	14	0,5

A participação em atividades de lazer em Feira de Santana foi relativamente baixa: apenas 60,8% referiram manter regularmente alguma atividade. A análise da distribuição espacial por subdistrito revelou diferenças nos porcentuais da população que mantinha atividades regulares de lazer: no subdistrito Mangabeira, o porcentual elevou-se a 70,5%, enquanto, no Subaé, somou apenas 45,5% (**Tabela 2**).

Tabela 2. Distribuição da atividade de lazer, segundo subdistrito da zona urbana do Município de Feira de Santana - BA

Subdistritos	Atividade de Lazer			
	Sim		Não	
	n	%	n	%
Mangabeira	158	70,5	66	29,5
Santo Antônio	444	66,8	221	33,2
Santana	898	61,2	570	38,8
Pampalona	258	59,7	174	40,3
Subaé	180	45,5	216	54,5
Total	1938	60,8	1247	39,2

Como mostra a **Tabela 3**, foi observada diferença expressiva de prática de atividades de lazer entre os homens (71,1%) e as mulheres (54,9%). Ou seja, entre os homens, o porcentual com atividades de lazer foi cerca de 30% mais elevado do que entre as mulheres. Os solteiros também relataram maior porcentual (76,6%), seguidos dos casados (52,9%). Todos os indivíduos, cuja religião era a Umbanda, referiram participar de atividades de lazer. Porcentual elevado foi também encontrado entre aqueles que relataram ser de religião Espírita (82,2%).

Entre as pessoas com cor de pele branca, houve registro de maior proporção com atividades regulares de lazer (65,8%) do que entre aquelas de cor preta (55,0%). Pôde-se observar que a realização de atividades de lazer diminuía com a idade, alcançando o menor porcentual entre as pessoas com 70 anos ou mais de idade (41,3%); entre as mais jovens (15-29 anos), o porcentual foi de 72,9%. Quanto maior o grau de instrução, mais elevado o porcentual de pessoas com atividades de lazer **(Tabela 3)**.

A prática de atividades de lazer foi referida em maior porcentual pelos entrevistados que não possuíam filhos (78,4%) do que entre aqueles com filhos (50,8%). Além disto, à medida que aumentava o número de filhos, diminuía o porcentual de pessoas com atividades regulares de lazer: 57,3% para aquelas com 1 a 2 filhos a 39,4% com 5 ou mais filhos, revelando que os afazeres domésticos, em especial o cuidado aos filhos, podem ser fatores definidores do tempo livre, do tempo para o lazer. A realização de atividades de lazer também foi mais freqüente entre indivíduos que estavam trabalhando e, entre estes, foi registrada proporção mais elevada entre aqueles com um vínculo de trabalho formal (com carteira assinada) **(Tabela 4)**.

Tabela 3. Distribuição das atividades de lazer segundo características sociodemográficas do Município de Feira de Santana, BA

Variáveis	N	Atividades de Lazer			
		Sim		Não	
		n	%	n	%
Sexo					
Feminino	2056	1129	54,9	927	45,1
Masculino	1129	809	71,7	320	28,3
Situação Conjugal					
Solteiro	1224	938	76,6	286	23,4
Casado/União livre	1519	804	52,9	715	47,1
Viúvo/Divorciado/Separado	428	189	44,2	239	55,8
Religião					
Umbanda	5	5	100,0	-	-
Espírita	45	37	82,2	8	17,8
Sem religião	232	153	65,9	79	34,1
Católica	2060	1275	61,9	785	38,1
Protestante	720	394	54,7	326	45,3
Candomblé	8	2	25,0	6	75,0
Cor da pele					
Branca	658	433	65,8	225	34,2
Parda	1741	1064	61,1	677	38,9
Preta	580	319	55,0	261	45,0
Indígena	26	21	80,8	5	19,2
Amarelo	14	8	57,1	6	42,9
Faixa etária					
15-29	1387	1011	72,9	376	27,1
30-49	1016	574	56,5	442	43,5
50-69	598	277	46,3	321	53,7
= 70	184	76	41,3	108	58,7
Escolaridade					
Analfabeto	425	140	32,9	285	67,1
Ensino fundamental	1453	807	55,5	646	44,5
Ensino médio	1161	871	75,0	290	25,0
Superior	120	104	86,7	16	13,3

Entre as pessoas que referiram manter regularmente atividades de lazer classificadas como atividades socioculturais, as de maior destaque foi visita a amigos (59,1%) e ir a festas (41,3%) **(Tabela 5)**. Chama à atenção a freqüência a barezinhos, 30,0%, revelando a opção por uma atividade que se, por um lado, pode contribuir para o convívio social e relaxamento, por outro, pode também promover, direta ou indiretamente, o aumento do consumo de álcool e de alcoolismo. Freqüentar praia e piscina como atividades de lazer apareceram em terceiro lugar,

Tabela 4. Atividades de lazer segundo número de filhos e atividades profissionais em Feira de Santana, BA

Variáveis	N	Atividades de Lazer			
		Sim		Não	
		n	%	n	%
Número de Filhos					
Sem filhos	1141	895	78,4	246	21,6
1-2 filhos	899	515	57,3	384	42,7
3-4 filhos	591	300	50,8	291	49,2
5 ou mais filhos	510	200	39,4	309	60,6
Está trabalhando					
Sim	1310	895	68,3	415	31,7
Não	1870	1041	55,7	829	44,3
*Tipo de trabalho**					
Formal	402	305	75,9	97	24,1
Informal	780	506	64,9	274	35,1

* Trabalho formal= trabalho com carteira assinada; trabalho informal= sem carteira assinada

Tabela 5. Distribuição das atividades socioculturais de lazer, nos subdistritos de Feira de Santana - BA

Tipo de atividade realizada	Mangabeira		Pampalona		Santana		Santo Antônio		Subaé		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Visita a amigos												
Sim	99	63,1	146	57,9	559	63,5	265	59,7	62	34,4	1131	59,1
Não	58	36,9	106	42,1	322	36,5	179	40,3	118	65,2	783	40,9
Festa												
Sim	55	35,0	107	42,5	383	43,5	206	46,4	39	21,7	790	41,3
Não	102	65,0	145	57,5	498	56,5	238	53,6	141	78,3	1124	58,7
Praia/Piscina												
Sim	81	51,6	82	32,5	243	27,6	161	36,3	60	33,3	627	32,8
Não	76	48,4	170	67,5	638	72,4	283	63,7	120	66,7	1287	67,2
Barzinho												
Sim	37	23,6	59	23,4	309	35,1	125	28,2	44	24,4	574	30,0
Não	120	76,4	193	76,6	572	64,9	319	71,8	136	75,6	1340	70,0
Jogos												
Sim	35	22,0	51	20,2	150	17,0	105	23,6	27	15,0	368	19,2
Não	124	78,0	202	79,8	732	83,0	340	76,4	153	85,0	1551	80,8
Cinema/Teatro												
Sim	45	28,5	25	9,9	132	15,0	110	24,8	16	8,9	328	17,1
Não	113	71,5	227	90,1	749	85,0	334	75,2	164	91,1	1587	82,9
Seresta												
Sim	14	8,9	37	14,7	190	21,6	51	11,5	14	7,8	306	16,0
Não	143	91,1	215	85,3	691	78,4	393	88,5	166	92,2	1608	84,0

referido por 32,8% dos entrevistados. Houve registro também de baixos porcentuais para atividades que demandavam, em geral, recursos financeiros para garantir o seu acesso, como ir ao cinema/teatro e às serestas.

A avaliação das atividades de lazer por área geográfica (subdistrito) revelou que o subdistrito do Subaé registrou os menores porcentuais para todos os tipos de atividades investigadas, evidenciando problemas significativos no acesso ao lazer das populações dessa área. No subdistrito Santana, destacou-se a opção de freqüentar barzinho (35,1%), terceira opção de lazer mais referida nessa área. No Santo Antônio, 46,4% freqüentavam festas. O subdistrito de Mangabeira destacou-se dos demais subdistritos com relação às atividades de ir ao cinema/teatro (28,5%) e à praia/piscina (51,6%), porcentuais muito mais elevados do que nas demais áreas.

Dentre as pessoas que referiram ter atividades regulares de lazer, 42,3% relataram manter prática de atividades físicas com essa finalidade (39,8% do total mantinham uma atividade física, 3,0% duas ou mais atividades; para o restante (56,8%), as atividades de lazer incluíam apenas as socioculturais). Entre as atividades físicas praticadas, jogar futebol e vôlei foram as de maior referência (20,3%), seguidas de caminhada (16%) **(Tabela 6)**. As demais atividades físicas eram realizadas por uma pequena parcela dos entrevistados (variando de 6,7%, ginástica, a 1,3%, natação). No subdistrito de Santo Antônio, a caminhada foi a atividade mais freqüente (18,2%). A natação não foi referida nos subdistritos de Pampalona e Subaé. No conjunto, a prática da natação e hidroginástica foram as atividades de menor porcentual, revelando, assim, baixo acesso às que necessitam de maior aporte financeiro para sua realização.

Tabela 6. Distribuição das atividades físicas no subdistritos da zona urbana de Feira de Santana - BA

Tipo de atividade física	Mangabeira		Pampalona		Santana		Santo Antônio		Subaé		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Futebol/Vôlei												
Sim	27	17,2	57	22,6	199	22,6	57	12,8	48	26,7	388	20,3
Não	130	82,8	195	77,4	682	77,4	387	87,2	132	73,3	1526	79,7
Caminhada												
Sim	27	17,2	32	12,7	153	17,3	81	18,2	14	7,8	307	16,0
Não	130	82,8	22,0	87,3	730	82,7	363	81,8	166	92,2	1609	84,0
Ginástica												
Sim	19	12,1	8	3,2	67	7,6	26	5,9	8	4,4	128	6,7
Não	138	87,9	244	96,4	814	92,4	418	94,1	172	95,6	1786	93,3
Hidroginástica												
Sim	5	3,2	2	0,8	12	1,4	7	1,6	2	1,1	28	1,5
Não	152	96,8	250	99,2	869	98,6	437	98,4	178	98,9	1886	98,5
Natação												
Sim	4	2,5	-	-	12	1,4	9	2,0	-	-	25	1,3
Não	153	97,5	252	100	869	98,6	435	98,0	180	100	1889	98,7

Quanto à freqüência semanal das atividades realizadas, 1.369 entrevistados (70,6%) referiram praticar atividades físicas de lazer até duas vezes por semana (39,7% uma vez por semana e 31,0% duas vezes por semana); apenas 569 pessoas (29,4%) referiram prática de atividade física três vezes ou mais por semana. Portanto, foi observado que, mesmo mantendo alguma atividade física, 70,6% dos entrevistados poderiam ser classificados como sedentários (praticavam atividade física em freqüência inferior a três vezes por semana).

Com relação ao motivo pelo qual o entrevistado praticava determinada atividade de lazer, identificou-se que 58,9% referiram como motivo de diversão e recreação, 58,4% para encontrar amigos e, curiosamente, 0,8% (n=15) referiram manter atividades de lazer porque eram obrigados a fazê-lo. Entre as pessoas com atividades regulares de lazer, 98,2% afirmaram que o lazer ajudava na convivência com outras pessoas, promovendo, assim, a interação/integração social.

Avaliando-se o esforço físico despendido nas atividades de lazer, pôde-se observar claro predomínio de atividades físicas leves (64,8%), ou seja, o lazer implicava baixo ou muito baixo esforço físico; esforço moderado foi referido por 27,8% e apenas 7,4% disseram praticar atividades de lazer envolvendo esforço pesado (atividades com muito esforço físico e praticadas três ou mais vezes por semana).

Estimativas de prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC)

A prevalência global de TMC foi muito elevada, 31,2%. A prevalência de TMC foi mais elevada entre os pesquisados que não praticavam atividades regulares de lazer (43,5% contra 23,2%), evidenciando associação negativa entre participação em atividades de lazer e TMC. A diferença observada foi estatisticamente significante **(Tabela 7)**. Ou seja, indivíduos sem atividades regulares de lazer apresentaram quase duas vezes mais transtorno mental comum do que os com atividades de lazer, revelando ser o lazer um fator potencial de proteção à saúde mental.

Avaliou-se também a prevalência de TMC segundo níveis de esforço físico envolvido nas atividades de lazer. À medida que se elevava o nível de esforço físico das atividades de lazer e a freqüência em que eram realizadas, diminuía a prevalência de transtorno mental. Entre os entrevistados que referiram realizar atividades com esforço físico leve, a prevalência de TMC foi 27,2%, enquanto entre aqueles que referiram atividades com esforço físico pesado a prevalência foi de 11,6%. A diferença entre as prevalências de TMC entre o grupo que referiu esforço físico leve e moderado/pesado foi estatisticamente significante **(Tabela 7)**.

Tabela 7. Prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) segundo prática de atividades de lazer e esforço físico envolvido nas atividades realizadas. Feira de Santana – BA

	Prevalência					
	N	n	%	RP	IC 95%	Valor de p
Atividades de lazer[1]						
Sim	1938	450	23,2	0,53	0,48 - 0,59	< 0,001
Não	1247	542	43,5	-	-	-
Total	3185	992	31,1	-	-	-
Nível de esforço físico das atividades de lazer[2]						
Leve	1208	329	27,2	0,62	0,50 - 0,76	-
Moderada	519	87	16,8	0,43	0,27 - 0,68	-
Pesada	138	16	11,6		*	

[1] Foram perdidos 5 casos (0,2%) para essa variável.
[2] Foram perdidos 73 casos (3,8%) para essa variável.
* Grupo de referência

DISCUSSÃO

Os resultados advindos do presente estudo evidenciaram que atividades de lazer são importantes para o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas. Contudo, registrou um porcentual ainda baixo de indivíduos com atividades regulares de lazer (pouco mais da metade da população estudada: 60,8%).

Diversos fatores podem contribuir para a não-participação em atividades de lazer, dentre eles, os estilos de vida, ausência de ofertas de lazer, condições socioeconômicas desfavoráveis e predominância de uma cultura sem lazer. [4, 5]

Dentre as características sociodemográficas estudadas, o sexo, a escolaridade, a situação conjugal, a idade e ter ou não filhos influenciaram no acesso ao lazer. A escolaridade pressupõe maior acesso à informação e ao conhecimento, favorecendo a procura de qualidade de vida e bem-estar do indivíduo. No que diz respeito à situação conjugal, os solteiros revelaram maior porcentual na prática das atividades de lazer seguidos dos casados. Solteiros, em geral, não possuem filhos e assumem menores responsabilidades do que os casados, divorciados ou separados, o que pode aumentar o tempo livre, fora do trabalho, aumentando também a possibilidade de inserção em atividades de lazer. Resultados similares aos aqui observados foram também encontrados em outros estudos. [14, 15]

No que se refere ao sexo, maior porcentual de atividades de lazer foi referido pelos homens, achado já observado em outros estudos [16,17, 18, 19]. A dupla jornada de trabalho e as características do trabalho doméstico, como a ausência de uma clara divisão do tempo do trabalho e tempo livre, situações, em geral, assumidas pelas mulheres, são fatores apontados como associados aos baixos índices de lazer entre elas. [4,11,14] . No estudo de Aquino [20] , por exemplo, as

mulheres praticavam, em menor proporção, atividades de lazer, devido às suas múltiplas jornadas de trabalho, principalmente o cuidado com a casa e os filhos.

Quanto ao tipo de atividade de lazer, houve maior predominância de visita a amigos, caminhada, futebol/vôlei, festas, praia/piscina e barezinhos. Visita a amigos foi a atividade preferencialmente realizada pelos indivíduos no tempo livre. Portanto, o contato com outras pessoas para conversar, brincar, relaxar e compartilhar a vida destacou-se das demais avaliadas.

Chama a atenção o baixo porcentual das pessoas que referiram, como atividade física de lazer, a caminhada (apenas 16%). Como a caminhada tem papel importante na prevenção de patologias cardiovasculares e é de fácil acesso, não necessitando de recursos financeiros ou equipamentos para sua realização, especial atenção poderia ser dada ao seu incentivo. Campanhas de promoção e de informação sobre os benefícios da caminhada poderiam atuar como elementos relevantes no aumento do número de pessoas engajadas neste tipo de atividade e, conseqüentemente, na elevação da participação em atividades físicas e de lazer, o que poderá favorecer a saúde física e mental. [15]

Atividades como essas promovem a sociabilização dos indivíduos, bem como a aproximação, o que pode proporcionar, principalmente, um convívio mais harmonioso entre as pessoas, aumento da auto-estima e redução da depressão e do isolamento pessoal. O lazer é imprescindível em todas as idades e contribui para a saúde em todas as suas dimensões [4,14] .

As pessoas que trabalhavam referiram praticar atividades de lazer com maior freqüência. Este dado revela que o trabalho proporciona renda financeira e que esta, por sua vez, promove maior acesso aos bens de consumo, incluindo o lazer. Além disto, alguns estudos destacam que a sensação de bem-estar ao realizar atividades remuneradas pode apresentar-se como efeito protetor para a saúde mental. [21, 22]

A prevalência global de TMC neste estudo foi elevada (31,2%), constituindo uma importante preocupação para a saúde pública, visto que esses transtornos comprometem o bem-estar e a qualidade de vida dos indivíduos, intervindo em todos os aspectos do relacionamento humano. Portanto, aponta a necessidade de adoção de políticas públicas em saúde mental para as populações estudadas.

A menor prevalência de TMC foi encontrada entre os entrevistados que praticavam atividades de lazer consideradas moderadas e pesadas. Portanto, os indivíduos que praticavam esforço físico moderado ou pesado parecem obter maiores benefícios à saúde quando comparados a pessoas inativas e essas vantagens são observadas na pressão arterial, na composição corporal, colesterol e estilos de vida mais positivos e proativos, como aponta Blair. [23]

A prática de exercícios físicos produz benefícios importantes para a saúde, confirmado seus efeitos positivos sobre o bem-estar psicológico [24]. Por outro lado, o sedentarismo tem sido associado a uma série de problemas à saúde, como a hipertensão arterial e diabetes [25].

Com relação à prevalência de TMC associada ao lazer, verificou-se que indivíduos que participavam, com freqüência, de atividades de lazer apresentavam prevalência de transtorno mental inferior àqueles que não participavam. A relação negativa entre prática de atividade de lazer e transtorno mental comum é também registrada em outros estudos [11, 26], revelando que a realização de atividades regulares de lazer pode ser um fator de proteção à saúde mental.

Assim, o lazer apresenta-se como fator contribuinte para uma menor prevalência de TMC, uma vez que o bom relacionamento e o convívio social entre as pessoas pode contribuir para baixar os níveis de ansiedade e depressão, o que diminui o número de eventos produtores de estresse [3].

O equilíbrio diário entre atividades de lazer e obrigações rotineiras é, portanto, necessário para recarregar as energias e garantir o bem-estar pessoal e social.

CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou a importância das atividades de lazer e bons hábitos de vida para reduzir o adoecimento psíquico – importante problema de saúde pública na população, atingindo cerca de 30% das pessoas investigadas.

A modernidade trouxe muitos avanços nas diversas áreas de conhecimento, cultura, trabalho e saúde para a humanidade. Contudo, um fenômeno preocupante que surgiu, aliado a todas essas mudanças, foi o aparecimento de elevados porcentuais de doenças psicológicas, principalmente os transtornos mentais comuns, como já foi visto.

O estresse, a ansiedade e a depressão comprometem a saúde das pessoas e interferem nas diversas atividades cotidianas dos indivíduos, gerando uma série de problemas de cunho biológico, social e psicológico. As relações entre as pessoas tornam-se mais conturbadas, podendo refletir em isolamento social, baixa auto-estima, insegurança e vários comportamentos que prejudicam a qualidade de vida e a saúde mental.

A prevalência de TMC foi elevada na população estudada. Foi observada a associação negativa entre atividades de lazer e transtornos mentais comuns. Além disto, quanto maior o esforço físico desprendido na atividade realizada, indicativo da freqüência e intensidade da atividade física, menor foi a prevalência de TMC. Os achados obtidos produzem importantes pistas de que, nessa população, indivíduos que participavam de atividades de lazer e faziam exercícios físicos apresentaram menores prevalências de transtornos mentais.

Detaca-se também que a avaliação das atividades de lazer, segundo a área geográfica, pode ser um instrumento importante para redefinir políticas de promoção à saúde, a partir do reordenamento dos equipamentos sociais destinados ao lazer.

Portanto, o lazer e bons hábitos de vida devem ser entendidos como elementos protetores da saúde e requisitos básicos para a garantia da qualidade de vida das populações.

REFERÊNCIAS

1. Ludermir AB, Costa AG. Transtornos Mentais Comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da zona da mata de Pernambuco, Brasil. Caderno de Saúde Pública 2005; 21: 73-9.

2. Andrews S. Stress a seu favor: como gerenciar sua vida em tempos de crise. Porangaba: Instituto Visão Futuro; 2001.

3. Pondé MP, Caroso C. Lazer como fator de proteção da saúde mental. Revista Ciências Médicas 2003; 12: 163-72.

4. Almeida MMG, Moreira RF, Araújo TM, Pinho PS. Atividades de lazer entre idosos, Feira de Santana, Bahia. Revista Baiana de Saúde Pública 2005; 29: 339-52.

5. Zaitune MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Fatores associados ao sedentarismo no lazer em idosos, Campinas, São Paulo, Brasil. Cadernos de Saúde Pública 2007; 23:1329-38.

6. Marcellino NC. Estudos do lazer: uma introdução. 3ª ed. Campinas, SP: Autores Associados; 2002.

7. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico de 1999 / 2000. Brasília; 2006.

8. OMS - Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo. Brasília: 2001.

9. WHO. User's Guide to the Self-Reporting Questionnaire (SRQ). Geneva: World Health Organization; 1994.

10. Iacoponi E, Mari JJ. Reliability and factor structure of the Portuguese version of Self-Reporting Questionnaire. International Journal of Social Psyquiatry 1988; 3: 213-22.

11. Araújo TM, Aquino E, Menezes G; Santos CO, Aguiar L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. Revista de Saúde Pública 2003; 37: 424-33.

12. Sobrinho CLN, Carvalho FM, Bonfim TAS, Cirino AS, Ferreira IS. Condições de trabalho e saúde dos médicos em Salvador, Brasil. Revista da Associação Médica Brasileira 2006; 52: 97-102.

13. Brant LC, Dias EC. Trabalho e sofrimento em gestores de uma empresa pública em reestruturação. Caderno de Saúde Pública 2004; 20: 942-9.

14. Costa RS, Heilborn ML, Werneck GL, Faerstein E, Lopes CS. Gênero e prática de atividade física de lazer. Cadernos de Saúde Pública 2003; 19: S325-33.

15. Martinez-Gonzalez A, Varo JJ, Santos JI, De Irala J, Gibney M, Kearney J,et al. Prevalence of physical activity during leisure time in the Europe Union. Medicine and Science in Sports and Exercise 2001; 33:1142-6.

16. Carpersen CJ, Pereira MA, Curran KM. Changes in physical activity patterns in the United States, by sex in the cross-sectional age. Medicine and Science in Sports and Exercise 2000; 32:1601-9.

17. Manios Y, Kafatos A, Codrington C. Gender differences in physical activity and physical fitness in young children in Crete. Journal of Sports Medicine and Physical Fitness 1999; 39: 24-30.

18. Gomes VB, Siqueira KS, Sichieri R. Atividade física em uma amostra probabilística do Município do Rio de Janeiro. Cadernos de Saúde Pública 2001; 17: 969-76.

19. Sichieri R. Epidemiologia da obesidade. Rio de Janeiro: EDUERJ; 1999.

20. Aquino EML. Gênero, trabalho e hipertensão arterial: um estudo de trabalhadoras de enfermagem em Salvador, Bahia. [Tese]. Salvador (BA): Univ. Federal da Bahia; 1996.

21. Thomsen S, Soares J, Nolan P, Dallender J, Arnetz B. Feelings of professional fulfillment and exhaustion in mental health personnel: the importance of organizational and individual factors. Psychother Psychosom 1999; 68:157-64.

22. Aasland OG, Olff M, Falkum E, Schweder T, Ursin H. Health complaints and job stress in Norwegian physicians: the use of an overlapping questionnaire design. Social Science and Medicine 1997; 45: 1615-29.

23. Blair SN. Physical activity, physical fitness and health. Research Quarterly for Exercise and Sport. British Journal of Health Psychology 1995; 3: 365-76.

24. Pitanga FJG, Lessa I. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo no lazer em adultos. Cadernos de Saúde Pública 2005; 21: 870-7.

25. Yaffe K, Barnes D, Nevitt M, Lui L-Y,. Covinsky K. A prospective study of physical activity e cognitive decline in elderly women: women who walk. Archives Internal Medicine 2001; 161: 1703-8.

26. Pondé MP, Santana VS. Participation in leisure activities: is it a protective factor for women's mental health? Journal of Leisure Research 2000; 32: 457-72.

Recebido em 28.07.2007 Aprovado em 31.10.2007

Revista Baiana
de Saúde Pública

ARTIGO ORIGINAL

A (RES)SIGNIFICAÇÃO DA CIDADANIA NA CONSTRUÇÃO DO ESTADO E DA SOCIEDADE BRASILEIRA

Lívia Lima Nogueira dos Santos[a]

Camila Neves Sá[a]

Bianca Pereira[a]

Mariluce Karla Bomfim de Souza[b]

Lucimeire Santos Carvalho[c]

Resumo

O significado de cidadania foi construído no decorrer do processo de formação do Estado brasileiro, de forma a justificar e consolidar a estrutura econômica e política vigente. Nesta perspectiva, seu conceito esteve, durante muito tempo, traduzido em benefícios concedidos, em detrimento da participação popular. A partir da década de 80, com a implantação da constituição Cidadã, foi conferido à cidadania um caráter mais ativo e de direitos conquistados, requerendo uma mobilização da sociedade brasileira. No entanto, apenas a formulação legal não foi suficiente para a efetivação do controle social. Assim, uma reflexão sobre a construção dos valores e sentidos atribuídos à cidadania no processo de formação do Estado brasileiro parece-nos importante, pois acreditamos ser este um dos passos para a efetivação da participação popular e conseqüente consolidação do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Cidadania. Participação popular. Políticas de saúde.

THE NEW MEANING OF CITIZENSHIP IN THE CONSTRUCTION OF THE STATE AND BRAZILIAN SOCIETY

Abstract

The meaning of citizenship was built during the formation of the Brazilian state, in order to justify and consolidate the economic and political structure in effect at the time. From this

[a] *Cirurgiã-Dentista, Residente Multiprofissional em Saúde com ênfase em Saúde da Família da Universidade do Estado da Bahia.*

[b] *Mestre em Saúde Coletiva, Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Saúde Pública – ISC/UFBA. Professora visitante/UNEB. Preceptora do Núcleo de Saúde da Família da Residência Multiprofissional em Saúde.*

[c] *Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Enfermagem/UFBA. Professora assistente/UNEB. Orientadora. Coordenadora de Núcleo da Residência Multiprofissional em Saúde.*

Endereço para correspondência: *Rua L, Quadra 4, Lote 5, Jardim Brasília, Pernambués. CEP: 41100-160.*

Telefone residencial: 71-3431-6925 Telefone institucional: Coordenação da Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade do Estado da Bahia: 71-3117-2210. E-mail: meirebom@yahoo.com.br

perspective, its concept was translated into conceded benefits over a long period of time, to the detriment of popular participation. After the 80s, with the implementation of the Citizenship constitution, the citizen was granted more active participation and rights thus requiring the mobilization of Brazilian society. However, the legal formulation alone was not sufficient for social control. Thus, a reflection on the construction of values and meanings attributed to citizenship in the formation of the Brazilian state seems important to us, because we believe this to be one of the steps for implementing popular participation, and the consequent consolidation of the Unified Health System.

Keywords: Citizenship. Popular participation. Health politicals.

INTRODUÇÃO

A cidadania nem sempre foi entendida como hoje, modificou-se, ressignificando a partir de um movimento histórico-cotidiano e de amplo debate na pauta de saúde. O direito à vida, liberdade, propriedade e igualdade perante às leis, enfim, os direitos do cidadão têm sentido deliberados na variante de tempo e espaço do ocorrido, com avanços e recuos a depender das tensões e organizações sociais passadas e presentes.

O significado da cidadania na sociedade brasileira foi construído no decorrer do seu processo histórico e de formação do Estado, de forma a justificar e consolidar a hegemonia da classe política, seus interesses e o modo de produção capitalista. Neste sentido, durante muito tempo, a concepção dominante de cidadania esteve atrelada à concessão de benefícios pelo Estado à classe trabalhadora, a fim de manter o sistema vigente.

Ainda na década de 80, ao significado de cidadania esteve instituída a noção de benefício social, no qual os cidadãos eram vistos como seus meros receptores. Não era oportuno naquele momento para a classe dominante fomentá-la como um direito social nem em uma concepção de cidadania ativa em que a população participasse da construção e implementação de políticas públicas de saúde, mesmo por que colocaria em risco os privilégios e a hegemonia que essa usufruía.

No entanto, anos e anos de exclusão de acesso aos benefícios sociais, principalmente no setor da saúde, daqueles que não trabalhavam ou que não participavam de uma categoria profissional reconhecida, não tardariam em criar uma crise no próprio Estado. Este processo de inquietação social propiciou o surgimento da reforma sanitária, que veio a modificar o conceito de saúde e de cidadania para um modelo mais ampliado e de caráter universal, fruto de uma construção coletiva, fato que fomentou a Constituição de 1988, conhecida como Constituição Cidadã.

Desse modo, pensar sobre o conceito de cidadania enquanto construção social e

não apenas como direito à assistência, parece-nos importante, pois somente a efetivação da constituição cidadã de 1988 não garantiu à população brasileira o direito de participação popular.

Pontua-se que vários fatores podem estar relacionados a essa concepção, como a nossa tradição histórica de escravização moral, social e intelectual, que nos remete a uma alienação social, também inerente às relações de produção capitalista, como pensava Marx na sua reflexão sobre o modo de produção.

Este artigo busca fazer uma reflexão sobre a significação da cidadania da era Vargas até os dias atuais, por entender que, na época, se criaram as primeiras instituições públicas voltadas para a saúde e, pela primeira vez, o governo brasileiro oportunizou um espaço para a participação popular, instituindo o conceito de cidadania regulada. Assim, acredita-se que a análise do processo histórico de formação do Estado e da sociedade brasileira, na perspectiva de construção de uma cidadania mais ativa é um importante passo para consolidação da participação popular e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

Para a coleta de dados da pesquisa, utilizamos o acervo bibliotecário de duas Universidades Públicas de Salvador – BA e consulta na base de dados Bdenf, Lilacs e Medline, para levantamento de artigos, dissertações e teses que versassem sobre o assunto e que embasassem a fundamentação teórica e/ou analítica do tema em questão. Utilizamos para busca dos artigos os descritores: Cidadania, Participação Popular, Políticas de Saúde. Por conseguinte, emergiram, como derivados da pesquisa, inúmeros artigos de diversos periódicos indexados, porém, dos listados, selecionamos para o estudo os que apresentavam registros sobre os conceitos de cidadania, seu histórico e as contribuições para a formação do Estado e da sociedade brasileira, que estão aqui apresentados desde 1986 até 2007.

A FORMAÇÃO DE ESTADO E DA CIDADANIA BRASILEIRA

A idéia de sociedade civil obteve visibilidade a partir do século XVIII, representando a sociedade dos cidadãos, entendidos como aqueles que possuíam direitos e deveres. Com o passar do tempo, a concepção de cidadão foi ganhando cada vez mais complexidade, ampliando o conceito de cidadania nesse momento civil, político e, no século XX, social[1]. No início do século XX, a idéia de proteção sanitária foi incorporada como política do Estado, instituindo e, na segunda metade deste mesmo século, a idéia de Estado de Bem-Estar Social, no intuito de reforçar a lógica econômica, em virtude da evidente dependência entre as condições de saúde e de trabalho[2].

Da mesma forma, a cidadania na sociedade brasileira foi incorporada enquanto política social estatal como estratégia para compensar as desigualdades e tensões sociais, fruto do processo histórico de exploração econômica e social em que a sociedade brasileira esteve

submetida desde o processo de colonização. Assim, mantinham-se os processos de trabalho, acumulação de capital e hegemonia daqueles que compunham o cenário político.

O processo desordenado de ocupação do território brasileiro e de crescimento econômico culminou em péssimas condições de vida e de saúde à população trabalhadora, que pouco usufruiu dos benefícios do modo de produção capitalista. Nesse interim, manteve-se todo esse tempo uma grande parcela da população excluída de adequadas condições de vida, ocasionando surtos epidêmicos que comprometiam a estrutura política e econômica capitalista, criando uma instabilidade social.

Os surtos epidêmicos, como o da febre amarela na Capital da República, requisitou do Estado políticas de saúde que normalizassem e organizassem a distribuição dos serviços [3].

Os benefícios sociais, reconhecidos mais tarde como direito social à saúde pela Constituição de 1988, permaneceram, desde o período Vargas até a sua consolidação, restritos àquelas pessoas que trabalhavam em uma categoria profissional reconhecida pelo Estado, portanto, concebidos, naquele momento, como uma concessão à população e não como um direito a ser conquistado.

A classe hegemônica detentora do capital e do poder tem construído a sua concepção de cidadania, enquanto uma concessão do Estado, "um favor", e não como um direito a ser conquistado pela sociedade. Nesta concepção, procura-se manter a classe trabalhadora passiva e receptora de direitos agilizados espontaneamente pelos capitalistas e governantes[4].

Tal fato remete-nos à concepção marshalliana de cidadania, a qual se configura em uma perspectiva passiva da aquisição de direitos pelo Estado, uma vez que este considera a cidadania como um *status* outorgado pelo Estado a todos aqueles considerados membros plenos de uma comunidade, possuindo estes os mesmos direitos e deveres com os quais o status é dotado[5].

Entretanto, tendo em vista que a noção de "membros plenos de uma comunidade" é relativa e de critérios poucos definidos, ao defender a cidadania, como forma de inclusão em uma comunidade, o conceito adquire um caráter ativo, que demanda "espaço público", Estado-nação de participação política para "cidadãos ativos" em sua sociedade [6].

A cidadania, enquanto direito social, foi pensada mais tarde de forma a atender às necessidades humanas básicas, que garantisse a integridade da força de trabalho, configurando-se em direito à saúde, trabalho, educação, habitação, alimentação, salário[4]. No entanto, nem todos usufruem desses direitos da mesma forma, o "[...] grau de cidadania de uma população varia de acordo com sua capacidade de garantir maior ou menor qualidade na reprodução de sua força de trabalho"[7:32].

A concepção de cidadania brasileira foi construída no decorrer de três momentos políticos. No primeiro, época da cidadania regulada, entre 1945 e 1964, um período de controle

social do governo sobre a sociedade, correspondente à ditadura populista e nacionalista de Vargas. O segundo, que durou de 1964 a 1984, abrangeu o período militar, no qual a cidadania continuou com seu caráter regulado, mas com uma forte repressão à participação popular; e o terceiro, que se efetivou, a partir de 1988, com a democratização do País e a criação da Constituição Cidadã, para uma cidadania mais ativa.

A cidadania regulada é aquela definida por uma estratificação ocupacional, sustentada por normas legais e não por valores políticos. Assim, a aquisição de direitos e deveres pelos cidadãos e sua concessão pelo Estado estão subordinadas à regulamentação profissional de cada um, para aquelas pessoas da sociedade que ocupam um determinado local no processo produtivo, ou seja, os que não possuíam uma profissão reconhecida legalmente viviam à margem da sociedade e excluídos de seus direitos [8].

No Brasil, a cidadania regulada é de caráter parcial e foi concedida pelo governo Vargas, por meio de articulação entre a política de governo e o movimento sindical, caracterizada pela criação das primeiras instituições públicas de assistência médica, habitação e previdência. Trata-se de uma subordinação da saúde ao sistema de previdência social estatal, com a estratificação ocupacional disposta em categorias de incluídos e não-incluídos. Naquele momento, eram reconhecidos como cidadãos (os incluídos) aqueles de ocupação reconhecida em lei e que contribuíam para a previdência social, excluindo-se uma grande massa de trabalhadores autônomos, rurais e urbanos, cuja ocupação não fosse regulamentada [9].

Nessa época, criaram-se as primeiras instituições públicas direcionadas para as políticas sociais que iriam garantir condições dignas de qualidade de vida a alguns trabalhadores de forma a manter o seu potencial de trabalho. Até então, o direito à saúde deveria restringir-se apenas à assistência, pois somente esta era essencial para a manutenção das relações produtivas. A participação popular na era Vargas foi também representada pelos sindicatos, que não possuíam autonomia, pois o Estado fiscalizava suas atividades por meio de seus representantes, chamados de pelegos, infiltrados nos movimentos sindicais sem que estes soubessem.

Como afirma Vieira [1:10], a política social brasileira:

> [...] compôs-se e recompôs-se, conservando em sua execução o caráter fragmentário, setorial e emergencial, sempre sustentada pela imperiosa necessidade de dar legitimidade aos governos que buscam bases sociais para manter-se e aceitam seletivamente as reivindicações e até as pressões da sociedade.

O segundo momento político brasileiro inicia-se com o golpe militar e a instituição da ditadura, que permaneceu até 1984. O modelo econômico proporcionou um desenvolvimento

de internacionalização da economia apoiado no capital nacional, estado e capital multinacional. A política econômica, direcionada para a concentração de renda, não se preocupou em garantir condições dignas de saúde para a população[3].

Nesse período, a participação popular, representada pelos estudantes, intelectuais e profissionais, opositores do regime autoritário e da opressão sofrida pela população brasileira, foi fortemente reprimida. O modelo econômico estava baseado na lógica da viabilidade econômica e de baixo investimento em políticas de saúde, sendo estas verticalizadas e de baixo impacto, precarizando, ainda mais, as condições de vida da população.

Tais condições acarretaram uma crise social que levou ao fim da ditadura militar e à instalação do regime democrático, com a vitória de Tancredo Neves nas "diretas já", quando houve a tentativa de instaurar a cidadania plena, resultante de um processo histórico de lutas e conquistas travadas pelos diversos atores na arena social.

A superação da cidadania regulada foi um processo histórico de conquista, no qual importa especial atenção à maneira como a sociedade organiza, mobiliza e representa a noção de cidadania [9].

Junto com as grandes mudanças na vida da sociedade brasileira, nessa época, instala-se uma profunda crise financeira da Previdência Social, surgindo, a partir daí, a Reforma Sanitária. O movimento de Reforma Sanitária reuniu diversos setores da sociedade, que questionaram as condições de saúde da população brasileira, no intuito de constituí-la de caráter universal, descentralizada, representada pelo Sistema Único de Saúde[10]. Da mesma forma, dentro do contexto da reforma sanitária, a inclusão do direito à saúde de forma universal, garantida pela Constituição de 1988, foi uma importante conquista no processo de construção da cidadania brasileira[11].

Até então considerada como uma concessão do Estado, a partir de 1988, a saúde torna-se um direito de caráter universal, conquistado pela participação social por meio do movimento de reforma sanitária. Neste caso, a própria participação da sociedade redirecionou uma modificação na concepção de cidadania, ampliando seu conceito por instituição dos deveres e direitos do cidadão, incluindo nestes últimos um caráter mais ativo para a participação popular.

A participação popular foi institucionalizada no Brasil a partir da década de 80, devido às modificações da relação entre o Estado e a sociedade e da democratização política. E, no setor da saúde, representada pelo controle das ações do Estado pela sociedade, conforme os interesses da coletividade[12].

A participação dos usuários nas diversas instâncias políticas ligadas ao setor de Saúde, nos conselhos e conferências, confere um novo conceito de cidadania, não só restrito à assistência, mas também à participação no processo de construção das políticas públicas mais

adequadas às suas necessidades de acesso ao conhecimento das diversas especialidades de saúde e para fiscalização e propostas de novas ações. Torna-se, portanto, indispensável que a participação popular seja efetivada como um direito social no âmbito da saúde, pois, mesmo garantida pela constituição de 1988 e pela lei 8.142/90, ela não está sendo efetivada na prática.

Guizardi e Pinheiro[13:799] afirmam que:

> [...] a participação política e o controle social não dependem apenas de sua formulação legal, uma vez que somente podem materializar-se no conjunto das práticas sociais que constituem e atravessam o sistema de saúde. Com o SUS a saúde emerge como questão de cidadania e a participação política como condição de seu exercício [...]

De fato, a cidadania brasileira foi construída em momentos políticos nos quais não se considerava a participação popular na construção e seguimento de políticas públicas de saúde, pois promover a cidadania plena seria colocar em risco o papel regulador e fiscalizador do Estado e conceder à população um espaço de participação crítica e de reivindicação que contestaria o seu próprio poder.

Outro motivo que pode estar associado à tímida participação da população brasileira nas políticas públicas de saúde é o fato do setor de Saúde estar atrelada ao capital do Banco Mundial (BM) e do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e à Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), pois o discurso defendido por estas entidades é que os recursos sejam focalizados para atenuar as condições das parcelas mais empobrecidas da sociedade, colocando-a como parceira do Estado, em detrimento da sua função de controle social[14]. Assim, o modelo participativo de cidadania social, embora legalmente garantido, pode não ser exatamente aquele exercitado pelos movimentos sociais no Brasil, tendo em vista, entre outras questões, a vulnerabilidade, miserabilidade e desigualdade vivenciadas pela população[15].

O modelo econômico de baixo investimento em políticas sociais, focado somente na atenção básica de baixo custo e de baixa potência, vem inviabilizando a implementação dos ideais da reforma sanitária e do SUS, tal como a participação popular na implementação e construção de políticas públicas[16].

Observa-se, na prática, que a cidadania, enquanto direito à saúde, ainda se encontra vista pela população de forma restrita à assistência, centrada nos obstáculos de uma cultura política tradicional de comodismo e resistente à transformação, pois, na verdade, durante muito tempo da história brasileira essa foi construída e regulada pelo Estado, visando manter a população passiva. De outra forma, era possível também contribuir para a manutenção da hegemonia política e social da classe dominante.

Os usuários ainda possuem uma visão limitada da saúde, centrada no modelo biomédico, e tendem a esperar que seus problemas sejam resolvidos por outros indivíduos ou, simplesmente, não sabem a quem recorrer, desconhecendo sua função de agente transformador da realidade onde estão inseridos, por isto reconhecem como cidadania apenas o direito à assistência e como ter um bom relacionamento com os profissionais de saúde[17].

Faz-se necessário planejar a democratização das organizações da sociedade civil e das instituições de saúde, pois, na concepção original do processo reformista, não se considerava a saúde apenas na conotação de assistência aos indivíduos[18].

No início do século XXI, somente será legítimo organizar o Estado a partir do regime democrático, por meio da implantação de veículos diretos de participação popular no controle das ações e políticas estatais[19].

Assim, conjeturamos que a cidadania plena pode ser desfrutada pela sociedade por ações de participação social, gestão participativa, conselhos locais de saúde, associação de moradores, entre outros.

A participação social tem como condição a redistribuição do poder na sociedade, visando à contribuição do usuário no processo decisório sobre as políticas públicas de saúde, controle da administração pública, realização de parcerias efetivas entre frações do Estado e organização da sociedade civil, práticas de autogestão e intervenção direta nas ações públicas[18]. Da mesma forma, a participação popular direta é uma forma de redistribuir o poder e não ocorre sem que haja um conflito entra as classes sociais diretamente interessadas[20].

Já a gestão participativa é um conjunto de políticas construídas em parceria com a sociedade. Participativa porque possui como atores sociais os gestores, profissionais e usuários, proporcionando aos envolvidos o exercício do aprendizado, entendendo a responsabilidade como solidária e deve ser, primeiramente, assimilada, compreendida e internalizada. Gestão porque busca eficiência e eficácia com efetividade e construção coletiva[18].

Os conselhos de saúde são órgãos colegiados deliberativos e de caráter permanente em cada esfera de governo. Esses são compostos por usuários (50%), trabalhadores de saúde (25%) e prestadores de serviços públicos e privados da saúde (25%), e possuem por responsabilidade a criação e proposição de táticas e controle de políticas de saúde, inclusive em seus aspectos financeiros. Trata-se da participação da sociedade organizada fiscalizando as ações do governo, atuando na formulação e controle das políticas de saúde, e procurando assegurar o controle social [21].

No entanto, ainda hoje as práticas instituídas dentro das instituições pelos profissionais de saúde estimulam o voluntarismo, a espontaneidade e a aleatoriedade das atividades participativas, retardando o avanço nessas questões[22].

É necessário garantir à população, em nosso cotidiano, a sensibilização para a construção das políticas de saúde, para que a cidadania deixe de ser vista pelos usuários apenas como acesso aos serviços de saúde, mas como participação da população na gestão, consolidação, controle e regulação das políticas públicas brasileiras.

Isso pode ser feito por socialização do saber da saúde, acesso dos usuários à dinâmica e rotina dos serviços de saúde, criando-se, paralelamente, políticas de sustentabilidade e desenvolvimento em nível local para amenizar o sofrimento social ao qual a maioria está submetida, possibilitando o empoderamento, a reivindicação e a construção social.

Para tanto, cabe também aos profissionais de saúde colocar seus conhecimentos em benefício dos usuários, articulando diferentes posições políticas e sociais, transformando-as em ações pertinentes do serviço público de saúde, e permitindo a manifestação do controle social [23].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pouco adianta os referenciais teóricos e as tentativas de garantir um espaço de construção política e social, quando existem impasses para efetivação da cidadania plena, pelos valores e saberes da população que ainda estão enraizados em momentos históricos anteriores, caracterizados pela passividade, conformismo, alienação e baixo nível de instrução ou, ainda, pela fragilidade nas instituições de saúde em pactuar o controle social junto à população.

Trabalhar com a sensibilização popular para participação e empoderamento social constitui tarefa árdua e difícil, que demanda um tempo incalculável, provavelmente, tão longo quanto o próprio processo histórico em que a concepção de cidadania de "assistência" foi estabelecendo e enraizando seu próprio significado.

Faz-se necessário abrir uma discussão de que formato de cidadania será requerido, pleiteado e adotado, visto, de um lado, estão os teóricos, que defendem a visão de controle social e, do outro, a sociedade, com seus próprios conceitos e valorizações sobre cidadania, garantindo, desta forma, que não haja uma imposição da cidadania desgarrada da realidade, do contexto ou das prioridades da população, mas como produto de uma construção coletiva para sua efetivação.

Assim, não devemos eximir-nos da responsabilidade de fomentar o controle social e a efetivação da cidadania plena em âmbito prático e teórico, com todos os setores envolvidos, na conquista e fortalecimento do poder de decisão coletivo.

De outra forma, em virtude do processo de significação e percepção da cidadania ser modificado ao longo dos tempos, em decorrência do próprio processo de transformação social, das relações e organizações da própria sociedade e do Estado, não pretendemos encerrar

esta discussão. A reflexão aqui apresentada é mais um passo para o entendimento da sua construção e de como esta está sendo efetivada na prática.

REFERÊNCIAS

1. Vieira E. A política e as Bases do Direito Educacional. Cadernos Cedes, Ano XXI, n° 55, 2001. Extraído de: [http://www.scielo.br.], acesso em [23 de março 2007].

2. Dallari SG. A participação popular na Vigilância Sanitária para a garantia do direito a Saúde. Saúde em Debate 2003; 27(65):364-75.

3. Paim JS. Políticas de Saúde no Brasil. In: Rouquayrol MZ, Filho NA. Epidemiologia & Saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003. p.587-603.

4. Covre MLM. O que é cidadania. São Paulo: Brasiliense; 1991.

5. Brasil MS. Secretaria de Assistência à Saúde. Inovação gerencial em Serviços Públicos de Saúde e cidadania. Elaborado por: Vera Lúcia Peixoto Santos Mendes. Brasília, DF; 2002. 80p. Extraido de: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inovacao_gerencial.pdf], acesso em [22 de outubro de 2007].

6. Mendes VLP. Inovação gerencial da administração pública, cidadania e direito dos brasileiros. VLP MENDES - Revista Organizações & Sociedade, 2001. Extraido de [www. revistaoes.ufba.br], acesso em [22 de outubro de 2007].

7. Valla VV. Educação, Saúde e cidadania: investigação científica e assessoria popular. Cad. Saúde Publica 1992; 8(1):30-40.

8. Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). A formulação das Políticas Sociais. In: Gestão de saúde: Censo para aperfeiçoamento de dirigentes municipais de Saúde. Brasília: Unb; 1998.

9. Goulart FAA. Social representations, political action and citizenship. Cad. Saúde Pública 1993; 9(4):477-86.

10. Melo ECP, Cunha FTS, Tonini T. Políticas de Saúde Pública. In: Fiqueiredo NMA, organizador. Práticas de Enfermagem: ensinando cuidar da Saúde Pública. 4ª ed. São Paulo: Difusão; 2003; p.47-72.

11. Costa AM, Noronha JC. Controle social na Saúde: construindo a Gestão Participativa. Saúde em Debate 2003; 27(65):358-63.

12. Correia MVC. Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000.

13. Guizardi FL, Pinheiro R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. Ciência e Saúde Coletiva 2006; 11(3):797-805.

14. Nogueira VMR, Pires DEP. Direito à saúde: um convite à reflexão. Cad. Saúde Pública 2004; 20(3):753-60.

15. Peirano M. Sem lenço, sem documento — Reflexões sobre a cidadania no Brasil. Sociedade & Estado. 1986; 1:49-64.

16. Santos NR. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. Ciência e Saúde Coletiva 2007; 12(2):429-35.

17. Bosi MLM, Affonso KC. Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra os usuários da Rede Pública de Serviços. Cad. Saúde Pública 1998; 14(2):1-10.

18. Misoczky MC. Gestão Participativa em Saúde: Potencialidades e desafios para o aprofundamento da democracia. Saúde em Debate 2003; 27(65):336-47.

19. Dallari SG. A justiça, o direito e os bancos de dados epidemiológicos. Ciênc. Saúde Coletiva 2007; 12 (3): 633-41. Extraido de [http://www.scielo.br], acesso em [23 de julho de 2007].

20. Stotz E. Saúde e participação popular em questão: o Programa Saúde da Família. Revista Interface 2006; 10(20): 537-39. Extraido de [http://www.interface.org.br], acesso em [25 de junho de 2007].

21. Brasil, Ministério da Saúde. Resolução n° 333, de 4 de novembro de 2003. Brasília: DF, 2003. Extraido de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/resolucao_333.pdf] acesso em [23 de julho 2007].

22. Jacobi PR. Políticas sociais locais e os desafios da participação citadina. Ciência & Saúde Coletiva 2002; 7(3):443-54.

23. Dornelles S, Locks MT. Controle social: de quem? Para o quê? Saúde em Debate 2003; 27(65):348-57.

Recebido em 09.08.2007 Aprovado em 31.10.2007

ARTIGO ORIGINAL

ESTUDO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DE IDOSOS EM TRATAMENTO NO SETOR DE NEUROGERIATRIA DA CLÍNICA ESCOLA DE FISIOTERAPIA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA

Luciana Araújo dos Reis[a]

Cláudio Henrique Meira Mascarenhas[a]

Ariadne Novais da Costa[b]

Rosângela Souza Lessa[b]

Resumo

O processo de envelhecimento populacional, geralmente, está relacionado ao aparecimento de doenças não-transmissíveis, como as cardiovasculares, neurológicas e reumatológicas. Nesta perspectiva, este estudo teve por objetivo conhecer as condições de saúde de idosos em tratamento fisioterapêutico no setor de Neurogeriatria da Clínica Escola de Fisioterapia (CEF), da UESB. Trata-se de um estudo de caráter descritivo, com delineamento transversal e abordagem retrospectiva de agosto de 2005 a agosto de 2006. Os dados foram obtidos por meio de informações armazenadas nos prontuários dos pacientes atendidos na CEF naquele período. A população foi composta por 120 idosos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos, sendo 56,7% do sexo feminino e 43,3% do masculino. A dor neuromuscular foi a principal queixa de saúde encontrada, acometendo 55% dos idosos. De modo geral, os idosos apresentam múltiplos problemas de saúde, destacando os cardíacos (36,66%), visuais (35,83%), ocorrência de quedas (28,33%), vasculares (22,50%) e os neurológicos (22,50%). Diante dos resultados, diversos fatores interferem nas condições de saúde dos idosos, podendo acarretar prejuízos na capacidade funcional, perda da autonomia/independência, comprometendo, assim, a qualidade de vida dessa população.

Palavras-chave: Idoso. Condições de saúde. Qualidade de vida.

---

[a] *Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). (Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB), Departamento de Saúde - DS*

Endereço para correspondência: *lucianareis@Uesb.Br. Rua Magno Senhorinho, 265, Jequiezinho. CEP: 45206-170 - Jequié/BA.*

[b] *DS, Discente do Curso de Fisioterapia da UESB.*

STUDY OF THE HEALTH CONDITIONS OF THE ELDERLY BEING TREATED IN THE NEURO GERIATRIC SECTOR AT THE CLINICAL SCHOOL OF PHYSIOTHERAPY OF SOUTHWESTERN STATE UNIVERSITY OF BAHIA

Abstract

The population's aging process is generally related to the appearance of noncommunicable diseases such as cardiovascular, neurological and rheumatic ones. From this perspective, the objective of this study was to learn about the health conditions in the elderly undergoing physical therapeutic treatment of a neuro-geriatric nature at the Physical Therapy Clinic School (CEF) of UESB. This study is of a descriptive character with a transversal organization and retrospective approach from August 2005 to August 2006. The data were obtained through information contained in the reports of patients who were seen at the CEF within this period. The subjects were comprised of 120 elderly from both sexes, aged 60 or older, and where 56.7% were female and 43.3% male. Neuromuscular pain was the main health complaint, affecting 55% of them. In a general sense, the elderly presented multiple health problems, especially cardiac (36.66%), visual (35.83%), falls (28.33%), vascular (22.50%) and neurological (22.50%). According to the results, several factors interfere in the elderly's health conditions, which may damage functional capacity or cause the loss of autonomy/independence, thus compromising the population's quality of life.

Keywords: Elderly. Health conditions. Quality of life.

INTRODUÇÃO

A compreensão da velhice e as alterações decorrentes do avanço da idade tiveram início com as civilizações mais antigas e perduram até hoje. Atualmente, os dados epidemiológicos demonstram um grande crescimento da população idosa, como conseqüência da redução na taxa de mortalidade e declínio da fecundidade. Essas transições afetam diretamente, e de forma significativa, a estrutura etária da população e, conseqüentemente, intensificam os problemas de uma determinada sociedade[1].

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial. A Organização Mundial de Saúde (OMS) prevê que, em 2025, existirá 1,2 bilhão de indivíduos com mais de 60 anos, sendo que o grupo etário de maior crescimento é formado por pessoas com idade igual ou superior a 80 anos. De acordo com estudos, no Brasil, o número de idosos com mais de 60 anos passou de 3 milhões, em 1960, para 7 milhões, em 1975, e 14 milhões, em 2002, e estima-se que, em 2020, alcançará a casa de 32 milhões[2,3] . Com o envelhecimento populacional, aliado às mudanças do perfil de saúde dos idosos, em vez de doenças infecciosas e parasitárias, que se

resolviam rapidamente por cura ou óbito, tornaram-se predominantes as doenças crônicas degenerativas e suas complicações[4].

O processo do envelhecimento também está relacionado ao aparecimento de determinadas doenças (cardiovasculares, diabetes, asma, reumatismo, acidente vascular encefálico, perdas cognitivas, insônia e depressão), embora poucos estudos comprovem o surgimento dos fatores de risco após os 65 anos, sendo que o principal é a própria idade. Nesta fase, alterações orgânicas somadas às debilidades favorecem o aparecimento dessas doenças. Além disto, há outros fatores de risco, como sedentarismo, tabagismo, alcoolismo e hábitos alimentares associados ao aparecimento de patologias nessa faixa etária[1, 4,5].

Tais doenças influenciam diretamente na autonomia e independência dos idosos e, conseqüentemente, na qualidade de vida, uma vez que geram incapacidades, levando à dependência funcional. Assim, pode-se definir incapacidade funcional como a dificuldade que o indivíduo possui de desempenhar certas atividades da vida cotidiana ou, mesmo, pela impossibilidade de executá-las[6]. Portanto, preservar a capacidade funcional é de extrema importância para a manutenção da saúde em indivíduos na terceira idade, proporcionando um envelhecimento saudável[7].

De acordo com os autores mencionados neste estudo, a população idosa está em constante crescimento, sendo que as doenças que os acometem são influenciadas por diversos fatores. Deste modo, com o intuito de traçar uma melhor terapêutica e, conseqüentemente, proporcionar qualidade de vida aos idosos atendidos na Clínica Escola de Fisioterapia (CEF) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), é relevante para os acadêmicos e profissionais de Saúde conhecer as reais condições de saúde da população em estudo. Nesta perspectiva, este estudo tem como objetivo identificar as condições de saúde de idosos em tratamento fisioterapêutico no setor de neurogeriatria da CEF, da UESB.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caráter descritivo com delineamento transversal e abordagem retrospectiva de agosto de 2005 a agosto de 2006. A amostra foi composta por todos os idosos atendidos na Clínica Escola de Fisioterapia (CEF), perfazendo um total de 120, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos. A coleta foi iniciada após o parecer favorável do Comitê de Ética da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, atendendo aos aspectos éticos constantes da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

O local de estudo foi o setor de Neurogeriatria da CEF, da UESB, na cidade de Jequié - BA. Para a coleta dos dados, foi utilizado um questionário adaptado para o interesse do

estudo, dividido em três partes: a primeira contendo dados sociodemográficos; a segunda, informações sobre as condições de saúde; e a terceira, a escala de Katz, para avaliar a capacidade funcional dos indivíduos deste estudo.

Os dados foram obtidos por meio de informações armazenadas nos prontuários dos pacientes atendidos na CEF, da UESB, no período proposto. A partir dessa abordagem, pôde-se verificar as condições de saúde desses idosos. As informações colhidas foram organizadas e tabuladas em um banco de dados do Microsoft Excel por um tratamento estatístico descritivo.

RESULTADOS

A partir da análise dos prontuários, pode-se observar que 56,70% dos idosos correspondem ao sexo feminino e 43,3% ao masculino. Em relação à faixa etária, 55% encontram-se no intervalo de 60 a 69 anos, 29,17% entre 70 e 79 anos e 15,83% em idade igual ou superior a 80 anos **(Tabela 1)**.

Tabela 1. Distribuição dos idosos de acordo com as variáveis sociodemográficas. Jequié/BA, 2007.

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	52	43,30
Feminino	68	57,70
Idade		
60 - 69 Anos	66	55%
70 - 79 Anos	35	29,17%
= 80 Anos	19	15,83%
Estado Civil		
Casado	68	56,67%
Solteiro	15	12,50%
Viúvo	26	21,67%
Divorciado	5	4,16%
Não cita	6	5%
Profissão		
Aposentado	42	35%
Do Lar	24	20%
Não cita	18	15%
Outras (agricultor, comerciante, motorista e costureira)	36	30%

Quanto à ocupação dos indivíduos deste estudo, foi observado que 35% eram aposentados, 20% do lar, 30% exerciam outras atividades (agricultor, comerciante, motorista e costureira) e 15% não especificaram a profissão. Em relação ao estado civil, 56,67% eram casados; 12,50% solteiros; 21,67% viúvos; 4,16% divorciados e 5% não citaram **(Tabela 1)**.

De acordo com a **Tabela 2**, a principal queixa de saúde encontrada foi a presença de dor neuromuscular, correspondendo a 55% dos idosos, seguida pela diminuição da amplitude de movimento (11,43%), dificuldade na marcha (7,14%), fraqueza muscular (7,17%), seqüela de acidente vascular encefálico (7,14%), dormência (4,28%) e outras (7,85%).

Tabela 2. Distribuição dos idosos conforme as principais queixas de saúde. Jequié/BA, 2007.

Queixa principal	n	%
Dor	77	55
Diminuição da ADM [1]	16	11,43
Dificuldade na marcha	10	7,14
Fraqueza muscular	10	7,14
Seqüelas de AVE [2]	10	7,14
Demência	6	4,28
Outros	11	7,85

1.Amplitude de Movimento
2.Acidente Vascular Encefálico

Os fatores de risco encontrados entre os idosos foram: sedentarismo, etilismo e tabagismo, sendo que 89,2% são sedentários, 23,3% etilistas e 22,5% tabagistas **(Tabela 3)**.

Tabela 3. Distribuição dos idosos quanto aos fatores de risco. Jequié/BA, 2007.

	Tabagismo		Etilismo		Sedentarismo	
	n	%	n	%	n	%
Presença do fator	27	22,5	28	23,3	107	89,2
Ausência do fator	93	77,5	92	76,7	13	10,8

De um modo geral, os idosos apresentam múltiplos problemas de saúde, destacando cardíacos (36,66%), visuais (35,83%), ocorrência de quedas (28,33%), vasculares (22,50%) e neurológicos (22,50%) **(Tabela 4)**.

Para avaliar as Atividades da Vida Diária (AVD) foi utilizada a escala de Katz, com o intuito de identificar o nível de independência e autonomia dos idosos. De acordo com a **Tabela 5**, pôde-se inferir que uma parcela significativa dos idosos é independente na realização das AVD. As atividades que obtiveram maior grau de comprometimento foram pentear os cabelos (29,8%), alimentar-se (29,2%), tomar banho (28,4%), dirigir (28,4%), vestir-se (27,5%) e escovar os dentes (26,7%).

Tabela 4. Distribuição dos principais problemas de saúde encontrados nos idosos. Jequié/BA, 2007.

Problemas de saúde	n	%
Cardíacos	44	36,66
Visuais	43	35,83
Quedas	34	28,33
Vasculares	27	22,5
Neurológicos	27	22,5
Reumatológicos	19	15,83
Gastrintestinais	18	15
Geniturinário	20	16,66
Respiratórios	13	10,83
Dermatológicos	12	10
Metabólicos	10	8,33
Psiquiátricos	6	5
Psicológicos	5	4,16
Endócrinos	6	5
Outros	18	15

Tabela 5. Classificação dos idosos quanto à capacidade funcional por meio do índice de Katz. Jequié/BA, 2007.

Atividades Cotidianas	Totalmente Independente		Parcialmente Independente		Dependente	
	n	%	n	%	n	%
Tomar Banho	64	53,3	22	18,3	34	28,4
Escovar Dentes	68	56,6	20	16,7	32	26,7
Pentear os Cabelos	67	55,8	20	16,7	33	27,5
Barbear-se	25	48,1	10	19,2	17	32,7
Pintar os Lábios	40	58,82	16	23,53	12	17,65
Vestir-se	67	55,8	20	16,7	33	27,5
Calçar Sapatos	70	58,3	20	16,7	30	25
Alimentação	66	55	19	15,8	35	29,2
Dirigir	66	55	20	16,6	34	28,4

DISCUSSÃO

Com o envelhecimento populacional, o maior desafio do século XXI será cuidar de uma população de mais de 32 milhões de idosos, a maioria com nível socioeconômico baixo e uma alta prevalência de doenças crônicas e incapacitantes. Estes fatores irão influenciar de forma significativa na qualidade de vida dos indivíduos na terceira idade[5].

Diante dos resultados evidenciados neste estudo, a porcentagem de mulheres foi superior a dos homens. Este fato pode estar relacionado à maior longevidade delas em relação aos

homens, que tem sido atribuída à menor exposição a determinados fatores de risco encontrados no trabalho, menor prevalência de tabagismo e uso de álcool, diferenças quanto à atitude em relação às doenças e incapacidades, e maior cobertura da assistência gineco-obstétrica [5,7].

A população constitui-se, basicamente, de idosos pertencentes à faixa etária mais baixa, na qual 55% apresentavam idade entre 60 e 69 anos, 29,17% possuíam idade entre 70 e 79 anos, e apenas 15,83% encontravam-se com idade igual ou superior a 80 anos. Tal fato caracteriza um processo contínuo de transição demográfica em que o Brasil se encontra (envelhecimento populacional), resultado de taxas de crescimento mais elevadas, dada à alta fecundidade prevalecente no passado, comparativamente à atual, e à redução da mortalidade, que vem ocorrendo de forma rápida[5].

Estudos têm demonstrado que as pessoas que trabalham possuem melhores condições de saúde do que a população em geral, destacando-se entre esses indivíduos a preservação da capacidade funcional, o que é fundamental para que o idoso tenha uma vida ativa nas idades mais avançadas[6]. Neste estudo, confirmou-se que 35% da amostra era composta por aposentados, 30% possuíam outras atividades (agricultor, comerciante, motorista e costureira), 20% eram do lar e 15% não citaram a ocupação. Estes dados evidenciam que uma parcela significativa da população idosa exerce atividades profissionais, o que justifica o alto índice de idosos classificados como independentes quanto à realização das atividades cotidianas.

Numa pesquisa realizada com idosos por Lacerda, em Goiânia, a maior parte dos participantes era casada, seguidos por viúvos, solteiros e divorciados. Nos pacientes geriátricos da CEF, a maioria também era casada, 56,7%, enquanto 38,3% estavam sem companheiro, havia 21,6% viúvos, 12,5% solteiros e 4,2% divorciados.

Estudos evidenciam que a dor é um fator limitante entre idosos, tornando-se um sério problema de saúde pública e que necessita de uma maior atenção dos profissionais de saúde para minimizar a morbidade e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida dessa população[9]. As queixas álgicas de origem neuromuscular, neste estudo, correspondem a 55% de todas as queixas de saúde dos idosos.

Com o aumento da expectativa de vida da população, ocorreu uma mudança no perfil de morbimortalidade em decorrência das doenças não-transmissíveis que acometem significativamente os indivíduos na terceira idade. As doenças cardíacas (36,66%), os déficits visuais (35,83%), quedas (28,33%), doenças vasculares (22,5%) e distúrbios neurológicos (22,5%) foram os problemas de saúde mais citados neste estudo, confirmando, assim, a alta prevalência das patologias citadas anteriormente[4].

A alta porcentagem de doenças cardíacas e de outros problemas de saúde pode ter relação com o elevado índice de sedentarismo (89,2%) evidente neste estudo. Deste modo, esses

dados possuem correlação com a pesquisa sobre Doença Cardíaca e Comorbidades, a qual relata que o sedentarismo é um dos fatores que levam às doenças crônico-degenerativas em idosos. Outros fatores encontrados neste estudo foi o etilismo (23,3%) e o tabagismo (22,5%), que, apesar da baixa percentagem, também possui influência no surgimento dessas patologias[10].

O alto índice de quedas referidas na amostra teve correlação com estudos realizados sobre causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público, quando afirma que a queda é responsável por 70% da mortalidade em idosos com idade igual ou superior a 75 anos[11].

Além das doenças crônicas, a idade, associada às limitações físicas, *déficit* cognitivo, declínio sensorial, depressão, quedas e isolamento social, é fator que contribui para a redução da capacidade funcional[12]. Desta forma, avaliar a capacidade funcional em idosos é de fundamental importância, uma vez que a autonomia e a independência são componentes essenciais para uma velhice bem-sucedida[5].

Na avaliação da capacidade funcional, constatou-se que parte dos idosos apresentava dependência nas atividades como pentear os cabelos, alimentar-se, tomar banho, dirigir, vestir-se e escovar os dentes. Sendo assim, ressalta-se que a redução da capacidade funcional predispõe os idosos à dependência, fragilidade, institucionalização, a um maior risco de quedas, morte e problemas de mobilidade, causando complicações com o tempo e gerando cuidados de longa permanência e de alto custo[12].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados expostos neste estudo, evidenciou-se que diversos fatores interferem nas condições de saúde dos idosos atendidos na Clínica Escola de Fisioterapia da UESB, o que pode acarretar prejuízos na capacidade funcional, perda da autonomia e independência. Nesta perspectiva, torna-se necessária a aplicação de medidas intervencionistas, que atuem na promoção, prevenção e reabilitação da saúde, melhorando, assim, a qualidade de vida desses indivíduos e, conseqüentemente, reduzindo os custos da saúde pública com doenças crônico-degenerativas.

Sabemos que a dimensão psicológica, o isolamento social e as perdas são fatores importantes na condição de saúde e qualidade de vida do idoso, porém, por estes dados não estarem disponíveis nos prontuários desses pacientes, não houve referência a esses aspectos no presente estudo.

REFERÊNCIAS

1. Freitas MC, Maruyama SAT, Ferreira TF, Motta AMA. Perspectivas das pesquisas em gerontologia e geriatria: revisão da literatura. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2002; 10 (2): 10-7.

2. Sousa L, Galante H, Figueredo D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. Rev. Saúde Pública 2002; 37(3): 22-7.

3. Lima-Costa MF, Veras R. Saúde pública e envelhecimento. Cad. Saúde Pública 2007; 19(3): 15-21.

4. Chaimowicz FA. Saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. Rev. Saúde Pública 1997; 31 (2): 29-34.

5. Ramos LR. Determinant factors for healthy aging among senior citizens in a large city: the Epidoso Project in São Paulo. Cad. Saúde Pública 2003; 19(3): 8-14.

6. Rosa TE, Benício MHA, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. Rev. Saúde Pública 2007; 37 (1): 24-31.

7. Coelho Filho JM, Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. Rev. Saúde Pública 2007; 33(5): 35-41.

8. Giatti L, Barreto SM. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. Cad. Saúde Pública 2007; 19 (3): 16-23.

9. Andrade FA, Pereira LV, Sousa FAEF. Mensuração da dor no idoso: uma revisão. Rev. Latino-am Enfermagem 2007; 14 (2): 37-45.

10. Zaslavsky C, Gus I. Idoso. Doença Cardíaca e Comorbidades. Arq. Bras. Cardiol, 2007; 79 (6): 13-21.

11. Fabrício SCC, Rodrigues RAP, Costa Júnior ML. Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. Rev. Saúde Pública 2004; 38(1): 27-32.

12. Franciulli SE, Ricci NA, Lemos ND, Cordeiro RC, Gazzola JM. A modalidade de assistência Centro-Dia Geriátrico: efeitos funcionais em seis meses de acompanhamento multiprofissional. Ciênc. Saúde Coletiva 2007; 12(2): 23-30.

Recebido em 27.08.2007 Aprovado em 28.10.2007

Revista Baiana
de Saúde Pública

COMUNICAÇÃO

IMUNIZAÇÃO CONTRA HEPATITE B EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO AMBIENTE ESCOLAR

Laís Haase Lanziotti[a]

Ana Paula Linhares da Silva[b]

Resumo

Este trabalho trata de uma atividade de imunização contra Hepatite B realizada em crianças e adolescentes de duas escolas públicas pertencentes à área de atuação da UBS/IAPI, na cidade de Porto Alegre/RS. Esta ação foi proposta levando-se em consideração o número alarmante de casos dessa patologia, sendo um sério problema de saúde pública no mundo. Na atividade, evidenciou-se a imunização de adolescentes, uma vez que estes se encontram em uma fase peculiar do ciclo vital, estando constantemente expostos a situações de risco. O total de alunos nas duas escolas é de 1.358. Destes, 420 iniciaram ou continuaram o esquema vacinal contra a Hepatite B. O número de alunos que já estavam com o esquema vacinal completo foi de 459. Ainda, 479 alunos apresentaram situação vacinal desconhecida. Por meio dos resultados obtidos, percebeu-se que, na adolescência, as preocupações estão voltadas para áreas específicas, sendo que a prevenção com a saúde fica esquecida. Pouco se houve falar em programas de prevenção à saúde voltados especificamente aos adolescentes e trabalhar essas questões com os jovens é extremamente relevante, porque grande parte dos problemas de saúde e patologias mais comuns nessa população estão, de algum modo, ligados ao comportamento de risco. Para isto, devem ser criados programas de atenção à saúde dos adolescentes que atuem, preferencialmente, em locais de concentração dessa faixa etária, sendo a escola um local propício para essa prática.

Palavras-chave: Imunização. Hepatite B. Adolescentes. Escola.

HEPATITIS B IMMUNIZATION IN CHILDREN AND ADOLESCENTS AT SCHOOL

Abstract

This study is about a Hepatitis B immunization activity for children and adolescents in two public schools in the IAPI Basic Health Station (UBS/IAPI) area in Porto Alegre/RS. The

[a] *Enfermeira Pós-graduada em Enfermagem do Trabalho da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre.*
Endereço para correspondência: *Rua Ten. Cel. Fabrício Pilar, 500. CEP 90450-040.*
Porto Alegre - RS. E-mail: laislanziotti@terra.com.br
[b] *Acadêmica do Curso de Graduação de Enfermagem pelo Centro Universitário Feevale – Novo Hamburgo/RS.*

proposed activity took into account the alarming number of cases of this pathology, which is a serious health problem around the world. During the activity, adolescent immunization was stressed, since they find themselves in a very particular phase of their vital cycle and are constantly exposed to risk situations. The total number of students in the two schools was 1358. Of these, 420 had started or were continuing the Hepatitis B vaccination program. The number of students who had already completed their program was 459. Another 479 students presented unknown vaccination status. The results obtained indicated that during their adolescence teens worry about specific areas, but forget about health prevention. Little is heard of prevention programs targeted specifically to teenagers. Nevertheless, to work these questions with the youth is extremely relevant, because many of the most common pathologies in this age group are somehow linked to risk behavior. In order to do so, adolescent healthcare programs must be created and act preferentially in areas where this age group is concentrated, and the school is a suitable place for this practice.

Keywords: Immunization. Hepatitis B. Adolescents. School.

INTRODUÇÃO

A Hepatite B é a inflamação do fígado causada pelos vírus da Hepatite B (HBV), descoberto em 1965, pertencente à família *Hepadnaviridae*. Semelhante à AIDS, é transmitido por contato com sangue e fluidos corpóreos (saliva, leite e sêmen) de uma pessoa infectada ou da mãe para o filho, constituindo a transmissão vertical. Seu período de incubação varia de 30 a 180 dias, com média de 60 a 90 dias. É transmissível de duas a três semanas antes do início dos sintomas e enquanto o indivíduo for portador do vírus[1].

Essa patologia é mais contagiosa do que a AIDS, podendo, em alguns casos, levar ao óbito imediato. Supera o álcool como causador de cirrose hepática e hepatite crônica, sendo responsável por 80% dos casos de câncer hepático e só perde em patogenicidade para o fumo[2].

No Brasil, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) recomenda, atualmente, a vacinação universal das crianças contra a Hepatite B e, inclusive, a primeira dose pode ser aplicada na unidade neonatal. São administradas três doses dessa vacina por via intramuscular que induzem proteção a 90% dos receptores adultos e 95% dos lactentes, crianças e adolescentes até 19 anos de idade. O PNI recomenda realizar a segunda dose da vacina 30 dias após a primeira dose e a terceira cinco meses após a segunda dose[3].

A infecção pelo vírus da Hepatite B é um dos mais sérios problemas de saúde pública no mundo. Estima-se a existência de mais de 350 milhões de portadores crônicos do vírus da Hepatite B. No Brasil, a alta incidência da patologia está concentrada na Região

Amazônica. A Região Sul é considerada de baixa endemicidade e o restante do território brasileiro encontra-se na faixa intermediária de endemicidade[4].

A partir desses dados, aliados à motivação em alcançar a população em idade escolar e alertá-la sobre esse problema de saúde pública, foi planejada a imunização contra Hepatite B em crianças e adolescentes de escolas públicas pertencentes à área de atuação da UBS/IAPI, localizada na cidade de Porto Alegre-RS. Aproveitou-se a ocasião para administrar o reforço da vacina contra Tétano (dT) nos alunos que estavam pendentes com a mesma. Nesta ação, evidenciou-se a imunização dos adolescentes, pois estes encontram-se em uma fase peculiar do ciclo vital.

A adolescência é um período de transição entre a infância e a vida adulta, caracterizado pela rápida maturação física, cognitiva, social e emocional. Os limites exatos da adolescência são difíceis de demarcar, porém esta fase é comumente vista iniciando com o aparecimento gradativo dos caracteres sexuais secundários, em torno de 11 ou 12 anos, e terminando com a cessação do crescimento corporal, entre 18 e 20 anos. Nesta etapa, o indivíduo, por apresentar mudanças comportamentais, encontra-se vulnerável a situações arriscadas como acidentes de carro, violência, uso de drogas, DST/AIDS, gravidez precoce, uso de *piercing* e tatuagens, entre outros[5].

Houve, também, a preocupação em utilizar imunobiológicos que estavam por vencer e se não-utilizados seriam desprezados.

MATERIAL E MÉTODOS

Tipo de Estudo

O presente estudo é de cunho quantitativo e descritivo. A metodologia quantitativa preocupa-se em proporcionar as respostas mais exatas, imparciais e interpretáveis possíveis para a questão de pesquisa e, assim, propiciar resultados replicáveis[6].

O estudo descritivo, por sua vez, tem com principal objetivo descrever características de determinada população ou fenômeno ou, então, estabelecer relações entre variáveis[7].

Campo de Pesquisa

A pesquisa desenvolveu-se em uma escola de ensino fundamental e uma de ensino médio, ambas pertencentes à área de atuação da UBS. Temos como objetivo dar continuidade à ação em tempo futuro, atendendo outras escolas da rede pública e privada.

Caracterização das Escolas

Escola 1 – Trata-se de uma Instituição Estadual de Ensino Fundamental inaugurada em 1939. Existem 489 alunos matriculados e 60 docentes. Situa-se em um prédio de alvenaria com dois andares, sendo as instalações organizadas e com boa higiene.

Escola 2 – Instituição Estadual de Ensino Médio, inaugurada em 1947. Tem um total de 869 alunos matriculados no diurno e o corpo docente conta com 79 professores. Localiza-se em um prédio de alvenaria, com dois andares, estando as instalações depredadas e com péssima higienização.

Recursos Humanos

Participaram dessa ação em saúde uma enfermeira, duas auxiliares de enfermagem e acadêmicos do curso de Enfermagem, provenientes de duas instituições de ensino que têm parceria com a UBS. Essa equipe ficou responsável pela divulgação da atividade e vacinação dos alunos.

Cuidados Éticos

O estudo buscou respeitar os preceitos da ética e, para isto, foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre, no dia 17/07/2007, sob processo número 001.022979.07.7. Assim, este estudo preenche os requisitos fundamentais das Resoluções CNS 196/96, 251/97 e 292/99.

Organização da Pesquisa

A organização ocorreu em oito etapas:

1º) contato com a direção das escolas, explicação dos objetivos da atividade e solicitação para a realização da ação;

2º) requerimento de uma listagem de todos alunos matriculados na instituição nos turnos da manhã e tarde;

3º) com essa listagem, passou-se a conferir, em fichas arquivadas na UBS, quais alunos já tinham comparecido ao serviço e estavam com a situação vacinal completa, incompleta ou não-realizada;

4º) comparecimento às escolas, com explicação da atividade e aspectos relevantes sobre a doença em cada turma. Foi esclarecido aos alunos que a atividade seria realizada em duas etapas, com intervalo de 30 dias, para que fosse possível administrar a 1ª e 2ª doses da vacina contra a Hepatite B, sendo que a 3ª dose deveria ser administrada em uma UBS. Na ocasião, também, foram distribuídas autorizações aos menores de 18 anos, que deveriam ser assinadas por um responsável e foi solicitado que os alunos levassem o cartão de vacinas no dia marcado para a ação;

5º) a 1ª etapa da ação foi executada em dois dias seguidos nos turnos da manhã e tarde em cada escola. Realizou-se o cadastro de todos os alunos, que receberam um cartão de vacinas, caso não tivessem um anterior;

6º) antes do comparecimento às escolas para a realização da 2ª etapa, os alunos foram lembrados da vacinação e, também, foram fixados diversos cartazes informando sobre a patologia e a data da 2ª etapa;

7º) realização da 2ª etapa da atividade, igualmente por dois dias seguidos;

8º) após a ação de vacinação nas duas escolas, houve contato telefônico com os responsáveis pelos alunos, que não apresentaram o cartão de vacinas ou autorização, para saber da sua situação vacinal.

RESULTADOS

Na escola 1, o resultado da vacinação contra a Hepatite B foi o seguinte: 166 alunos (33,94%) iniciaram o esquema vacinal ou continuaram o esquema que estava incompleto, 289 alunos (59,10%) estavam com o esquema completo e 34 alunos (6,95%) apresentaram situação vacinal desconhecida. Classificou-se como situação vacinal desconhecida os alunos que não apresentaram o cartão de vacinas, os que não souberam informar a situação verbalmente ou, ainda, os que seus responsáveis não comunicaram as vacinas já realizadas.

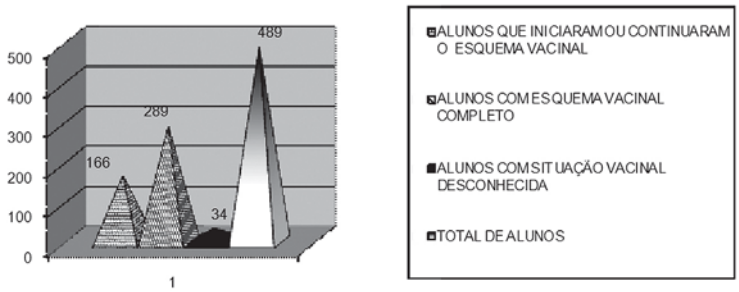


Gráfico 1. Situação vacinal dos alunos da escola 1

Na escola 2, por sua vez, o resultado obtido foi o seguinte: 254 alunos (29,22%) iniciaram o esquema vacinal ou continuaram esquema já iniciado anteriormente, 170 alunos (19,56%) já estavam com esquema vacinal completos e 445 alunos (51,20%) apresentaram situação vacinal desconhecida.

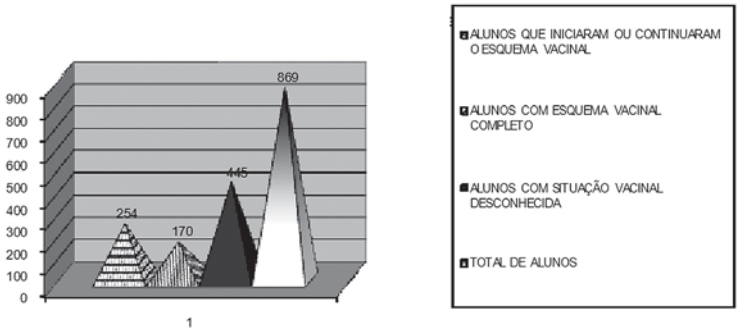


Gráfico 2. Situação vacinal dos alunos da escola 2

Fragilidades encontradas

Dentre as fragilidades observadas na realização dessa ação, a mais significativa foi a falta de interesse apresentada pelos alunos e seus responsáveis de ambas as escolas. Informou-se em todas as turmas, com antecedência mínima de uma semana, como seria a ação e foi solicitado que levassem a carteira de vacinas e autorização assinada pelo responsável, se menor de 18 anos. A maioria dos alunos, porém, não apresentou a documentação pedida previamente, obrigando-nos a comparecer mais de um dia em cada escola.

Verificou-se grande indisciplina por parte dos alunos, sendo que os professores não são atendidos e respeitados por eles.

Em uma das escolas, houve desinteresse por parte de alguns professores, os quais não atenderam, inclusive, a solicitação de incentivar a participação dos alunos nessa ação.

Em nenhuma das escolas foi disponibilizada uma área física que pudesse ser considerada apropriada para o desenvolvimento da ação.

DISCUSSÃO

De maneira geral, os adolescentes são indivíduos ativos e saudáveis. Porém, grande parte dos problemas de saúde e as patologias mais comuns nesta população estão, de algum modo, ligados ao comportamento de alto risco[8].

Por meio dos resultados obtidos, pôde-se perceber que, na adolescência, as preocupações estão voltadas para áreas específicas como o grupo de amigos, a sexualidade, as diversões, o próprio corpo, as semelhanças e diferenças em relação ao corpo dos outros. Logo, atentando-se a essas preocupações os adolescentes acabam deixando a prevenção com a saúde de lado.

Foi observado nessa atividade que, conforme o avanço da idade dos adolescentes, menor número de alunos havia realizado vacina contra a Hepatite B (Tabela 1). A explicação para este fato pode estar em uma característica comum a essa faixa etária: os adolescentes, quando se sujeitam às regras impostas pelos pais ou outros adultos, sentem-se humilhados e infantis[9]. Outro fator que pode contribuir para esse dado é o fato da vacina contra Hepatite B ser disponibilizada na rede pública a partir de 1998. Portanto, pode-se dizer que esta vacina foi disponibilizada recentemente para essa população. A partir dessa data, as crianças recebem a vacina já ao nascer. Assim, as crianças que nasceram após o ano de 1998, provavelmente, quando se tornarem adolescentes, já estarão imunizadas contra a Hepatite B, diferentemente da população participante dessa ação.

Tabela 1 – Apresentação do esquema vacinal dos alunos das escolas 1 e 2, segundo faixa etária, Porto Alegre, RS, 2006.

	Faixa Etária				
Esquema Vacinal	**6 a 9 anos**	**10 a 13 anos**	**14 a 17 anos**	**18 a 21 anos**	**Total**
Em andamento	4	99	277	40	420
Completo	117	139	181	22	459

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não existe uma maneira única e perfeita para orientar adolescentes, até por que suas reações são individuais. Contudo, reconhecer suas necessidades é um começo. Assim, acreditamos que os profissionais de saúde devem inserir-se no meio onde convivem os adolescentes, como a escola, por exemplo. Somente mantendo linhas de comunicação abertas é possível identificar as dúvidas dessa faixa etária, assim como esclarecer perigos comuns a essa fase.

Em nossa realidade, pouco se ouve falar em programas de saúde voltados especificamente a adolescentes. Por isto, é necessário que os serviços de saúde proporcionem acesso preventivo também a essa população, para que seja possível transformá-la em adultos saudáveis e conscientes.

REFERÊNCIAS

1. Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia & Saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

2. Bonetto D, Cruz F, Carneiro R. Doenças sexualmente transmissíveis (DST), AIDS e Hepatite-B: antigas preocupações, novos desafios. Adolescência Latino-americana out./dez. 1998; 1(3).

3. Brasil. Ministério da Saúde - Fundação Nacional de Saúde. Manual de normas de vacinação. 3ª ed. Brasília; 2001.

4. Wong D. Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.

5. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem**:** métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

6. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 2002.

7. Thompson ED, Ashwill JW. Uma introdução à Enfermagem Pediátrica. 6ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.

8. Coll C, Palacios J, Marchesi A. Desenvolvimento psicológico e educação: psicologia da educação. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.

Recebido em 02.04.2007 Aprovado em 26.11.2007

RELATO TÉCNICO

CARACTERIZAÇÃO DOS PROTOCOLOS DE TERAPIA ANTINEOPLÁSICA NA REDE DE ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL PARA SERVIDORES DO ESTADO DA BAHIA, BRASIL

Sandro J. Martins[a]

Valéria B. Peruna[b]

Resumo

Este artigo descreve o perfil da terapia antineoplásica adotado na rede de prestadores de serviços credenciados pelo órgão do Estado da Bahia, responsável por prover assistência médica suplementar aos servidores públicos associados. Foram analisadas as terapias antineoplásicas em curso entre setembro de 2004 e maio de 2005, procurando conhecer o perfil da clientela e a consistência técnica dos tratamentos prescritos. No período, havia 833 beneficiários em tratamento oncológico, em nove serviços credenciados. A maioria da clientela era constituída por mulheres (65,5%) e residentes em Salvador (68,1%). Câncer de mama nas mulheres e câncer de próstata foram os principais tipos de câncer encontrados. Comparado às mulheres, o diagnóstico do câncer entre homens deu-se em idades e estágios clínicos mais avançados. Os especialistas credenciados adotavam, preferencialmente, condutas terapêuticas embasadas em evidências científicas. Os autores discutem as implicações de protocolos assistenciais para o controle de custos com terapia antineoplásica.

Palavras-chave: Assistência ambulatorial. Protocolos de quimioterapia antineoplásica. Sistemas de saúde. Saúde suplementar.

CHARACTERIZATION OF ANTINEOPLASTIC THERAPY PROTOCOLS IN AMBULATORY CARE FACILITIES FOR PUBLIC SERVANTS IN THE STATE OF BAHIA, BRAZIL

Abstract

This paper presents an overview of antineoplastic care patterns at facilities affiliated with a governmental agency of the State of Bahia responsible for supplemental health assistance

---

[a] *Doutor em Ciências, FMUSP. Consultor médico em Oncologia, Coordenação de Assistência à Saúde do Servidor – Secretaria da Administração do Estado da Bahia.*

[b] *Médica especialista em Saúde Coletiva e Gestão Pública. Ex-coordenadora médica do PLANSERV - Secretaria da Administração do Estado da Bahia.*

Endereço para correspondência: *Sandro J. Martins. Av. Sete de Setembro, 3.043/301 – Barra, Salvador, Bahia – CEP: 40130-000. E-mail: sandro.martins@gmail.com*

to public servants. All antineoplasic therapy initiated from September 2004 to May 2005 were reviewed, looking for clinical features and the current pattern of oncological care. A total of 833 people were treated at nine cancer care providers, where women (65.5%) and Salvador residents (68.1%) were frequent. Breast and prostate cancer were the most common diagnoses. The diagnosis among men occurred at late ages and more advanced clinical stages when compared to their counterparts. Affiliated physicians preferably adopted evidence-based recommendations for cancer care. The authors discuss the role of practice protocols in lowering medical costs with antineoplastic chemotherapy.

Keywords: Ambulatory care. Antineoplastic chemotherapy protocols. Health systems. Supplemental health.

INTRODUÇÃO

Há um crescente interesse pelo setor de saúde em suplementar a constituição de bases de dados que permitam conhecer o perfil clínico e epidemiológico dos seus clientes. São instrumentos estratégicos para a operadora, quer para um gerenciamento pró-ativo dos custos, quer para a concepção e implementação de programas de prevenção primária ou secundária [1,2].

Em Oncologia, área da Medicina onde os custos da terapia antineoplásica paliativa suplantam, em muito, as despesas com diagnóstico precoce e tratamentos curativos para a doença inicial, desenvolver aplicações da tecnologia de informação como instrumentos gerenciais vem sendo visto como uma meta necessária e desejada pela Coordenação de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos Estaduais (PLANSERV). Em 2004, havia pouco mais de 450.000 associados ao PLANSERV, o que correspondia a 45% do universo de pessoas com acesso a alguma modalidade de assistência médica suplementar no Estado da Bahia [3].

No modelo atual de assistência oncológica, disponibilizado pelo PLANSERV aos seus associados, o atendimento acontece por demanda espontânea, quase sempre em continuidade ao tratamento de episódios isolados de enfermidade, sendo caracterizado por:

- Atenção limitada à provisão de assistência médica e terapia antineoplásica ambulatorial e hospitalar.
- Desconhecimento dos gestores sobre as rotinas diagnósticas e terapêuticas empregadas pelos profissionais credenciados.
- Repetição de exames e provas de apoio diagnóstico, produzindo gastos desnecessários e riscos à saúde do cliente.
- Sistema de pagamento por reembolso de gastos realizados em atos médicos ambulatoriais e hospitalares de diagnóstico e tratamento, que

pode contribuir para a utilização preferencial de procedimentos mais sofisticados, nem sempre inequivocamente necessários sob o ponto de vista clínico.

- Falta de integração de dados e a escassa disponibilidade de informação sobre a história clínica do beneficiário em nível central, impossibilitando o planejamento das ações de saúde de forma coletiva e, portanto, dificultando o controle de gastos e a otimização dos recursos financeiros.
- Uso dos recursos assistenciais de forma não-planejada, descontínua e com baixa eficiência e efetividade, reduzindo a disponibilidade de fundos para uma remuneração justa pelos serviços prestados.

Há quatro anos, o PLANSERV implantou um programa de acompanhamento dos beneficiários em tratamento antineoplásico, visando conhecer o perfil de condutas terapêuticas na rede assistencial. Os resultados iniciais são descritos neste trabalho.

MATERIAL E MÉTODOS

A autorização para tratamento antineoplásico na rede PLANSERV depende do envio, pelo especialista que atende o beneficiário do Plano Terapêutico, de um relatório médico padronizado, que fornece dados relevantes para auditores médicos sobre o quadro clínico e o tratamento proposto.

Com permissão da Coordenação de Assistência à Saúde do Servidor, foi feita a revisão de dados secundários oriundos de Planos Terapêuticos referentes a tratamentos antineoplásicos iniciados entre setembro de 2004 e maio de 2005. As seguintes informações foram abstraídas do documento fonte para esta análise: idade, gênero, diagnóstico, estágio clínico ao diagnóstico, objetivo do tratamento, regime terapêutico e prestador.

A identidade do cliente foi preservada pela atribuição de um número de ordem de digitação para cada Plano Terapêutico. Esse número tornou-se o meio de identificação de cada registro na base de dados. Após o lançamento dos dados, os registros foram extensivamente checados para consistência, erros de digitação e entradas em duplicata. Como poderia haver mais de um Plano Terapêutico para um mesmo cliente naquele período, em caso de duplicidade, foi selecionado o mais recente.

Os regimes terapêuticos foram classificados pelos autores segundo a indicação e o porte dos procedimentos prescritos, como descritos a seguir.

Segundo a indicação (baseado Wannmacher & Fuchs, 2000):

- Clássico, quando correspondia a um plano de tratamento amparado em autores de livros textos da especialidade e em consensos de sociedades médicas, com grau de recomendação A [4,5].
- Inovador, quando correspondia a um tratamento novo, mas com suficiente evidência científica de atividade clínica e segurança para a doença, com grau de recomendação B ou C [4,6-8].
- Experimental, quando correspondia a um tratamento com pouca evidência científica de atividade clínica e/ou segurança para a doença, com grau de recomendação D, como demonstrado por pesquisa negativa na base de dados da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos - *PubMed*.

Segundo o porte do procedimento:

- Oral, quando envolvia, exclusivamente, o fornecimento de medicações de uso oral, domiciliar.
- Simples, quando envolvia o uso parenteral de medicamentos não-antineoplásicos, tais como inibidores de osteólise, fatores de crescimento de colônia ou octreotida.
- Complexo, quando envolvia o uso parenteral ou intracavitário de agentes biológicos ou drogas citotóxicas. Apenas estes procedimentos correspondem à definição de "Terapia Antineoplásica", sendo de administração restrita a Serviços de Terapia Antineoplásica [9].

Um banco de dados foi constituído em *Microsoft Excel* e tabulado usando o programa *SPSS* para *Windows*, versão 11. Os dados foram sumarizados por distribuições de freqüência e medidas não-paramétricas de tendência central e dispersão. A comparação de freqüências foi feita pelo teste qui-quadrado e entre distribuições pelo teste de *Mann-Whitney*.

RESULTADOS

A base de dados disponível para análise consistia de 1.016 Planos Terapêuticos, referentes a 833 clientes em tratamento nos serviços credenciados. Em 333 casos (40,0%), havia omissão de informação em, pelo menos, uma das características estudadas. A **Tabela 1** resume as deficiências de informação encontradas nesta revisão.

Tabela 1. Dados omitidos em 333 Planos Terapêuticos incompletos

	N (%)
Estágio clínico	74 (22,2)
Data do diagnóstico	42 (12,6)
Meta do tratamento	30 (9,0)
Data inicial do tratamento	18 (5,4)
Data de nascimento	12 (5,4)
Gênero	3 (0,9)
Diagnóstico	3 (0,9)

As características principais da clientela em tratamento oncológico no período estão sumarizadas na **Tabela 2.** A idade mediana era de 64 anos, variando entre 12 anos e 105 anos. A maioria da clientela, constituída por mulheres (65,5%) e residentes em Salvador (68,1%). Observa-se que o diagnóstico da doença neoplásica entre homens se deu em idades e estágios clínicos mais avançados.

Tabela 2. Perfil de 833 beneficiários PLANSERV em terapia antineoplásica

	Mulheres (N = 546)	**Homens (N=284)**	**Valor P**
Idade mediana (intervalo)	60 (12-105)	70 (12-105)	0,0072
Diagnóstico			0,33
Tumores sólidos	492 (90,1%)	255 (89,8%)	
Tumores hematológicos	35 (6,4%)	20 (7,0%)	
Tumores mal-definidos	7 (1,3%)	1 (0,4%)	
Doenças benignas	9 (1,7%)	8 (2,8%)	
Ignorado	3 (0,5%)	-	
Estágio clínico			< 0,0001
Inicial (I ou II)	166 (25,1%)	41 (14,4%)	
Avançado (III)	47 (13,9%)	59 (20,8%)	
Metastático (IV)	133 (24,4%)	135 (47,5%)	
Não-informado	200 (36,6%)	49 (17,3%)	

O perfil dos diagnósticos consta das T**abelas 3 e 4**. Câncer de mama, nas mulheres, e de próstata, nos homens, representaram, proporcionalmente, as principais neoplasias malignas nessa clientela.

A **Tabela 5** descreve o padrão terapêutico empregado pelos especialistas credenciados. Nota-se que a maioria dos clientes (64,0%) recebia tratamentos de uso domiciliar (oral) ou simples. Os especialistas adotavam, preferencialmente, terapias clássicas e inovadoras, sendo excepcionais condutas corroboradas por evidências científicas com nível de recomendação D.

Tabela 3. Freqüência de neoplasias malignas sólidas em beneficiários PLANSERV

	Mulheres (N = 492)	Homens (N = 255)
Lábio, cavidade oral e faringe (C00 – C14)	0,2%	2,3%
Órgãos digestivos (C15 – C26)	13,7%	13,7%
Aparelho respiratório e tórax (C30 – C39)	2,8%	5,5%
Ossos e cartilagens (C40 – C41)	0,2%	-
Melanoma e pele (C43 – C44)	0,2%	1,5%
Mesotélio e partes moles (C45 - C49)	1,4%	-
Mama (C50)	78,8%	2,3%
Órgãos genitais (C51 – C63)	7,7%	69,8%
Aparelho urinário (C64 – C68)	0,2%	2,7%
Sistema nervoso central (C69 – C72)	0,2%	1,9%
Tireóide e glândulas endócrinas (C73 – C75)	0,2%	0,9%

Tabela 4. Freqüência de neoplasias malignas hematológicas em beneficiários PLANSERV

	Mulheres (N = 35)	Homens (N = 20)
Doença de Hodgkin (C81)	8,5%	10,0%
Linfomas não-Hodgkin (C82 – C85)	22,8%	20,0%
Neoplasia plasmocitária (C90)	34,6%	40,0%
Leucemia linfóide (C91)	11,4%	15,0%
Leucemia mielóide (C92)	11,4%	15,0%
Outras leucemias (C93 – C95)	2,8%	-
Mal-definidas (C96)	8,5%	-

Tabela 5. Perfil do tratamento oncológico dispensado para 833 beneficiários PLANSERV

Porte	
Oral	36,7%
Simples	27,3%
Complexo	36,0%
Indicação	
Clássico	42,4%
Inovador	54,6%
Experimental	2,6%
Não-informado	0,4%

DISCUSSÃO

A instituição de um relatório médico padronizado demonstrou ser um eficiente instrumento para conhecimento sobre as condutas médicas em vigor na rede assistencial. Deficiências de informação foram encontradas e motivaram medidas administrativas de correção:

reuniões com os diretores técnicos dos serviços, revisão do instrumento de coleta de dados e reorganização do serviço interno de auditoria médica.

O perfil dos beneficiários em tratamento antineoplásico aproxima-se ao esperado, segundo estimativas oficiais de incidência e mortalidade do câncer para o Estado da Bahia[10]. Como avaliamos, o tratamento antineoplásico ambulatorial de casos prevalentes de câncer encontra-se aqui pouco representado pelos casos de câncer de pele não-melanoma (tratamento cirúrgico quase que exclusivo) e de câncer do colo uterino (tratamento em geral por cirurgia e irradiação). Destacamos o possível retardo no diagnóstico destas doenças entre homens, traduzido por estágios clínicos mais avançados ao início do tratamento. Podem ser situações atribuíveis às diferenças entre gêneros, quanto à atitude de buscar atenção médica para problemas de saúde [11], mas devem ser objeto de avaliação mais acurada, ações educativas e de prevenção secundária.

Gestores do setor de Saúde Suplementar reconhecem que as despesas com terapia antineoplásica vêm crescendo de modo preocupante e buscam alternativas para minimização de custos. Esse aumento de despesas deve-se não apenas à rápida introdução de novas tecnologias diagnósticas e terapêuticas, mas também pela forma de relação contratual entre operadoras e prestadores de serviço, que fazem com que estes baseiem sua viabilidade econômica na geração de despesas para o sistema. Aqui verificamos que dois terços dos tratamentos poderiam ser realizados em unidades de atenção à saúde de menor complexidade, voltadas para assistência farmacêutica direta (dispensação de medicamentos) e administração de medicamentos não-antineoplásicos, com provável economia nos custos.

Nota-se que a maioria (97%) dos planos terapêuticos foi adequadamente embasada em evidências científicas, o que demonstra não apenas a responsabilidade e atualização científica dos profissionais credenciados, mas também que a adoção *per si* de protocolos ou diretrizes médicas para os serviços credenciados pouco contribuiria para elevar os padrões de qualidade na assistência. No contexto estudado, adotar medidas para a redução de despesas centradas no cerceamento da liberdade de prescrição, além de eticamente reprovável, ensejaria riscos legais (aumento do número de processos contra operadoras e prestadores de serviços) e dificilmente teria qualquer impacto favorável sobre os custos da assistência ambulatorial aos beneficiários com câncer.

REFERÊNCIAS

1. Castellanos PLA. Epidemiologia e a organização de sistemas de saúde. In: Rouquayrol MZ. Epidemiologia & Saúde, 4ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1994.

2. Silveira LS. Prevenção de doenças e promoção da saúde – diferenciais estratégicos no mercado de saúde suplementar. Rev Bras Risco Seg 2005; 1:84-113.

3. Peruna VB. Health market regulation. [Dissertação] Washington: Minerva Program, George Washington University; 2004.

4. Wannmacher L, Fuchs FD. Conduta terapêutica embasada em evidências. Rev Ass Med Brasil 2000; 46(3): 237-41.

5. DeVita Jr. VT, Hellman S, Rosenberg SA (Eds). Cancer: Principles and Practice of Oncology. 7ª ed. Filadélfia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.

6. European Society of Medical Oncology. ESMO Minimum Clinical Recommendations. Ann Oncol 2005; 16 (Suplemento 1):1-25.

7. National Comprehensive Cancer Network. Clinical Practice Guidelines. Jenkintown: NCCN; 2006.

8. Buzaid AC (Ed.). Manual de Oncologia Clínica – Hospital Sírio Libanês, 2ª ed. São Paulo: Reichmann; 2004.

9. ANVISA. Resolução RDC Nº 220, de 21 de setembro de 2004. Brasília: Diário Oficial da União nº. 184; 23 de setembro de 2004.

10. INCA. Estimativa 2005 de incidência de câncer no Brasil. Extraído de [http://www.inca.gov.br/estimativa/2005], acesso em [19 de junho de 2005].

11. Goméz EG. Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. Rev Panam Salud Públ 2002; 11(5-6): 327-34.

Recebido em 22.11.2006 Aprovado em 29.10.2007

ARQUITETURA NO CONTROLE DA INFECÇÃO HOSPITALAR: ANÁLISE DOS RISCOS POTENCIAIS DE CONTAMINAÇÃO EM CENTRAIS DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO DE ESTABELECIMENTOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE DE JUIZ DE FORA – MG, BRASIL[a]

Elisa Vale Campo Dall'Orto

Resumo

Apesar de todos os avanços na medicina ocorridos nos últimos anos, as infecções adquiridas no ambiente hospitalar ainda trazem complicações freqüentes. No Brasil, estima-se que elas aconteçam em 5 a 15% dos pacientes internados, causando um período extra de internação de 5 a 10 dias. Além disto, os gastos relacionados com procedimentos (diagnósticos e terapêuticos) fazem com que os custos sejam elevados nos serviços prestados. Assim, é de extrema importância o Controle de Infecção em Serviços de Saúde, pois ele se torna parte do controle de qualidade dos estabelecimentos de saúde, no que diz respeito ao atendimento e em relação ao ambiente construído. Neste estudo foram abordados o papel e a importância da arquitetura no controle de infecções hospitalares em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS). Para tanto, houve uma pesquisa de campo em Centrais de Material e Esterilização (CME) de hospitais de Juiz de Fora, MG, com o objetivo de identificar os riscos potenciais de contaminação desse setor, que estão vinculados ao ambiente construído e atrelados à arquitetura. Levantamentos arquitetônicos, analisando a estrutura física e os fluxos de serviços das CMEs, foram feitos e comparados com o que preconiza a Resolução RDC n° 50, norma da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). A análise ocorrida nas CMEs investigadas mostra a presença de irregularidades tanto na estrutura física como no fluxo de serviços de ambas, porém, uma delas realiza os procedimentos de maneira satisfatória, devido à organização e planejamento do fluxo de serviços, estando seus materiais e funcionários protegidos dos riscos biológicos. Já a outra, em virtude de problemas de conforto ambiental, além da falta de precaução dos funcionários na manipulação dos artigos, apresenta riscos de segurança para os próprios funcionários e deixa dúvidas sobre o resultado da esterilização de seus artigos médico-hospitalares. Logo, deparamo-nos nesta dissertação com dois ambientes físicos distintos: um onde a aplicação da atual norma se torna necessária e outro que sugere ter espaço na norma para alterações de seu conteúdo, possibilitando diminuir ou aumentar

---

[a] *Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Engenharia Civil da Universidade Federal Fluminense (UFF). Orientador: prof. dr. Orlando Celso Longo. Co-orientador: prof. dr. José Gustavo Francis Abdalla. Defendida e aprovada em 31 de julho de 2007. Local para consulta: Pós-graduação em Engenharia Civil - UFF. Rua Passos da Pátria, 156, Bloco D, Sala 360. Bairro São Domingos, Niterói - Rio de Janeiro, Brasil. CEP: 24210-240. Site: www.civil.pos.uff.br.*

o rigor de alguns itens e acrescentar outros indispensáveis para a elaboração de um projeto de saúde.

Palavras-chave: Arquitetura hospitalar. Infecção hospitalar. Centrais de material e esterilização.

ARCHITECTURE IN HOSPITAL INFECTION CONTROL: ANALYSIS OF POTENTIAL RISKS OF CONTAMINATION IN STERILIZED MATERIAL CENTERS OF HEALTH CARE ESTABLISHMENTS OF JUIZ DE FORA – MG, BRAZIL

Abstract

Despite all medical advancements in the latest years, the hospital-acquired infections still bring frequent complications to patients. In Brazil, it is estimated they occur in 5 to 15% of admitted patients, resulting in a 5 to 10 days longer stay at the hospital. Moreover, diagnostic and therapeutic procedures needed due to an infection increases the cost of overall services. Therefore, Infection Control in Health Care Services is extremely important whereas it takes part in quality control of health care establishments as it concerns patient tending but is also related to the environment built. This study regards the role and importance of architecture in hospital infection control in health care establishments. Thus, a field research was carried out in Sterilized Material Centers (SMCs) in hospitals at Juiz de Fora, MG, aiming to identify any potential risks of contamination that are connected with the environment built and the architecture. Architectural surveys, analyzing the physical structure and the SMCs' service flows, were carried out and compared with the Resolution RDC nº 50 from the National Agency of Sanitary Vigilance. The analysis shows irregularities in the physical structure and service flows of both SMCs, however one of them can satisfactorily carry out procedures due to service flows planning and organization that protects materials and employees from biological risks. But the other SMC shows ambiental comfort problems as well as lack of care from the employers in manipulating materials, leading to security risks for the employers and doubts concerning materials sterilization. Thus, two distinct physical environments were met: one where the application of the current standard is necessary, and another that suggests altering that standard's content, allowing lowering or raising the severity of some articles and adding others indispensable to the elaboration of a health care project.

Keywords: Hospital architecture. Hospital infection. Sterilization material centers.

Recebido em: 30/11/2007 Aprovado em: 30/11/2007

ÍNDICE GERAL DE AUTORES

Revista Baiana de Saúde Pública

v.31, n.1-2 / v.31, supl.1-2

A

Aleluia, LR. supl.1, p.106

Almeida, DS. p.90

Almeida, MMG, p.204

Alves, C. p.52

Alves, TDB, p267

Andrade, CF. p.90

Aprígio, DP, p.246

Araújo, D. supl.1, p.20,32,61,94

Araújo, DG. supl.1, p.44

Araújo, TM, p.294

Augusto, LGS. p.68

Ayres, IBSJ. supl.1, p.7,61,87,94

B

Baptista, R. supl.1, p.7,70

Baptista, RF. supl.1, p.87

Barboza Filho, JC. p.134

Barreto, MB, p.267

Bastos, VHV, p.246

Bedor, CNG. p.68

Bispo, TC. p.38

Bomfim, FR. p.7

Brasil, SL. supl.1, p.20,61

C

Cabral, A. supl.1, p.44

Cabral, R. p.90

Carmo Jr, JJ, p.294

Cartaxo, JLS. p.25

Carvalho, LR, p.238

Carvalho, LS, p.311

Carvalho, LS. p.77

Cossetti, RD. p.90

Costa, AN, p.322

Costa, CFS, p.201

Costa, EAC. p.61

Cunha, CLN, p.223

F

Fagundes, N. supl.1, p.7

Fagundes, NC. supl.1, p.79,87

Fartes, VB. supl.1, p.7

Ferreira, AP, p.223

Ferreira, SC. p.77

Formigli, VLA. p.115

Forte, LB, p.212

Frota, MA, p.212

G

Garcia, RM. supl.1, p.70

Guimarães, JMX, p.256

J

Jacobina, RR. p.102

Jesus, V. supl.1, p.44

Jorge, MSB, p.256

L

Lanziotti, LH. p.331

Lemos, M

Lessa, RS, p.322
Lopes, AGS. p.223
Lopes, SRM. supl.2, p.50

M

Machado, DCD. p.246
Magalhães, JT. p.238
Marques, JB. p.246
Martins, AG. p.267
Martins, SJ. p.338
Marziale, MHP. p.178
Mascarenhas, CHM. p.322
Mello, HLS. p.246
Mendoza - Sassi, RA.p.201
Miranda, MCG. p.187
Miranda, MCG. supl.1, p.20,44
Mochel, EG. p.90
Modesto, TN. p.19

N

Novoa, MC. supl.1, p.94

O

Oliveira, MC. p.267

P

Padovani, C. p.7
Paiva, FDS, p.256
Pavão, AC. p.68
Pereira, B, p.311
Pereira, JCL. supl.1, p.94
Peruna, VB, p.338
Pessoa, CP, p.267
Pinho, PS, p.294
Pinto, AGA, p.256
Pinto, HA. supl.2, p.50
Pinto, ICM. supl.2, p.27
Pinto, LLS. p.115
Pinto, LN, p.246
Pitta, AMF. supl.1, p.110
Pordeus, AMJ, p.212

R

Ramos, LO. p.68
Regebe, CMC. p.77
Rego, MAV. p.68
Rego, RCF. p.115
Reis, LA, p.322
Ribeiro, FM. p.52
Rizzato, A. supl.1, p.44
Robazzi, MLCC. p.178

S

Sá, CN, p.311
Santana, AJ. p.134
Santos, ACPO. p.77
Santos, CC. supl.1, p.87
Santos, DN. p.19
Santos, LB, p.267
Santos, LLN, p.311
Santos, MLR. p.25
Santos, VMG. supl.1, p.87
Santos, VMGS. supl.1, p.44,54
Sassi, RAM, p.201
Scatena, MCM. p.147
Sebastião, BA. p.178
Silva, APL, p.331
Silva, CA. p.77

Silva, DR, p.256
Silva, JD, p.246
Silva, V VC. p.7
Soares, NM. p.102
Solla, JJSP. p.161
Souza, ES. supl.1, p.7,94
Souza, GS. supl.2, p.37
Souza, MKB, p.311
Souza, RC. p.147
Souza, T. p.52
Souza, TO. p.38

T

Tobias, AF. p.90
Toralles, MBP. p.52
Torreão, H. supl.2, p.27

V

Veiga, S. p.52
Vieira, LB, p.256
Vieira, JES, p.212
Vieira, ML. p.102
Viterbo, I. supl.2, p.27

ERRATA

Relato Técnico

Três Anos de Ética em Pesquisa com seres Humanos no Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – CEP – SESAB

Publicado V 31 Suplemento 1 jun. 2007

onde se lê: no quadro de não aprovados do projeto. "O impacto da atenção farmacêutica na adesão ao tratamento dos pacientes com hiv/aids. Pág. 116 .

leia-se: quadro 1 Projeto Aprovado

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

A Revista Baiana de Saúde Pública (RBSP), publicação oficial da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), de periodicidade semestral, dedica-se a publicar contribuições sobre aspectos relacionados aos problemas de saúde da população e à organização dos serviços e sistemas de saúde e áreas correlatas. Serão aceitas para publicação as contribuições escritas preferencialmente em português, de acordo com as normas da RBSP publicadas, obedecendo a ordem de aprovação pelos editores.

CATEGORIAS ACEITAS:

1. Artigos originais
   - 1.1 Pesquisa: artigos apresentando resultados finais de pesquisas científicas (10 a 15 laudas).
   - 1.2 Ensaios: artigos com análise crítica sobre um tema específico (5 a 8 laudas).
   - 1.3 Revisão: artigos com revisão crítica de literatura sobre tema específico, solicitados pelos editores (8 a 10 laudas).
2. Comunicações: informes de pesquisas em andamento, programas e relatórios técnicos (5 a 8 laudas).
3. Teses e dissertações: resumos de dissertações de mestrado e de teses de doutorado/livre docência defendidas e aprovadas em universidades brasileiras (máximo 2 laudas). Os resumos devem ser encaminhados com o título oficial da tese, dia e local da defesa, nome do orientador e local disponível para consulta.
4. Resenha de livros: resenhas de livros publicados sobre temas de interesse, solicitados pelos editores (1 a 4 laudas).
5. Relato de experiências: apresentando experiências inovadoras (8 a 10 laudas).
6. Carta ao editor: carta contendo comentários sobre material publicado (2 laudas).
7. Editorial: de responsabilidade do editor, podendo ser redigido por convidado por solicitação deste.
8. Documentos: de órgãos oficiais sobre temas relevantes (8 a 10 laudas).

ORIENTAÇÕES AOS AUTORES

INSTRUÇÕES GERAIS PARA ENVIO

Os trabalhos a serem apreciados pelos editores e revisores seguirão a ordem de recebimento e deverão obedecer aos seguintes critérios de apresentação.

Devem ser encaminhadas à secretaria executiva da revista três cópias impressas. As páginas devem ser formatas em espaço duplo com margem de 3cm à esquerda, fonte Times New Roman, tamanho 12, página padrão A4, numeradas no canto superior direito **(não numerar as páginas contendo tabela, gráfico, desenho ou figura).**

Podem também ser enviados para o e-mail da revista, desde que não contenham desenhos ou fotografias digitalizadas.

Uma cópia em disquete deverá ser entregue com a versão final aceita para publicação.

ARTIGOS

Folha de rosto: deve constar, o título (com versão em inglês), nome(s) do(s) autor(es), principal vinculação institucional de cada autor, orgão(s) financiador(es) e endereço postal e eletrônico de um dos autores para correspondência.

Segunda folha: iniciar com o título do trabalho sem referência à autoria e acrescentar um resumo de no máximo 200 palavras, com versão em inglês (**abstract).** Trabalhos em espanhol ou inglês devem também ter acrescido o resumo em português. Palavras-chave (3 a 8) extraídas do vocabulário DECS (Descritores em Ciências da Saúde/ www.decs.bvs.br) para os resumos em português e do MESH (Medical Subject Headings / www.nlm.nih.gov/mesh) para os resumos em inglês.

Terceira folha: Título do trabalho sem referência à autoria e início do texto com parágrafos alinhados nas margens direita e esquerda (justificados), observando a seqüência: **introdução**, incluindo justificativas, citando os objetivos no último parágrafo; **material e métodos; resultados; discussão; e referências**. Digitar em página independente os agradecimentos, quando necessário.

TABELAS, GRÁFICOS E FIGURAS

Obrigatoriamente, os arquivos das tabelas, gráficos e figuras devem ser digitados em arquivos independentes e impressos em folhas separadas. Estes arquivos devem ser compatíveis com processador de texto "Word for Windows" (formatos: PICT, TIFF, GIF, BMP). O número de tabelas, gráficos e, especialmente, ilustrações deve ser o menor possível. As ilustrações, figuras e gráficos coloridos somente serão publicados se a fonte de financiamento for especificada pelo autor. No texto do item resultados, as tabelas, gráficos e figuras devem ser numeradas por ordem de aparecimento no texto, com algarismos arábicos e citadas em negrito (e.g. "... na **Tabela 2** as medidas ..) Tabela (não utilizar linhas verticais), Quadro (fechar com linhas verticais as laterais). O título deve ser objetivo e situar o leitor sobre o conteúdo, digitado após o número da Tabela, Gráfico, etc., e.g.: **Gráfico 2. Número de casos de AIDS no Brasil de 1986 a 1997, distribuído conforme a região geográfica**.

Figuras reproduzidas de outras fontes já publicadas devem indicar esta condição na legenda.

ÉTICA EM PESQUISA

Trabalho que tenha implicado em pesquisa envolvendo seres humanos ou outros animais deve vir acompanhado de cópia de documento que atesta sua aprovação prévia por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), além da referência em material e métodos.

REFERÊNCIAS

Preferencialmente, qualquer tipo de trabalho encaminhado (exceto artigo de revisão), deverá ter até 30 referências.

As **referências no corpo do texto** deverão ser numeradas em sobrescrito, consecutivamente, na ordem em que forem mencionadas a primeira vez no texto.

As notas explicativas e/ou de rodapé são permitidas e devem ser ordenadas por letras minúsculas em sobrescrito.

As referências devem aparecer no final do trabalho, listadas pela ordem de citação, seguindo as regras propostas pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas, disponíveis em: http://www.icmje.org ou www.abec-editores.com.br (Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos/Vancouver).

Exemplos:

a) LIVRO

Acha PN, Szyfres B. Zoonosis y enfermedades transmisibles comunes al hombre y a los animales. 2ª. ed. Washington: Organizacion Panamericana de la Salud; 1989.

b) CAPÍTULO DE LIVRO

Almeida JP, Rodriguez TM, Arellano JLP. Exantemas infecciosos infantiles. In: Arellano JLP, Blasco AC, Sánchez MC, García JEL, Rodríguez FM, Álvarez AM, editores. Guía de autoformación en enfermedades infecciosas. Madrid: Panamericana; 1996. p. 1155-68.

c) ARTIGO

Azevêdo ES, Fortuna CMM, Silva KMC, Sousa MGF, Machado MA, Lima AMVMD, et al. Spread and diversity of human populations in Bahia, Brazil. Human Biology 1982;54: 329-41.

d) TESE E DISSERTAÇÃO

Britto APCR. Infecção pelo HTLV-I/II no Estado da Bahia [Dissertação]. Salvador (BA): Univ. Federal da Bahia; 1997.

e) RESUMO PUBLICADO EM ANAIS DE CONGRESSO

Santos-Neto L, Muniz-Junqueira I, Tosta CE. Infecção por Plasmodium vivax não apresenta disfunção endotelial e aumento de fator de necrose tumoral-a (FNT-a) e interleucina-1b (IL-1b). In: Anais do 30º. Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. Salvador, Bahia; 1994. p.272.

f) DOCUMENTO EXTRAÍDO DE ENDEREÇO DA INTERNET

[autores ou sigla e/ou nome da instituição principal]. [Título do documento ou artigo] Extraído de [endereço eletrônico], acesso em [data]. Exemplo:

COREME, Comissão de Residência Médica do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Regimento Interno da COREME. Extraído de [http://www.hupes.ufba.br/coreme], acesso em [20 de setembro de 2001].

Não incluir nas "Referências" material não-publicado ou informação pessoal. Nestes casos, assinalar no texto: (i) FF Antunes Filho, Costa SD: dados não-publicados; ou (ii) JA Silva: comunicação pessoal, 1997. Todavia, se o trabalho citado foi **aceito** para publicação, incluí-lo entre

as referências, citando os registros de identificação necessários (autores, título do trabalho ou livro e periódico ou editora), seguido da expressão latina *In press* e o ano.

Quando o trabalho encaminhado para publicação tiver a forma de relato de investigação epidemiológica, relato de fato histórico, comunicação, resumo de trabalho final de curso de pós-graduação, relatórios técnicos, resenha bibliográfica e carta ao editor, o(s) autor(es) deve(m) utilizar linguagem objetiva e concisa, com informações introdutórias curtas e precisas, delimitando o problema ou a questão objeto da investigação. Seguir as orientações para referências, gráficos, tabelas e figuras.

As contribuições encaminhadas só serão aceitas para apreciação pelos editores e revisores se atenderem às normas da revista.

Endereço para remessa de trabalho:
Revista Baiana de Saúde Pública

Escola da Saúde Pública Prof. Francisco Peixoto de Magalhães Netto
Rua Conselheiro Pedro Luiz, nº 171
Rio Vermelho – Salvador – Bahia
CEP 41950-610
TEL/FAX 0XX 71 3116 5313/3334 1888
rbsp@saude.ba.gov.br

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS AOS COLABORES PELAS AVALIAÇÕES NO ANO DE 2007 E ESPERAMOS CONTAR COM O APOIO NO ANO DE 2008

Abnael Souza
Ana Maria Fernandes Pitta
Augusto César Costa Cardoso
Carlito Nascimento Sobrinho
Ceuci de Lima Xavier Nunes
Clarice Mota
Climene Laura de Camargo
Cristiane Abdon Nunes
Durval Campos Kraychete
Eliane Elisa de Souza Azevedo
Elisabeth Reis Teixeira
Estela Nascimento
Fernando Martins Carvalho
George Gusmão Soares
Gesilda Meira Lessa
Gildásio Daltro
Gisélia Santana
Heraldo Peixoto da Silva
Isabela Sales Junqueira Ayres
José Carlos Barbosa Filho
Juarez Pereira Dias
Lauro Antônio Porto
Leticia Coelho da Costa Nobre
Luis Roberto S. Moraes
Marco Antônio Vasconcelos Rego
Marco Antônio Rego
Marcos Vinicius de O. Silva
Maria Guadalupe Medina
Maria do Carmo Lessa
Maria Helena Rios
Maria Lucia Servo
Marília Santos Fontoura
Marlene Tavares B. de Carvalho
Miralba Freire
Monica Hupsel
Monica Hupsel
Norma Suely Souto Souza
Paulo Augusto Moreira Camargos
Paulo Gilvane Lopes Pena
Rafael Stelmach
Raimundo Paraná
Reinaldo Martinelli
Rita de Cássia Franco Rego
Rosana Aquino Guimarães Pereira
Sandra Lucia Brasil
Sandra Maria Chaves dos Santos
Tania Maria de A Franco
Telma Dantas Oliveira
Telma Dantas Teixeira de Oliveira
Vera Formigli
Vera Lúcia P. Mendes
Vilma Santana
Volney de M. Camara

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA - SESAB

SUPERINTENDÊNCIA DE RECURSOS HUMANOS E EDUCAÇÃO EM SAÚDE - SUPERH

ESCOLA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA PROF. FRANCISCO PEIXOTO DE MAGALHÃES NETTO - EESP

REVISTA BAIANA DE SAÚDE PÚBLICA - RBSP
Rua Conselheiro Pedro Luiz, 171 - Rio Vermelho
CEP 41950-610 Caixa Postal 631
Tel 71 3116-5313 Fax 71 3334-1888

Recebemos e agradecemos | Nous avons reçu | We have received

_____

_____

Desejamos receber | Il nous manque | We are in want of

_____

_____

Enviamos em troca | Nou envoyons en echange | We send you in exchange

_____

Favor devolver este formulário para assegurar a remessa das próximas publicações. Please fill blank and retourn it to us in order to assure the receiving of the next issues. On prie da dévolution de ce formulaire pour étre assuré l'envoi des prochaines publications.

_____