

Revista Brasileira de Saúde Funcional

Volume 9

Número 1

Dezembro 2019

ISSN: 2358-8691

ESPAÇO TEMÁTICO

PERFIL NUTRICIONAL E METABOLICO DE MULHERES COM OBESIDADE CENTRAL

Izabela Aparecida Rodrigues Ferraz, Izabela Gelisk Pereira, Manuela Lima Monteiro, Maria de Lourdes Silva, Ana Marice Ladeia, Armênio Guimaraes

ARTIGOS ORIGINAIS

QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES ASMÁTICOS ATENDIDOS NO PROGRAMA DE CONTROLE DE ASMA E RINITE (PROAR)

Aline Dorea Santana, Amanda Dias De Oliveira, Myrella Gonçalves Da Silva Vieira e André Luiz Lisboa Cordeiro

FINANCIAMENTO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL: UM ESTUDO COMPARATIVO ENTRE DOIS MUNICÍPIOS DA BAHIA

Marília de Matos Amorim, Sarah dos Santos Conceição e Núbia Samara Caribé de Aragão

SAÚDE BUCAL AUTORREFERIDA NA REGIÃO NORDESTE: RESULTADOS DA PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE 2013

Sarah dos Santos Conceição, Núbia Samara Caribé de Aragão, Carla Alencar Cruz, Daline Oliveira Carneiro e Marília de Matos Amorim

CARACTERIZAÇÃO E PERFIL DE SAÚDE BUCAL REFERIDA POR CUIDADORES DE PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS

Karina Melo Trindade, Erick Andrade Silva Ribeiro, Jeisielle Alves da A. Barreto, Gabriel Baliza Barreto, Sâmia Ramos Souza e Souza e Marcia Otto Barrientos

COMPARAÇÃO ENTRE TÉCNICAS DE INTERVENÇÃO PARA MEDIDAS MOTORAS E NÃO MOTORAS DE PACIENTES COM PARKINSON

Mansueto Gomes Neto, Micheli Bernardone Saquetto, Sarah Souza Pontes, Iura Gonzalez Nogueira Alves, Ana Louise Reis de Carvalho e Ingara Fernanda Silva Ribeiro Schindler

ARTIGO DE REVISÃO

SAÚDE DA MULHER NEGRA NO BRASIL: REVISÃO SISTEMÁTICA INTEGRATIVA

Ayeska Shaieny Ferreira da Silva, Isabella Pereira de Almeida, Maria Eduarda Mesquita Parreira, Kellen Bruna de Sousa Leite, Luiza Fernandes Fonseca Sandes e Daniel Antunes Freitas

Revista Brasileira de Saúde Funcional

Volume 9

Número 1

Dezembro 2019

EQUIPE EDITORIAL

EDITORA-CHEFE

Dra. Elenilda Farias de Oliveira

Faculdade Adventista da Bahia- FADBA, Brasil

CONSELHO EDITORIAL

Dr. Fabiano Leichsenring Silva - Faculdade Adventista da Bahia- FADBA, Brasil

Dr^a. Wilma Raquel Barbosa Ribeiro - Faculdade Adventista da Bahia- FADBA, Brasil

Dr^a. Djeyne Silveira Wagemacker - Faculdade Adventista da Bahia- FADBA, Brasil

Me. Luna Vitória Cajé Moura - Faculdade Adventista da Bahia- FADBA, Brasil

Editor administrativo Esp. - Emerson Kiekow de Britto Rodrigues Alves - Núcleo de Tecnologias Educacionais - Faculdade Adventista da Bahia- FADBA, Brasil

Bibliotecário - Uariton Boaventura - Faculdade Adventista da Bahia- FADBA, Brasil

CORPO EDITORIAL

Dr. Daniel Antunes Freitas

Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, Minas Gerais, Brasil

Me. Dayse Mota Rosa Pinto

Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública- EBMSP, Brasil

Me. Izabela Ferraz

Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública- EBMSP, Brasil

Dr^a Karla Ferraz dos Anjos

Escola de Enfermagem / Universidade Federal da Bahia - UFBA, Brasil

Me. Ohana Cunha Nascimento

Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS, Brasil

Dr^a. Quessia Paz Rodrigues

Escola de Enfermagem / Universidade Federal da Bahia - UFBA, Brasil

Me. Samylla Maira Costa Siqueira

Escola de Enfermagem / Universidade Federal da Bahia - UFBA, Brasil

Me. Vanessa Cruz Santos

Instituto de Saúde Coletiva – ISC / Universidade Federal da Bahia - UFBA, Brasil

Me. Viviane Silva de Jesus

Instituto de Saúde Coletiva – ISC / Universidade Federal da Bahia - UFBA, Brasil

REVISORES DE LÍNGUA PORTUGUESA E INGLESA

Me. Luciana H. C. Mazzutti, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Baiano

Me. Samylla Maira Costa Siqueira, EEUFBA, Brasil

Carolina Larrosa Almeida, Faculdade Adventista da Bahia

DIAGRAMAÇÃO

Naassom Azevedo - Equipe de Comunicação da Faculdade Adventista da Bahia

Website

www.seer-adventista.com.br/ojs/index.php/RBSF

Revista Brasileira de Saúde Funcional

Volume 9

Número 1

dezembro 2019

SUMÁRIO

ESPAÇO TEMÁTICO

PERFIL NUTRICIONAL E METABOLICO DE MULHERES COM OBESIDADE CENTRAL

4

ARTIGOS ORIGINAIS

QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES ASMÁTICOS ATENDIDOS NO PROGRAMA DE CONTROLE DE ASMA E RINITE (PROAR)

10

FINANCIAMENTO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL: UM ESTUDO COMPARATIVO ENTRE DOIS MUNICÍPIOS DA BAHIA

17

SAÚDE BUCAL AUTORREFERIDA NA REGIÃO NORDESTE: RESULTADOS DA PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE 2013

25

CARACTERIZAÇÃO E PERFIL DE SAÚDE BUCAL REFERIDA POR CUIDADORES DE PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS

38

COMPARAÇÃO ENTRE TÉCNICAS DE INTERVENÇÃO PARA MEDIDAS MOTORAS E NÃO MOTORAS DE PACIENTES COM PARKINSON

52

ARTIGOS DE REVISÃO

SAÚDE DA MULHER NEGRA NO BRASIL: REVISÃO SISTEMÁTICA INTEGRATIVA

64

Daniela Santana Reis

prof.danielareis@gmail.com

Doutora em Educação e contemporaneidade pela Universidade do estado da Bahia e Universidade de Lisboa. Professora universitária e assessora pedagógica. Faculdade Adventista da Bahia.



Faculdade Adventista da Bahia

BR 101, Km 197 – Caixa Postal 18 – Capoeiruçu - CEP:
44300-000 - Cachoeira, BA

Revista Brasileira de Saúde Funcional
REBRASF

EDUCAÇÃO E SAÚDE: INTERSECÇÕES PARA A DESMISTIFICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE DOENÇAS FALCIFORMES

*EDUCATION AND HEALTH: INTERSECTIONS FOR THE
DEMISTIFICATION OF DIAGNOSTIC SICKLE CELL DISEASES*

RESUMO

Conquanto são tecidas as categorias educação e saúde, buscou-se neste estudo responder a inquietação da pesquisa, a saber: quais as razões para a recusa de partilha do diagnóstico de Doença Falciforme (DF) entre jovens escolares em espaços institucionalizados de Salvador-BA? Para tanto, esta investigação, de natureza qualitativa fundou-se metodologicamente no paradigma crítico, consolidado no materialismo histórico dialético. Caracterizou-se como exploratória e descritiva e, para a coleta de informações foram aplicados formulários a 48 jovens com doenças falciformes em idade entre 15 e 29 anos, que constituíram o universo populacional da pesquisa. Na segunda etapa da pesquisa, foram realizadas entrevistas em profundidade objetivando elucidar aspectos que emergiram da análise das respostas aos formulários. Os resultados indicaram que os jovens escolares optam por não partilhar o diagnóstico da DF por três razões: o consenso quanto à invisibilidade; frustrações anteriores por ocasião da elucidação da diagnose; e, medo do preconceito, da rotulação e do estigma. Conclui-se que medidas devem ser tomadas para a potencialização do conhecimento sobre a patologia, por meio de políticas de formação e mecanismos de escuta intermitente.

Palavras-chave: Educação e Saúde. Doença Falciforme. Jovens escolares. Estigma.

ABSTRACT

As the categories education and health are woven, this study sought to answer the research concern, which are: what are the reasons for refusal to share the diagnosis of sickle cell disease (SCD) among young students in institutionalized spaces in Salvador-BA? Therefore, this qualitative research was methodologically based on the critical paradigm, consolidated in dialectical historical materialism. It was characterized as exploratory and descriptive and, for collecting information, forms were applied to 48 young people with sickle cell disease aged between 15 and 29 years, which constituted the population of the research. In the second stage of the research, in-depth interviews were conducted to clarify aspects that emerged from the analysis of the responses to the forms. The results indicated that young students choose not to share the diagnosis of SCD for three reasons: consensus on invisibility; previous frustrations at diagnosis elucidation; and fear of prejudice, labeling and stigma. It is concluded that measures should be taken to enhance the knowledge about the pathology, through policies of training and intermittent listening mechanisms.

Keywords: Education and Health. Sickle Cell Disease. Young schoolchildren. Stigma.

APONTAMENTOS INICIAIS: EDUCAÇÃO/ESCOLA, SAÚDE/DIAGNÓSTICO

Na contemporaneidade, os olhares se distanciam e se aproximam como em uma câmera que permite a compreensão do todo e de suas partes, possibilitando a percepção sob diretrizes diversas. Assim acontece, em nossa perspectiva, quando se sobrepõem educação e saúde. No quadro nacional, os estudos que imbricam essas dimensões são crescentes, sobretudo em virtude do entendimento de que a relação saúde-doença tensiona os processos escolares, bem como aqueles que se tecem nos espaços ambulatoriais⁽¹⁾. Assim, pesquisa, educação e saúde não são apenas expressões que solitariamente já apresentam completude, mas que, uma vez tecidas, patenteiam múltiplas compreensões das categorias que possibilitam a análise de fenômenos complexos.

Dentre esses fenômenos, está o processo de escolarização de jovens com Doenças Falciformes (DF), patologia com elevada incidência e prevalência no estado da Bahia. As DF são caracterizadas por “[...] uma mutação no gene que produz a hemoglobina A, originando outra mutante. Esta se denomina hemoglobina S, uma herança recessiva”⁽²⁾. A homozigose da Hb S e as associações da Hb S com outra Hb variante (C, D, E), originam o grupo de DF. São assim chamadas porque, nesses casos, as hemácias, no lugar de serem achatadas, flexíveis e possuírem um formato arredondado, são rijas e têm a forma de foice.

Cotidianamente, a vida dos que possuem uma das DF é marcada por problemas psicológicos, episódios de ansiedade e depressão, além de dificuldades nos relacionamentos, no processo de escolarização e pela constante preocupação com a morte. Como agravante, na sua imensa maioria, além de pertencerem às camadas desfavorecidas economicamente, estes indivíduos são submetidos, rotineiramente, aos efeitos do racismo institucional e do desconhecimento do

profissional da educação quanto à patologia e seus impactos⁽³⁾. Neste contexto, as desvantagens associadas à hemoglobinopatia abordada são impostas socialmente⁽⁴⁾.

Em virtude dos aspectos sublinhados nos parágrafos anteriores, o diagnóstico da DF, nos espaços de socialização da juventude, destacadamente os escolares, nem sempre são partilhados. Desse modo, objetivando analisar as razões para a recusa de diagnóstico da patologia em espaço escolar, foi realizada essa pesquisa, cuja questão de investigação foi: quais as razões para a recusa de partilha do diagnóstico de DF entre jovens escolares em espaços institucionalizados de Salvador-BA?

MÉTODO DA PESQUISA: CAMINHOS E INTERSECÇÕES

Esta pesquisa se apoia metodologicamente no paradigma crítico, consolidado no materialismo histórico dialético. É também de natureza qualitativa, dos tipos exploratória e descritiva. Para o alcance do objetivo elencado ao final da introdução deste artigo, foram utilizados como instrumentos de pesquisa, respectivamente, formulários e entrevistas. O universo selecionado envolveu 48 jovens com doenças falciformes em idade entre 15 e 29 anos, configurando a coleta como censitária. Para ser obtido o quantitativo em relevo, foram analisados 524 prontuários cadastrados no ambulatório da Avenida Carlos Gomes e 75 no do Vale das Pedrinhas, totalizando 599 prontuários.

No primeiro ambulatório, 113 dos usuários possuíam entre 15 (quinze) e 29 anos; já no segundo ambulatório, apenas 22. Do contingente de 113 pessoas, somente foram localizadas, por meio de busca ativa, 48 jovens. Conclui-se que numerosos prontuários possuíam dados desatualizados, o que obstaculizou o acesso aos jovens. A aplicação dos formulários e entrevistas ocorreu nos dois ambulatórios e nos domicílios dos jovens escolares. Para contrastar os resultados, 14 (quatorze) professores de 02 (dois) dos jovens participantes, foram entrevistados. Na socialização dos resultados desse estudo foram adotados nomes fictícios inspirados na literatura de países africanos, à medida em que os respondentes forem mencionados.

Os dados sociodemográficos foram organizados no *Statistical Package for Social Science* (SPSS) e as informações recolhidas interpretadas a partir da análise de conteúdo temático. Finalmente, cabe destacar que o trabalho obedeceu aos mais rigorosos padrões de ética, tendo sido inscrito na Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia.

CADA UM SABE A DOR E A DELÍCIA DE SER O QUE É...

O desconhecimento sobre algo, como, por exemplo, a falta de informação no que concerne às DF, converte-se, por vezes, em preconceito⁽⁵⁾. Diametralmente, a ciência da patologia do Outro pode incorrer no mesmo resultado⁽⁶⁾. Esse é um dos dilemas vivenciados pelos jovens, ao se questionarem quanto à revelação do diagnóstico que possuem. Em geral, nos formulários, mencionaram que o fato de terem uma das DF não interfere na relação com os colegas e professores; entretanto, quando estimulados a falar sobre a socialização do diagnóstico, afirmaram não noticiar. As explicações para isso circundam entre:

- a) o consenso quanto à invisibilidade;

- b) frustrações anteriores por ocasião da elucidação da diagnose; e,
- c) medo do preconceito, da rotulação e do estigma.

Por meio dos excertos de dois jovens, extraídos do Formulário de Pesquisa, exemplifico a primeira razão declarada:

Adenique: – Esse nunca foi assunto na minha escola. Como não sabia muito da doença, até perguntava pra outras pessoas, mas ninguém sabia.

Sinevolta: – As pessoas dizem que sabem, mas não sabem. Estranho isso. Quando vou conversar, dizem outra coisa que não tem nada com o que estou falando.

Adenique revela outra informação além da já expressa. A condição juvenil traz constantes inquietações e, em se tratando da pessoa com a patologia, emergem dúvidas quanto a projetos futuros, modos de vida e autocuidado, dentre outros tópicos correlatos. Fomentar práticas escolares com vistas à divulgação e à elucidação do tema e de suas nuances “[...] contribui para aumentar o conhecimento sobre os diversos aspectos da doença, desenvolvendo o juízo crítico e a percepção da própria capacidade de intervenção sobre a vida e o ambiente.”⁽⁷⁾. Com efeito, ter um espaço em que se possa falar sobre o assunto com liberdade, através da interlocução com seus pares e adultos, favorece a permanência em lugares de socialização deveras comuns à população em geral. No discurso de *Sinevolta*, a ausência de interlocução se mostra quando conclui que “as pessoas não sabem nada sobre a doença”.

A invisibilidade já foi apontada anteriormente⁽⁸⁾ quando sínteses de pesquisas demonstraram que esta incidiu como unânime, tanto para professores, quanto para gestores do trabalho pedagógico. Na pesquisa realizada, foi observado que o desconhecimento se imbrica com a invisibilidade da patologia e se explica “[...] pelo fato de a doença não deixar marcas no sujeito ou por se ter, na escola, um número reduzido de alunos com a doença, quantidade que segundo os profissionais não causava impacto.”⁽⁸⁾.

Acrescenta-se ao já mencionado, o fato de que, no caso dos jovens, diferentemente do que acontece com as crianças, a participação de outros adultos que compartilham suas trajetórias não se *patenteia* na escola. Neste contexto, a comunicação sobre o diagnóstico fica a cargo do estudante, que, por vezes, já possui a maioria, como é o caso das jovens em destaque. Assim, além da inércia ante a descoberta da doença, o professor lida com a ausência de informação quanto ao diagnóstico.

A segunda razão declarada, frustrações anteriores por ocasião da elucidação da diagnose, se mostrou sobremodo singular, pois os episódios que geraram decepção resultaram, via de regra, de experiências construídas ao longo da vida, até a juventude. Os jovens realçaram que tanto seus pares quanto os adultos subestimam a gravidade das DF. Vejamos como as falas foram registradas nos Formulários de Pesquisa:

Bennan: – Às vezes eu até falava da doença, mas ninguém dava a menor importância;

Elon: – Quando falava o que eu tinha, alguns achavam que era moleza. Diziam: não é possível uma pessoa ficar doente toda hora;

Farak: – Realmente as pessoas não sabem quase nada. Alguns até paravam pra ouvir o que eu falava, mas a maioria nem ligava e ainda ficava falando um monte de coisa que não era verdade

sobre a doença. Parecia até que era contagiosa;

Vareda: – Eu tinha que explicar o tempo todo. Aí cansa. Ninguém entende e eu tenho que explicar porque tenho tanta dor.

Após estudo realizado com seis adolescentes com uma das DF, a do tipo SS, ressaltaram que “[...] a escola tem papel fundamental na vida dos estudantes, pois constitui um meio de socialização, proteção [...]”⁽⁹⁾ e informação, dentre outras funções. Por considerar que os sinais e sintomas das DF se manifestam nos espaços de passagem e permanência, deveria ser a escola, e aqueles que nela habitam, os constituintes do cuidado e da acolhida.

Para exemplificar, reporto-me às circunstâncias em que precisamos notificar, informar ou elucidar algo a um grupo de pessoas. Após explicitado, tece-se diálogo ou não, mas a validação da fala do Outro se dá, em primeiro lugar, por meio da crença na verdade dita.

O medo do preconceito e estigma está impregnado no discurso dos estudantes, tal como a seguir:

Adisa: – É estranho falar. Eu cansei um pouco, porque começo a falar e as pessoas me olham estranho. Não entendem muito bem e terminam tendo preconceito, sabe? Aí, agora, eu digo que tenho problema respiratório. É mais fácil e ninguém pergunta.

Vale destacar ainda, que mesmo em contexto completamente diferente, “[...] frequentemente se assinala o ingresso na escola pública como a ocasião para a aprendizagem do estigma [...]”⁽¹⁰⁾. Em virtude das razões exemplificadas, os participantes pontuaram de maneira recorrente que não informam seus professores ou colegas sobre a patologia, assim como os participantes da pesquisa de Dysson⁽¹¹⁾ e Sousa⁽¹²⁾. Neste último estudo, a autora sustenta que “[...] negar e esconder a doença aparece como uma forma de buscar a inclusão no grupo de pares e de evitar situações constrangedoras”⁽¹²⁾.

A imprecisão quanto ao diagnóstico piora os modos de vida daqueles que possuem uma doença crônica, por vezes levando-os a concluir que não têm direito a comungar sua condição em espaços de convívio social. Ainda que não sejam “[...] totalmente socializados a partir das orientações das instituições, nem a sua identidade construída apenas nos marcos das categorias do sistema [...]”⁽¹³⁾, a escola ainda se configura como importante espaço para que isso ocorra. Neste ambiente, instaura-se a tensão entre ser jovem e ser aluno, oscilando entre a participação e/ou passividade, resistência e/ou conformismo, interesse e/ou desinteresse

SÍNTESES POSSÍVEIS

Ao final da aplicação dos formulários junto aos jovens e da realização de entrevistas com os professores e estudantes, pleiteei que indicassem sugestões que tornassem as informações quanto as DF (mais) conhecidas, e, portanto, favorecessem a partilha do diagnóstico. As respostas dos 48 participantes rumaram em direção à elaboração de palestras, pesquisas, aulas que abordassem a temática e, sobretudo, autonomia na busca de elucidações.

Conquanto tenham sido analisados os materiais explicativos disponíveis por organismos públicos, percebi que o teor descritivo da doença, sinais e sintomas por vezes se explicita, mas

não é apontado um caminho para lidar com o caso fora dos espaços da saúde. Para potencializar o acesso à informação e criação de um espaço para partilha é viável a realização de anamneses, atualização e análise dos documentos performativos dos estudantes, instituição de rodas de conversa sobre doenças crônicas, tais como a DF, e criação de espaço físico para afixação de impressos que suscitem diálogos. De todo modo, essas são algumas possibilidades para a reversão de um quadro que gera o estigma e afastamento dos jovens dos espaços de socialização.

REFERÊNCIAS

1. Reis D. Professores de Jovens com doenças falciformes: contornos, nuances e imagens de viagem. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Programa de Pósgraduação em Educação e Contemporaneidade. Universidade do Estado da Bahia, Salvador, 2017.
2. Brasil. Cadernos de ética em pesquisa. 1998. [Acesso em 18 jun. 2014]. <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/materialeducativo/cadernos/caderno01.pdf>.
3. Kikuchi B. Assistência de enfermagem na doença falciforme nos serviços de atenção básica. Rev. Bras. Hematol. Hemoter, São José do Rio Preto, v. 29, n. 3, p. 331-338, 2007.
4. Atkin K, Ahmad W. Living a 'normal' life: young people coping with thalassemia major or sickle cell disorder. Soc Sci Med., Amsterdam, HOL, v. 53, n. 5, p. 615-626, set. 2001.
5. Reis, D, Leiro A. (2018). Tecituras entre educação e saúde: processos de escolarização da juventude soteropolitana com doenças falciformes. Revista da faeeba. educação e contemporaneidade, Salvador, 2016. 27(51), 195-212.
6. Dyson S. *et al.* Disclosure and sickle cell disorder: a mixed methods study of the young person with sickle cell at school. Social Science e Medicine, Amsterdam, HOL, v. 70, p. 2036-2044, 2010.
7. Alves M. *et al.* Educação em saúde para as pessoas com doença falciforme no Centro de Educação e Apoio a Hemoglobinopatias de Minas Gerais. Rev. Bras. Hematol. Hemoter., São Paulo, v. 31, n. 4, p. 36-46, jul./ago. 2009.
8. Castro, A. Por uma lua inteira: o processo de reinserção escolar do aluno com anemia falciforme após crise, com foco nas ações pedagógicas. 2014. 280 f. Tese (Doutorado em Educação)–Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.
9. Batista T, Morais A, Ferreira C. Com(vivendo) com anemia falciforme: o olhar da enfermagem para o cotidiano de adolescentes. In: Ferreira S, Cordeiro R. (Org.). Qualidade de vida e cuidados às pessoas com doença falciforme. Salvador: EDUFBA, 2013.
10. Dyson S. *et al.* Reported school experiences of young people living with sickle cell disorder in England. 2009.
11. Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1963.
12. Sousa E. O processo educacional e as crianças e adolescentes portadores de anemia falciforme. 2005. 96 f. Dissertação (Mestrado em Educação)–Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2005.
13. Dayrrell J. A escola faz as juventudes? Reflexões em torno da socialização juvenil. Educação e Sociedade, Campinas, v. 28, n. 100, p. 1105-1128, out. 2007.

Aline Dorea Santana
aline.dorea@hotmail.com

Graduada em Fisioterapia pela Faculdade Nobre,
Feira de Santana – Bahia.

Amanda Dias De Oliveira
amandadiasdeoliveira8@gmail.com

Graduada em Fisioterapia pela Faculdade Nobre,
Feira de Santana – Bahia.

Myrella Gonçalves Da Silva Vieira
myrellagsvieira@gmail.com

Graduada em Fisioterapia pela Faculdade Nobre,
Feira de Santana – Bahia.

André Luiz Lisboa Cordeiro
andrelisboacordeiro@gmail.com

Doutorando em Medicina e Saúde Humana pela
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública,
Salvador – Bahia. Docente da Faculdade Nobre,
UNEF e EBMSF.



Faculdade Adventista da Bahia

BR 101, Km 197 – Caixa Postal 18 – Capoeiruçu - CEP:
44300-000 - Cachoeira, BA

Revista Brasileira de Saúde Funcional
REBRASF

QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES ASMÁTICOS ATENDIDOS NO PROGRAMA DE CONTROLE DE ASMA E RINITE (PROAR)

*QUALITY OF LIFE OF ASTHMA PATIENTS TREATED IN
THE ASTHMA AND RINITE CONTROL PROGRAM (ARCP)*

RESUMO

Introdução: A asma é uma doença inflamatória caracterizada por limitação do fluxo expiratório, o que pode gerar uma redução da capacidade aeróbica e impactar diretamente sobre a qualidade de vida. Nesse cenário, o atendimento multiprofissional se faz necessário com o intuito de reverter as limitações impostas pela doença e incremento da qualidade de vida. **Objetivo:** Analisar a qualidade de vida dos pacientes asmáticos atendidos no Programa de Controle de Asma e Rinite (ProAR) de Feira de Santana-BA. **Métodos:** Estudo de caráter observacional realizado no ProAR, em cujo programa foi analisada a qualidade de vida de pacientes asmáticos antes e após intervenção multiprofissional, através do questionário SF-36. **Resultados:** Foram avaliados 38 pacientes, destes, 27 (71%) eram do sexo feminino com idade média de 55 ± 15 anos. Foi verificada melhora com significância estatística dos domínios: capacidade funcional (33 ± 9 para 75 ± 11 , $p < 0,01$), limitação por aspectos físicos (81 ± 15 para 41 ± 19 , $p < 0,01$), dor (89 ± 13 para 23 ± 15 , $p < 0,01$), estado geral da saúde (36 ± 10 para 55 ± 9 , $p = 0,03$), vitalidade (22 ± 12 para 78 ± 13 , $p < 0,01$), aspectos sociais (33 ± 14 para 56 ± 11 , $p = 0,02$), aspectos emocionais (32 ± 10 para 49 ± 9 , $p = 0,04$) e a saúde mental (27 ± 13 para 57 ± 9 , $p < 0,01$) do SF-36. **Conclusão:** Com base nos achados, é possível concluir que o atendimento multiprofissional parece estar associado à melhora da qualidade de vida em pacientes asmáticos atendidos no ProAR.

PALAVRAS-CHAVE:

Asma; Qualidade de vida; Fisioterapia.

ABSTRACT

Introduction: Asthma is an inflammatory disease characterized by expiratory flow limitation, which can lead to a reduction in aerobic capacity and directly impact on quality of life. In this scenario, multiprofessional care is necessary in order to reverse the limitations imposed by the disease and increase the quality of life. **Objective:** To analyze the quality of life of asthmatic patients treated at the Asthma and Rhinitis Control Program (ProAR) in Feira de Santana-BA. **Methods:** An observational study conducted at ProAR whose program analyzed the quality of life of asthmatic patients before and after multiprofessional intervention using the SF-36 questionnaire. **Results:** Thirty-eight patients were evaluated, of which 27 (71%) were female with a mean age of 55 ± 15 years. Improvement was verified with statistical significance of the domains: functional capacity (33 ± 9 to 75 ± 11 , $p < 0.01$), limitation by physical aspects (81 ± 15 to 41 ± 19 , $p < 0.01$), pain (89 ± 13 to 23 ± 15 , $p < 0.01$), general state of health (36 ± 10 to 55 ± 9 , $p = 0.03$), vitality (22 ± 12 to 78 ± 13 , $p < 0.01$), social aspects (33 ± 14 to 56 ± 11 , $p = 0.02$), emotional aspects (32 ± 10 to 49 ± 9 , $p = 0.04$) and mental health (27 ± 13 to 57 ± 9 , $p < 0.01$) of SF-36. **Conclusion:** Based on the findings, it is possible to conclude that multiprofessional care seems to be associated with improved quality of life in asthmatic patients treated in the ProAR.

Keywords: Asthma; Quality of life; Physiotherapy.

INTRODUÇÃO

A asma é considerada uma doença de prevalência elevada, afetando 20 milhões de brasileiros, segundo dados do DATASUS. Em 2011, no Brasil, foi considerada a quarta causa de internações, sendo 160 mil hospitalizações em média de seis mortes diárias⁽¹⁾. A principal característica fisiopatogênica da asma é a inflamação brônquica, resultante de um amplo e complexo espectro de interações entre células inflamatórias, mediadores e células estruturais das vias aéreas, caracterizada por broncoespasmo, edema na parede do brônquio, hipersecreção e hiperresponsividade que pode ser desencadeada à exposição ambiental, estresse emocional, gerando limitação reversível do fluxo aéreo, alterando a mecânica ventilatória. Os sinais clínicos apresentados são dispneia, aperto no tórax, tosse, sibilos, geralmente no período da manhã e da noite⁽²⁻³⁾.

Segundo Pereira, Calvacante, Pereira, Lucas & Holanda⁽⁴⁾, os portadores de asma estão sujeitos a conviverem com processos de adaptações devido às limitações fisiológicas geradas pela doença, podendo apresentar uma série de crises, visitas frequentes em hospitais com possíveis internamentos e ingestões diárias de medicamentos. Essas limitações podem comprometer diretamente a qualidade de vida desses indivíduos e quanto maior for a gravidade da doença, mais repercussões negativas irão existir ao decorrer da vida.

Essas limitações trazem consigo um grande impacto na vida dessas pessoas, em termos de qualidade de vida. Isso porque haverá a perda de produtividade em suas atividades de vida diária, na profissão, desempenho escolar, lazer, como também na redução da participação na

vida familiar, acarretando comprometimentos de ordem física, psicológica, social⁽⁴⁻⁵⁾.

A qualidade de vida, atualmente, não é apenas a ausência de doença ou enfermidade, salientando que a elevada sobrevida não significa uma boa qualidade de vida, mas sim o bem-estar físico, mental e social relacionado à percepção que os indivíduos têm de sua posição na vida, no contexto cultural e sistema de valores em que vivem e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações⁽⁶⁾. Para medir a qualidade de vida, há vários instrumentos, dentre eles alguns questionários.

O *SF-36 (Medical Outcomes Study 36 – Item Short – Form Health Survey)* é um instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida, de fácil administração e compreensão. Consiste em um questionário multidimensional formado por 36 itens, englobados em 8 (oito) escalas ou domínios, que são: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Apresenta um escore final de 0 (zero) a 100 (obtido por meio de cálculo do *Raw Scale*), no qual o zero corresponde ao pior estado geral de saúde e o 100 corresponde ao melhor estado de saúde.

O tratamento fisioterapêutico é imprescindível na atuação e prevenção de crises de asma perante a uma equipe multidisciplinar. Com o intuito de melhorar as condições da mecânica respiratória desde orientações da doença, técnicas terapêuticas de cinesioterapia, através de exercícios respiratórios, posicionamentos e atividade física controlada, fortalecimento da musculatura respiratória em casos de fraqueza muscular e reeducação postural⁽⁷⁻⁸⁾.

A asma pode ser controlada, desde sintomas e exacerbações, evoluindo na melhor qualidade de vida dos portadores, através de uma atuação de diversos profissionais voltada à prevenção e educação em asma, tratamento farmacológico e reabilitador⁽⁹⁾. No intuito pela busca do controle da asma e melhoria da qualidade de vida, criou-se o Programa de Controle da Asma na Bahia (ProAR), cujo objetivo é consolidar e expandir as atividades de pesquisa deste programa de extensão da Faculdade de Medicina.

Desde 2002, essa ação extensionista oferece assistência a pacientes com asma grave, investigando Fatores de risco, endofenótipos e biomarcadores da asma grave. O objetivo desse trabalho foi de analisar a qualidade de vida dos pacientes asmáticos atendidos no Programa de Controle de Asma na Bahia (ProAR) na cidade de Feira de Santana no estado da Bahia.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo observacional, realizado no Centro de Saúde Especializada – Programa de Controle de Asma e Rinite (CSE- ProAR). O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Nobre sob o parecer nº 2.150.434. Todos os voluntários assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram incluídos indivíduos de ambos os gêneros, com idade acima de 18 anos e com diagnóstico clínico confirmado de asma brônquica, através da história clínica, exame físico e prova de função pulmonar. Foram excluídos da pesquisa aqueles pacientes que não sabiam responder ao questionário, com doenças cardíacas associadas, que apresentassem limitações física e pacientes que não mantivessem adesão ao tratamento no ProAR.

Após atenderem aos critérios de inclusão, os pacientes responderam a um questionário

para avaliação da qualidade de vida (*SF-36*) antes de iniciar o tratamento no ProAR e, também, como estavam após a intervenção multiprofissional nessa instituição. Cada pergunta do questionário foi realizada pelos pesquisadores e respondida por cada paciente.

Para análise dos dados foi utilizado o programa SPSS 20.0. Os dados foram expressos em média e desvio padrão. No que concerne à avaliação dos resultados Pré e pós atendimento no ProAR, foi utilizado o teste *T de Student* pareado. Foi considerado como significativo quando um $p < 0,05$.

RESULTADOS

Durante o período das coletas, foram avaliados 38 pacientes atendidos no ProAR. Deste total de pacientes, 27 (71%) eram do sexo feminino e apresentavam idade média de 55 ± 15 anos. As demais características são demonstradas na Tabela 1.

Tabela 1 – Características clínicas dos pacientes atendidos no ProAR

Variável	n = 38 (%)
Gênero	
Masculino	11 (29%)
Feminino	27 (71%)
Idade (anos)	55 ± 15
IMC* (kg/m ²)	
Eutrófico	17 (45%)
Sobrepeso	13 (34%)
Obesidade	8 (21%)

Fonte: Dados da pesquisa.

*IMC – Índice de Massa Corpórea.

Quando avaliados os resultados dos domínios pertencentes ao questionário utilizado no estudo, verificou-se que todas as variáveis apresentaram melhora com significância estatística. Na tabela 2, estão demonstrados os valores obtidos no Pré e Pós atendimento.

Tabela 2 – Resultado dos domínios do Questionário *SF-36*

Domínio	Pré-Atendimento	Pós-Atendimento	p ^{a*}
Capacidade Funcional	33 ± 9	75 ± 11	<0,01
Limitação por aspectos físicos	81 ± 15	41 ± 19	<0,01
Dor	89 ± 13	23 ± 15	<0,01
Estado geral da saúde	36 ± 10	55 ± 9	0,03
Vitalidade	22 ± 12	78 ± 13	<0,01
Aspectos sociais	33 ± 14	56 ± 11	0,02
Aspectos emocionais	32 ± 10	49 ± 9	0,04

Fonte: Dados da pesquisa.

*a. Teste *T de Student* pareado.

DISCUSSÃO

Baseado nos resultados obtidos com o estudo, foi observado que os pacientes, antes de iniciarem o tratamento fisioterapêutico, possuíam limitações físicas, emocionais e sociais advindas da sua condição de saúde. Segundo relatos já publicados, cerca de 50% dos pacientes que não realizam o tratamento adequado evoluem com hiperinsuflação pulmonar. Essa condição clínica promove um desequilíbrio da mecânica ventilatória, devido à retificação do diafragma, associado à fraqueza da musculatura respiratória, culminando com a piora no condicionamento cardiorrespiratório. Esse quadro leva a um aumento do desconforto respiratório e à dispnéia, o que acarreta em uma piora acentuada da qualidade de vida⁽⁸⁾.

Os pacientes asmáticos apresentam consideráveis restrições físicas, tais como limitação das atividades de vida diária e atividades de lazer. Assim, tendem a apresentar também alterações emocionais e sociais devido à ocorrência de exacerbações súbitas e inesperadas da doença.

É possível que o fato de termos uma amostra predominantemente feminina possa ter interferido de forma positiva na boa adesão ao protocolo de intervenção. É sabido que por questões culturais, a mulher tende a ser mais cuidadosa, e com isso, mais receptiva a novas experiências.

O fato de 79% dos participantes do estudo estarem com os seus IMC normais ou sobrepeso, pode ser um diferencial favorável à participação nas atividades. Sem dúvidas, a pessoa que se encontra bem física e espiritualmente, tem mais vontade e ânimo para desenvolver atividades em variáveis âmbitos da vida.

Segundo um estudo realizado por Sundha et al⁽¹⁰⁾ na Suécia, o nível de qualidade de vida autorreportada pelos pacientes nos últimos 10 (dez) anos não sofreu alteração sendo geralmente alta, fato que vai de encontro aos resultados obtidos no presente estudo, que evidenciou no momento Pré intervenção os pacientes apresentando um nível de qualidade de vida baixo. Muito provavelmente, essa diferença pode ter relação com a exposição ambiental, além do estresse emocional que esses indivíduos são submetidos diariamente.

Após a realização do protocolo de Fisioterapia, a capacidade funcional dos participantes da pesquisa apresentou melhora. Esse protocolo não se restringe apenas a manobras de higiene brônquica e redução do desconforto respiratório. Foram utilizados dispositivos pressóricos de carga linear (*Threshold*), que proporcionam o treinamento de potência ou *endurance* principalmente da musculatura inspiratória. A utilização deste recurso proporciona a atenuação do período entre as crises, bem como minimiza a intensidade durante os períodos obstrutivos⁽¹¹⁾. Resultado semelhante foi encontrado por Oliveira e Macedo⁽¹²⁾, que perceberam após realizarem um protocolo de treinamento da musculatura inspiratória, uma potencialização da força muscular e, conseqüentemente, melhora da capacidade para realização das atividades de vida diária.

Foi observado que os pacientes, na avaliação pós protocolo, apresentaram uma melhora significativa nos quesitos psicológicos e sociais. Corroborando com os nossos resultados, Borba, Ribeiro, Ribeiro, Ohara & Sarti⁽¹³⁾ concluíram em seu estudo que a asma envolve não só o aspecto biológico, mas também as relações interpessoais em seus aspectos psicológicos e sociais, transformando-se em experiências difíceis, permeadas de sofrimento. Desse modo, entende-se que a participação de um componente emocional ou psicodinâmico no quadro da

asma brônquica é um fenômeno marcante e bem conhecido.

Tal componente emocional pode influir em três níveis do quadro asmático: no desencadeamento das crises, na persistência ou agravamento do sofrimento durante as crises ou períodos intercríticos e na resistência do tratamento⁽¹⁴⁾. E, segundo as entrevistas realizadas no ProAR, foi possível perceber que os pacientes nos pós atendimento fisioterapêutico apresentaram melhora significativa nos domínios emocionais e mental, recuperando a qualidade de vida dos pacientes.

Bruton et al.⁽¹⁵⁾ verificaram que um programa de exercício para reeducação respiratória influenciou positivamente na qualidade de vida, porém sem impacto sobre a função pulmonar. Provavelmente, a reeducação diafragmática otimiza as fibras do tipo I aumentando a tolerância ao esforço e, conseqüentemente, gerando impacto sobre as atividades de vida diária, as quais influenciam a qualidade de vida.

Outra possível questão associada à melhora dos resultados em nosso trabalho é explicada por Abdelbasset, Alsubaie, Tantawy, Elyazed & Kamel⁽¹⁶⁾, os quais relatam que a mudança do estilo de vida e encorajamento à realização de atividades de vida diária geram uma melhora da qualidade de vida por promover uma melhora da interação física e social.

O estudo teve como principal limitação a falta de cálculo amostral, o que gera aumento do erro estatístico tipo I.

CONCLUSÃO

Com base nos achados, podemos concluir que o atendimento multiprofissional parece estar associado à melhora da qualidade de vida nos mais variados aspectos dos indivíduos asmáticos atendidos no Programa de Controle de Asma. Entretanto, faz-se necessários mais estudos, de preferência com uma amostra mais ampla, afim de buscar maiores dados sobre essa população estudada.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. (2013). Morbidade hospitalar do SUS - por local de internação - Brasil. [publicação online]; 2014. Brasília: DATASUS. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/miuf.def>
2. Matias JLP, Oliveira BN. Interface entre a natação e o tratamento da asma sob a perspectiva do paciente asmático. *Cinergis*, Santa Cruz do Sul. 2018;18(4):296-301.
3. Maia LFS, Santos BL, Pereira CMJ, Santos MM, Rodrigues EP, Santos MC. Assistência de enfermagem ao adulto com agravos respiratórios. *Rev. Recien*. 2016; 6(18):85-91.
4. Pereira EDB, Calvacante AGM, Pereira ENS, Lucas P, Holanda MA. Controle da asma e qualidade de vida em pacientes com asma moderada ou grave. *J. bras. pneumol*. 2011;37(6).
5. Matsunaga NY. Avaliação do controle e da gravidade da asma de acordo com o nível

de atividade física habitual, a função pulmonar e a qualidade de vida em crianças e adolescentes. Campinas, SP: 2015;

6. Pereira EF, Teixeira CS, Santos A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. Rev. bras. Educ. Fís. Esporte, São Paulo. 2012;26(2):241-50.

7. Póvoa LS, Tanganelli R. Levantamento das Diversas Técnicas Fisioterapêuticas Utilizadas no Controle da Asma. Uniciências. 2012;16(1):33-37.

8. Lanza FC, Corso SD. Fisioterapia no paciente com asma: intervenção baseada em evidências. Arq. Asma Alerg. Imunol. 2017;1(1):59-64.

9. Cidade SF, Roncada C, Costa DD, Rafael JG, Pitrez PM. Validação linguística e psicométrica do questionário sobre conhecimento em asma Newcastle Asthma Knowledge Questionnaire. Rev. Ciênc. Méd., Campinas. 24(2):45-54.

10. Sundha J, Wireklint P, Hasselgren M, Montgomery S, Ställberg B, Lisspers K, Janson C. Health-related quality of life in asthma patients - A comparison of two cohorts from 2005 and 2015. Respiratory Medicine. 2017; 132:154-160.

11. Duruturk N, Acar M, Dog̃rul MI. Effect of Inspiratory Muscle Training in the Management of Patients With Asthma: a randomized controlled trial. Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention. 2018;38:198-203.

12. Oliveira DC, Macedo AB. Eficácia da atuação Fisioterapêutica no paciente asmático durante o período de intercrise: Revisão de Literatura. RESU – Rev. Educação em Saúde. 2016;4(1):129-136.

13. Borba RIH, Ribeiro CA, Ribeiro CA, Ohara CVS, Sarti CA. O mundo da criança portadora de asma grave na escola. Acta paul. enferm. [online]. 2009, vol.22, n.spe, pp. 921-927.

14. Lemle, A. Aspectos psicossomáticos em pacientes com asma brônquica. Mello-Filho J de. Psicossomática Hoje. 2. ed. Porto Alegre: Artmed. 2010. p. 227-233.

15. Bruton A, Lee A, Yardley L, Raftery J, Arden-Close E, Kirby S et al. Physiotherapy breathing retraining for asthma: a randomised controlled trial. Lancet Respir Med. **2018 Jan;6(1):19-28**

16. Abdelbasset WK, Alsubaie SF, Tantawy SA, Elyazed TIB, Kamel DM. Evaluating pulmonary function, aerobic capacity, and pediatric quality of life following a 10-week aerobic exercise training in school-aged asthmatics: a randomized controlled trial. Patient Preference and Adherence. 2018;12: 1015–1023.

Marília de Matos Amorim

amorim.mah@hotmail.com

Mestre em Saúde Coletiva. Doutoranda pela Universidade Estadual de Feira de Santana.

Sarah dos Santos Conceição

sarahs.conceicao@gmail.com

Mestre em Saúde Coletiva. Doutoranda pela Universidade de Brasília.

Núbia Samara Caribé de Aragão

nscaribe@hotmail.com

Mestre em Saúde Coletiva. Professora da Faculdade Adventista da Bahia.



Faculdade Adventista da Bahia

BR 101, Km 197 – Caixa Postal 18 – Capoeiruçu - CEP:
44300-000 - Cachoeira, BA

Revista Brasileira de Saúde Funcional
REBRASF

FINANCIAMENTO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL: UM ESTUDO COMPARATIVO ENTRE DOIS MUNICÍPIOS DA BAHIA

FINANCING OF THE NATIONAL ORAL HEALTH POLICY: A COMPARATIVE STUDY BETWEEN TWO MUNICIPALITIES OF BAHIA

RESUMO

Introdução: O financiamento público federal para a saúde bucal expandiu-se com a incorporação das equipes de saúde bucal na saúde da família, a partir dos anos 2000, entretanto, o subfinanciamento desafia sua consolidação, com um percentual quase inalterado dos gastos federais como proporção do Produto Interno Bruto (PIB). **Objetivo:** Comparar o financiamento da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) entre os municípios de Feira de Santana e Vitória da Conquista, estado da Bahia, ano de 2017. **Material e métodos:** Estudo descritivo, comparativo, com dados secundários do Fundo Nacional de Saúde e do Sistema de Informação de Orçamentos Públicos em Saúde dos municípios. As variáveis de estudo foram o tesouro e os gastos com: saúde, saúde bucal, atenção básica, saúde bucal na atenção básica, média e alta complexidade. **Resultados:** O tesouro municipal de Feira de Santana para o ano de 2016 de gastos com a saúde, corresponde a cerca de 16,4% da receita do município. Comparativamente, em Vitória da Conquista, que possui quase a metade de habitantes, o tesouro municipal no mesmo ano corresponde a 21,4% gastos com despesas em saúde. **Discussão:** Apesar de levar em consideração o perfil epidemiológico e as necessidades de saúde para os gastos em saúde, dados acerca da cobertura populacional por equipes de saúde bucal mostram uma baixa cobertura em ambos os municípios. Revelando, desta forma, a baixa cobertura odontológica, apesar dos inegáveis avanços

PALAVRAS-CHAVE:

Financiamento Governamental; Saúde Bucal; Saúde da Família.

da PNSB. **Conclusão:** Os municípios, apesar de estarem dentro do padrão mínimo de repasse para saúde pública preconizado por lei, ainda apresentam um subfinanciamento na saúde, que reflete em uma baixa cobertura dos serviços, incluindo os serviços odontológicos.

ABSTRACT

Introduction: Federal public funding for oral health expanded with the incorporation of oral health teams into family health, from the 2000s, however, the underfinancing challenges its consolidation, with an almost unchanged percentage of federal spending as a proportion of Gross Domestic Product (GDP). Gross Internal. **Objective:** To compare the financing of the National Oral Health Policy (NOHP) between the municipalities of Feira de Santana and Vitória da Conquista, in the State of Bahia, year 2017. **Material and methods:** Descriptive and comparative study with secondary data from the National Health Fund and the Public Health Budget Information System of the municipalities. The study variables were the treasury and the expenses with: health, oral health, primary care, oral health in primary care, medium and high complexity. **Results:** The municipal treasury of Feira de Santana for health spending in 2016 corresponds to about 16.4% of the municipality's revenue. Comparatively, in Vitória da Conquista, which has almost half of inhabitants, the municipal treasury in the same year corresponds to 21.4% spent on health expenses. **Discussion:** Although taking into consideration the epidemiological profile and health needs for health spending, data on population coverage by oral health teams show low coverage in both municipalities. Revealing, in this way, the low dental coverage despite the undeniable advances of the NOHP. **Conclusion:** Although the municipalities are within the minimum standard of public health transfer recommended by law, they still have underfunding on health, which reflects a low coverage of services, including dental services.

Keywords: Government financing; Oral Health; Family Health.

INTRODUÇÃO

A demanda do setor saúde, em especial no que diz respeito ao financiamento de suas ações e serviços, tem estimulado a atenção e inquietação nos mais diversos segmentos da sociedade brasileira. Isso se dá pela importância social e o impacto do setor não apenas na economia do país, mas, em particular, nas contas públicas e nos orçamentos dos brasileiros. Dessa forma, como em outras políticas públicas, o financiamento é um importante componente indutor de estratégias e ações no âmbito da saúde⁽¹⁻²⁾.

No Brasil, o financiamento público federal especificamente para a saúde bucal expandiu-se com a incorporação das equipes de saúde bucal no antigo Programa de Saúde da Família, a partir dos anos 2000. Com a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal "Brasil Sorridente", houve um considerável aumento dos repasses federais aos municípios para o financiamento das ações e serviços de saúde bucal⁽³⁻⁴⁾.

Nessa perspectiva, por um lado, a descentralização financeira originada pela Constituição Federal de 1988 permitiu aos municípios assumirem efetivamente parte do financiamento do

setor saúde. No entanto, ainda existem percalços na destinação de parte do dinheiro municipal, na efetuação da necessária contrapartida, a fim de tornar possível a realização das atividades odontológicas^(1,4).

Desses entraves fazem parte não somente pontos ligados à concepção do novo dispositivo constitucional, em especial no que diz respeito ao Orçamento Geral da Saúde, mas também em relação à compreensão pelo conjunto de atores da política de saúde, em que estão inclusos os órgãos de controle nos três níveis de governo, sobre as definições nele contidas. Atualmente, é estipulado por lei que o percentual das receitas municipais aplicados em saúde seja de no mínimo 15%, enquanto a participação da União será corrigida pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB)^(1,5).

O pacto federativo brasileiro possui esta particularidade de descompasso entre as capacidades financeiras e as atribuições das três esferas governamentais, no qual os estados e municípios apresentam uma maior participação nas receitas públicas para a saúde, com demasiada ingerência da União sobre a autonomia do gasto público. Contudo, apesar do crescimento real dos gastos totais no âmbito da saúde, principalmente entre os anos 2000 a 2012, o subfinanciamento desafia sua consolidação, com um percentual quase inalterado dos gastos federais como proporção do PIB⁽⁶⁾.

A descentralização de atribuições para a esfera municipal de gestão prevê aos gestores a função de viabilizar ações e serviços com recursos públicos, o que promove decisões fundamentadas em subsídios confiáveis e de interesse estratégico. Diante da necessidade de estruturação para o gerenciamento das unidades e serviços de saúde da atenção básica, em especial para a saúde bucal, os gestores municipais se interessam em estender o modelo de análise de custos adotado por serviços hospitalares, que, dentre os estudos de despesas em saúde, apresentam maior predominância de trabalhos realizados⁽⁷⁾.

Situada na Bahia, Feira de Santana é considerada um dos mais importantes entroncamentos rodoviários do Norte e Nordeste do Brasil, com população estimada de 609.9013 habitantes; já Vitória da Conquista tem uma população estimada de 338.885 habitantes, com baixa densidade demográfica comparada a Feira de Santana e alto crescimento do PIB na região⁽⁸⁾. Levando em consideração a descentralização e os dois maiores municípios do interior da Bahia: Feira de Santana e Vitória da Conquista, objetivou-se comparar o financiamento da Política Nacional de Saúde Bucal entre estes dois municípios no ano de 2017, calculando o percentual dos gastos em saúde bucal sobre os gastos totais em saúde, na atenção básica e na média e alta complexidade.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, comparativo, utilizando dados secundários do Fundo Nacional de Saúde e do Sistema de Informação de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) do município de Feira de Santana e Vitória da Conquista, Bahia, no ano de 2017.

O município de Feira de Santana encontra-se na Gestão Plena do Sistema Municipal, respondendo pela atenção básica e pelos serviços de média e alta complexidade da rede local de saúde. Na atenção básica, segundo os dados da Secretaria Municipal de Saúde, o município conta com 88 Unidades de Saúde da Família (USF), 16 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 105

Equipes de Saúde da Família, 37 Equipes de Saúde Bucal com 35 odontólogos e 18 Equipes Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Além disso, o município ainda conta com dois centros de especialidades odontológicas (CEO).

Assim como Feira de Santana, Vitória da Conquista também se encontra na Gestão Plena do Sistema Municipal, assumindo a atenção básica e serviços de média e alta complexidade. Segundo os dados da Secretaria de Saúde, o município conta com 42 equipes de Saúde da Família. Com relação à saúde bucal, o município conta com 35 equipes e 01 (um) centro de especialidades odontológicas.

Os dados do estudo foram obtidos através de uma análise do sistema de informação do Fundo Nacional de Saúde e do Sistema de Informação de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). As variáveis de estudo foram o tesouro do município e os gastos com: saúde, saúde bucal, atenção básica, saúde bucal na atenção básica, média e alta complexidade e com a saúde bucal na média e alta complexidade.

Foi realizada uma análise descritiva das variáveis, calculando o percentual dos gastos em saúde bucal sobre os gastos totais em saúde, na atenção básica e na média e alta complexidade, a fim de comparar o financiamento da Política Nacional de Saúde Bucal em ambos os municípios.

RESULTADOS

Segundo os dados do Fundo Nacional de Saúde e do Sistema de Informação de Orçamentos Públicos em Saúde, o tesouro municipal de Feira de Santana, para o ano de 2016, foi de R\$ 1.096.047.428,74 um total de R\$ 179.414.930,76 representa gastos com a saúde, que corresponde a cerca de 16,4% da receita do município (Tabela 1).

Comparativamente, Vitória da Conquista, Bahia, que possui quase a metade de habitantes de Feira de Santana (348.718 habitantes), possuiu um tesouro municipal no mesmo ano de R\$ 642.369.211,89 e, deste valor, 21,4% foi gasto com despesas em saúde (R\$ 134.947.965,06) (Tabela 1).

Tabela 1 – Tesouro municipal e gastos com saúde nos municípios de Feira de Santana e Vitória da Conquista, 2017.

	Feira de Santana	Vitória da Conquista
Tesouro Municipal	R\$ 1.096.047.428,74	R\$ 642.369.211,89
Gastos com Saúde	R\$ 179.414.930,76	R\$ 134.947.965,06
% Gastos com Saúde	16,4%	21,4%

Fonte: Fundo Nacional de Saúde, 2016 e Sistema de Informação de Orçamentos Públicos em Saúde, 2017.

Na Tabela 2, pode-se observar que os gastos com Saúde Bucal foram de 0,7% e 1% em Feira de Santana e Vitória da Conquista, respectivamente. O panorama de financiamento da saúde bucal no Brasil começa a se construir a partir de 2000, momento em que a oferta de recursos se torna compatível com a maior expressividade adquirida pela saúde bucal na agenda de governo.

Tabela 2 – Gastos com Saúde bucal nos municípios de Feira de Santana e Vitória da Conquista, 2017.

	Feira de Santana	Vitória da Conquista
Gastos com Saúde	R\$ 179.414.930,76	R\$ 134.947.965,06
Gastos Saúde Bucal	R\$ 1.263.760,00	R\$ 1.374.360
% Gastos com Saúde Bucal	0,7%	1%

Fonte: Sistema de Informação de Orçamentos Públicos em Saúde, 2017.

Segundo dados do SIOPS, analisando o total de gastos com saúde bucal na atenção básica, no município de Feira de Santana, percebe-se que houve R\$ 1.052.560,00 de despesas públicas, representando, aproximadamente, 2,5% dos gastos totais da atenção básica e 0,6% dos gastos totais com saúde. Já no município de Vitória da Conquista, os gastos com saúde bucal na atenção básica foram de R\$1.097.160,00, representando 4,6% dos gastos da atenção básica e 0,8% dos gastos totais em saúde, 2,1% a mais que em feira de Santana, levando em consideração os gastos da atenção básica (Tabela 3).

Tabela 3 – Gastos com Saúde Bucal na atenção básica nos municípios de Feira de Santana e Vitória da Conquista, 2017.

	Feira de Santana	Vitória da Conquista
Gastos com a atenção básica	R\$ 41.905.775,52	R\$23.672.990,64
Gastos com Saúde bucal na atenção básica	R\$ 1.052.560,00	R\$1.097.160,00
% Gastos com saúde bucal na atenção básica	2,5%	4,6%

Fonte: Sistema de Informação de Orçamentos Públicos em Saúde, 2017.

Para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), o gasto total para o ano de 2017 no município de Feira de Santana foi de R\$211.200,00 correspondendo a 0,16% do total de gastos com a média e alta complexidade em saúde no município e 0,1% dos gastos totais com saúde. Com relação aos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) do município de Vitória da Conquista, o gasto total no mesmo ano de análise foi de R\$ 277.200,00, correspondendo a 0,26% do total de gastos com a média e alta complexidade em saúde no município e 0,2% dos gastos totais com saúde. Representando 0,1% a mais do que em Feira de Santana, considerando os gastos com a média e alta complexidade (Tabela 4).

Tabela 4 – Gastos com Saúde Bucal na média e alta complexidade nos municípios de Feira de Santana e Vitória da Conquista, 2017.

	Feira de Santana	Vitória da Conquista
Gastos com a média/alta complexidade	R\$125.520.380,73	R\$104.417.810,30
Gastos com Saúde bucal	R\$211.200,00	R\$277.200,00
% Gastos com saúde bucal	0,16%	0,26%

Fonte: Sistema de Informação de Orçamentos Públicos em Saúde, 2017

DISCUSSÃO

Nota-se uma diferença de 5% de investimento em saúde entre os municípios de Vitória da Conquista e Feira de Santana. Sendo que, o valor destinado à saúde no município de Feira de Santana (R\$ 179.414.930,76) foi próximo ao valor destinado à cidade de Vitória da Conquista (R\$ 134.947.965,06) e a diferença de habitantes entre as cidades é quase o dobro. Essa diferença do investimento pode ser explicada pelo processo de descentralização da Saúde, no qual os municípios foram levados à condição de gestores dos serviços de saúde em seu território, atuando com total autonomia na execução de suas ações⁽⁹⁾. Apesar dos avanços da descentralização dos recursos alocados no setor saúde, as transferências federais podem ignorar as diferentes necessidades de saúde entre municípios e regiões de saúde, ocultando as desigualdades existentes na distribuição dos recursos financeiros⁽¹⁰⁾.

De acordo com a Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012, os municípios devem aplicar no mínimo 15% de suas receitas de impostos e transferências constitucionais em saúde⁽⁵⁾. Levando em consideração a lei, os dois municípios estão dentro do padrão mínimo preconizado, no entanto, pode-se pensar que os recursos destinados à saúde nos referidos municípios talvez não sejam suficientes para atender às necessidades em saúde das populações.

A Política Nacional de Saúde Bucal, instalada em 2003, traz diretrizes para o fortalecimento da atenção básica e para a ampliação da oferta de serviços, assegurando também o atendimento nos níveis secundário e terciário, de modo a buscar integralidade da atenção. Com relação ao financiamento da política, nota-se evolução até certo ponto, tanto no que se refere à atenção básica, quanto à atenção especializada⁽¹¹⁾. Por outro lado, a política sofre ameaças na atualidade, tendo em mente, tanto a PEC 241/55, que põe em risco o Sistema Único de Saúde como um todo, como a “reforma” da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que permite o financiamento de equipes de saúde menores, não incluindo o cirurgião-dentista.

A Política Nacional de Atenção à Saúde Bucal consolidou o financiamento para atenção primária e especializada. No entanto, o aumento do financiamento para a saúde bucal na Estratégia Saúde da Família nos últimos parece não ser suficiente diante de uma demanda reprimida presente no país. A maior parte do dinheiro gasto com saúde bucal é votada para os recursos humanos, podendo levar à falta de investimento em outras áreas, causando problemas com a regularidade no abastecimento dos insumos e manutenção de equipamentos. Como consequência, pode ocasionar a redução dos serviços prestados à população⁽¹²⁾.

O perfil assistencial da saúde bucal no Brasil até os anos 2000 foi marcado pela oferta reduzida de ações, de caráter curativo e mutilador. Estando muitas vezes dirigidas à faixa-etária escolar⁽¹³⁻¹⁴⁾. Nesse contexto, foi necessária a ampliação da assistência, principalmente no que tange à média e alta complexidade. No âmbito dos Centros de Especialidades Odontológicas, o Ministério da Saúde condicionou o seu repasse financeiro de custeio a uma produção mensal mínima de procedimentos ambulatoriais a ser verificada através do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS⁽¹¹⁾.

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde do município de Vitória da Conquista, o Centro de Especialidades Odontológicas conta com atendimento das áreas de endodontia, ortodontia preventiva, próteses, periodontia, cirurgia oral menor e atendimentos a pacientes portadores de necessidades especiais. Em Feira de Santana, os Centros de Especialidades Odontológicas

contam com os mesmos serviços, exceto ortodontia preventiva. Além disso, o município dispõe do atendimento e diagnóstico do câncer de boca.

Em Feira de Santana, dos R\$ 1.263.760,00 gastos com saúde bucal no município, 83,3% foram destinados à saúde bucal na atenção básica, enquanto 16,7% foram destinados às despesas na atenção odontológica especializada. Já em Vitória da Conquista, 79,8% foram destinados à saúde bucal na atenção básica, enquanto 20,2% para a atenção especializada.

Apesar de levar em consideração o perfil epidemiológico e as necessidades de saúde para os gastos em saúde, dados acerca da cobertura populacional por equipes de saúde bucal mostram uma baixa cobertura em ambos os municípios, com 35,49% no município de Vitória da Conquista e 19,73% em Feira de Santana, no ano de 2014⁽¹⁵⁾. Revelando, desta forma, a baixa cobertura odontológica, que, apesar dos inegáveis avanços da PNSB no contexto nacional, a cobertura dos serviços na atenção básica ainda é baixa, um fato considerável diante das necessidades acumuladas historicamente pela população brasileira⁽¹⁶⁾.

CONCLUSÃO

Apesar dos grandes avanços com a Política Nacional de Saúde Bucal e expansão dos serviços odontológicos no SUS, ainda se observa uma baixa cobertura odontológica nos municípios baianos comparados. Tanto Vitória da Conquista quanto Feira de Santana, apesar de estarem dentro do padrão mínimo de repasse para saúde pública preconizado por lei, ainda apresentam um subfinanciamento com relação à saúde, o que reflete em uma baixa cobertura dos serviços, incluindo os serviços odontológicos.

REFERÊNCIAS

1. Faveret ACSC. A vinculação constitucional de recursos para a saúde: avanços, entraves e perspectivas. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2003; 8(2): 371-378. Doi <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000200004>.
2. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. O Financiamento da Saúde/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007; 164 p.
3. Marinho MGS, Cesse EAP, Bezerra AFB, Sousa IMC, Fontbonne A, Carvalho EF. Análise de custos da assistência à saúde aos portadores de diabetes melito e hipertensão arterial em uma unidade de saúde pública de referência em Recife - Brasil. *Arq. Bras. Endocrinol. Metab.* [online]. 2011; 55(6): 406-411. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302011000600007>.
4. Sobrinho JEL, Santo ACGE. Análise dos custos da saúde bucal na atenção básica no município de Vitória de Santo Antão, Pernambuco. *Arq. Odontol.*[online]. 2013; 49(1): 26-31. ISSN 1516-0939.

5. Brasil. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Diário Oficial da União. 2012.
6. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro. Saúde soc. [online]. 2017; 26(2):329-335. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017168321>.
7. Arretche, M. Federalismo e igualdade territorial: uma contradição em termos? Dados. [online] 2017;53(3):587-620. Doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0011-525820100003000038>.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População residente estimada. Sistema IBGE de Recuperação Automática – SIDRA. [online]. 2017 [Acesso em 2019 mai. 23]. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6579#resultado>.
9. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. O Financiamento da Saúde/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: 2009;164p.
10. Teles AS, Coelho TCB, Ferreira MPS. Sob o prisma da equidade: financiamento federal do Sistema Único de Saúde no estado da Bahia. Saúde e Sociedade. 2016; 25: 786-799.
11. Kornis GEM, Maia LS, Fortuna RFP. Evolução do financiamento da atenção à saúde bucal no SUS: uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais. Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2011; 21: 197-215.
12. Macêdo MSR, Chavesii SCL, Fernandes ALC. Investimentos e custos da atenção à saúde bucal na Saúde da Família. Revista de Saúde Pública. 2016; 50(6): 1-12.
13. Brasil. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Banco de dados da pesquisa “Condições de Saúde Bucal da População Brasileira - Projeto SB Brasil 2003”. Brasília: Ministério da Saúde. [online] 2003a. [Acesso em 2019 mai. 09]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br..>
14. Maia LS. Política Nacional de Saúde Bucal: uma análise da reorganização da atenção à saúde bucal no Estado do Rio de Janeiro frente aos incentivos federais. 2008. (Dissertação de Mestrado). Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2008.
15. Brasil. MS. Percentual da população coberta por equipes do programa de saúde bucal. Brasil Sorridente. [online] 2014. [Acesso em 2019 jun. 15]. Disponível em: <http://www.deepask.com/goes?page=Odontologia:-Veja-dados-da-saude-bucal-por-cidade-do-Brasil>.
16. Tavares RP, Costa GC, Falcão MLM, Cristino PS. A organização do acesso aos serviços de saúde bucal na estratégia de saúde da família de um município da Bahia. Saúde debate. 2013; 37(99): 628-635. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042013000400010>.

Sarah dos Santos Conceição
sarahs.conceicao@gmail.com

Mestre em Saúde Coletiva. Doutoranda pela Universidade de Brasília.

Núbia Samara Caribé de Aragão
nscaribe@hotmail.com

Mestre em Saúde Coletiva. Professora da Faculdade Adventista da Bahia.

Carla Alencar Cruz
cacal_alencar@hotmail.com

Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana.

Daline Oliveira Carneiro
dalineoliveira@hotmail.com

Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana.

Marília de Matos Amorim
amorim.mah@hotmail.com

Mestre em Saúde Coletiva. Doutoranda pela Universidade Estadual de Feira de Santana.



Faculdade Adventista da Bahia

BR 101, Km 197 – Caixa Postal 18 – Capoeiruçu - CEP:
44300-000 - Cachoeira, BA

Revista Brasileira de Saúde Funcional
REBRASF

SAÚDE BUCAL AUTORREFERIDA NA REGIÃO NORDESTE: RESULTADOS DA PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE 2013

*SELF-REPORTED ORAL HEALTH IN THE NORTHEAST
REGION: RESULTS OF THE NATIONAL HEALTH SEARCH
2013*

RESUMO

Introdução: A Pesquisa Nacional de Saúde 2013 é um inquérito epidemiológico, em que adultos responderam a questionamentos sobre autopercepção de saúde bucal quanto aos padrões de higiene oral e condições de saúde bucal com enfoque à perda dentária e necessidade de uso de prótese. **Objetivo:** Descrever a condição de saúde bucal na Região Nordeste do Brasil a partir de dados extraídos da Pesquisa Nacional em Saúde em 2013. **Material e métodos:** Foram entrevistados 19.160 domicílios na Região Nordeste. Na análise de dados, os indicadores de cobertura foram estratificados de acordo grandes regiões, urbano/rural, idade, raça/cor, sexo e escolaridade. Descritas as prevalências e seus intervalos de confiança de 95% estimando os números absolutos. **Resultados:** Foi evidenciado que 85,9% das pessoas com 18 anos ou mais de idade escovam os dentes pelo menos duas vezes por dia; 47,9% trocavam a escova de dente por uma nova com menos de três meses de uso; 46,28% avaliaram sua saúde bucal como boa ou muito boa; 25,4% dos adultos informaram perda de 13 ou mais dentes e 30,9% usam algum tipo de prótese dentária. **Discussão:** O levantamento epidemiológico para o conhecimento da situação de saúde bucal da população é importante, pois a partir dos dados coletados é possível planejar, executar e avaliar as condições de saúde bucal da população. **Conclusão:** Os dados desse estudo reforçam a necessidade de políticas públicas e ações que reduzam

PALAVRAS-CHAVE:

Saúde Bucal; Inquérito Epidemiológico; Autopercepção; Autorrelato.

as injustiças sociais em saúde bucal, principalmente na Região Nordeste e que garantam o acesso igualitário aos serviços de saúde.

ABSTRACT

Introdução: The National Health Search 2013 was an epidemiological inquiry where adults answered questions about oral health self-perception regarding oral hygiene standards and oral health conditions with a focus on tooth loss and need for prosthesis. **Objective:** To describe the oral health condition in the Northeast Region of Brazil from data extracted of the National Health Search 2013. **Material and methods:** 19,160 households in the Northeast Region were interviewed. In the data analysis, coverage indicators were stratified by major regions, urban/rural, age, race/color, gender and education. Prevalence and their 95% confidence intervals are described, estimating absolute numbers. **Results:** It was evidenced that 85.9% of the people with 18 years of age or older brush their teeth at least twice a day; 47.9% exchanged the toothbrush for a new one with less than three months of use; 46.28% evaluated their oral health as good or very good; 25.4% of adults reported loss of 13 or more teeth and 30.9% used some type of dental prosthesis. **Discussion:** The epidemiological survey for the knowledge of the oral health situation of the population is important, because from the collected data it is possible to plan, execute and evaluate the oral health conditions of the population. **Conclusion:** The data from this study reinforce the needs for public policies and actions that reduce social injustices in oral health, especially in the Northeast region and that guarantee equal access to health services.

Keywords: Oral Health; Epidemiological Inquiry; Self perception; Self report.

INTRODUÇÃO

Na epidemiologia não é recente o interesse sobre a relação entre as iniquidades sociais e perfis de saúde da população. A ideia central dessa temática é que a apropriação desigual das riquezas tem reflexos importantes no setor saúde, e conseqüentemente, no perfil epidemiológico da população⁽¹⁾. A alta prevalência das doenças bucais, a possibilidade de controle desses agravos e os impactos nocivos na vida das pessoas afetadas ainda constituem um grande problema para as políticas públicas⁽²⁾.

No Brasil, de maneira geral, houve uma expressiva melhora na condição de saúde bucal dos brasileiros nos últimos vinte e cinco anos, o que pode ser constatado pela comparação dos inquéritos epidemiológicos nacionais realizados no país ao longo da história, destacando-se os levantamentos epidemiológicos feitos pelo Ministério da Saúde (MS) em 1986, 2003, 2010 e 2013⁽³⁻⁴⁾. Para verificar as mudanças ocorridas na saúde da população ao longo tempo, os inquéritos de base populacional são ferramentas primordiais para a eleição de grupos e demandas prioritários de atenção, além da elaboração de instrumentos para a formulação e a avaliação de políticas públicas vigentes⁽⁵⁾.

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2013, feita pelo MS em parceria com

a Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), trata-se de um inquérito epidemiológico de base domiciliar, em que adultos responderam a questionamentos sobre autopercepção de saúde bucal quanto aos padrões de higiene bucal e condições de saúde bucal com enfoque na perda dentária e necessidade de uso de prótese⁽⁴⁾. Os resultados apontam que 23% dos adultos referiram perda de 13 (treze) ou mais dentes, com maior prevalência entre as mulheres (26,3%), maiores de 60 anos (67,4%), sem instrução ou com ensino fundamental incompleto (44,2%), residente na zona rural (33,1%) e na Região Nordeste (25,4%)⁽⁵⁻⁶⁾.

A magnitude da desigualdade expressa nas condições de saúde bucal no Brasil é o grande desafio para as políticas públicas. Enquanto municípios de grande porte nas regiões Sul e Sudeste expressam bons níveis de saúde bucal, pequenos municípios das regiões Norte e Nordeste possuem indicadores bastante precários. Nessa perspectiva, a partir da PNS 2013 observou-se que problemas bucais, como cárie dentária, doença periodontal e perdas dentárias, são determinados por fatores demográficos, socioeconômicos e de utilização de serviços de saúde. Apesar da melhoria na saúde bucal da população brasileira, ainda existem grandes entraves geradores de iniquidades e desigualdades na Região Nordeste, que impedem a melhoria da qualidade de vida, saúde geral e bucal da população, a exemplo de determinantes históricos, políticos, econômicos, sociais e ambientais⁽⁷⁾.

Tendo em vista as disparidades regionais encontradas nas condições de saúde bucal dos brasileiros e considerando o elevado percentual de dentes perdidos no último levantamento epidemiológico entre os nordestinos (PNS 2013), este estudo se propõe a descrever a condição de saúde bucal autorreferida segundo fatores sociodemográficos, na Região Nordeste. Isso a fim de se adotar medidas sociais e econômicas, voltadas ao enfrentamento da exclusão social e intervenções de saúde pública complementares.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, transversal, no qual se utilizou dados secundários, fornecidos pela Pesquisa Nacional de Saúde de 2013. Os dados foram obtidos através do DataSUS, módulo U – Saúde Bucal. A população de estudo da PNS é constituída por moradores em domicílios particulares permanentes pertencentes à área de abrangência geográfica da pesquisa. O tamanho amostral mínimo foi determinado em 1.800 domicílios por Unidade da Federação. Na Região Nordeste, a amostra selecionada foi de 24.980 domicílios, no entanto, apenas 19.160 domicílios participaram do estudo, portanto, a mesma quantidade de indivíduos foi entrevistada.

Para o trabalho de campo da PNS, os entrevistadores fizeram contato com algum morador do domicílio, a fim de relatar qual o objetivo, como aconteceria e qual a importância da pesquisa. A partir daí foi criada uma lista com todos os moradores adultos do domicílio, e identificado o morador, com 18 anos ou mais de idade, que responderia à entrevista individual, sendo este selecionado aleatoriamente, assim, garantindo a representatividade do estudo. As entrevistas foram agendadas conforme disponibilidade do entrevistado e feitas com a utilização de computadores de mão programados adequadamente para processos de crítica das variáveis. O questionário foi subdividido em três partes: informações do domicílio, informações de todos os moradores e informações individuais do morador selecionado.

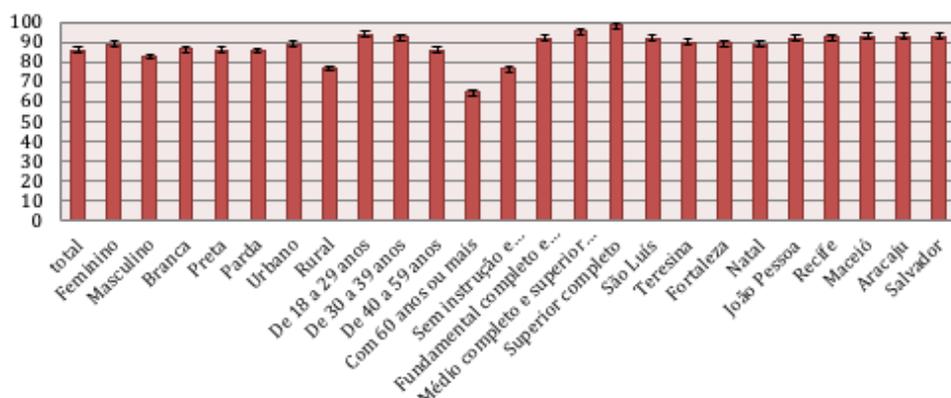
No presente estudo, foram avaliadas as seguintes variáveis de acordo com alguns indicadores sociodemográficos (sexo, faixa etária, raça-cor, nível de instrução, situação do domicílio, região metropolitana). Frequência de pessoas com 18 anos ou mais de idade que: utilizam escova dental, creme dental, fio dental para manutenção da saúde bucal; trocaram sua escova por uma nova, pelo menos, a cada três meses; consideram sua saúde bucal como boa ou muito boa; apresentam dificuldade de alimentar-se por problemas nos dentes ou dentadura; apresentavam problemas de saúde bucal autorreferidos, como perda dentária e uso de prótese.

Foi realizada a análise descritiva dos dados coletados da PNS no que se refere à frequência absoluta e relativa para Região Nordeste. Posteriormente, procedeu-se à estimativa da prevalência e seus intervalos de confiança de 95%, segundo sexo (masculino; feminino), faixa etária (em anos: 18-29; 30-39; 40-59 e 60 e mais), raça/cor da pele (branca; preta; parda), nível de instrução (sem instrução e ensino fundamental incompleto; ensino fundamental completo e médio incompleto; ensino médio completo e superior incompleto; ensino superior completo), área de residência (urbana; rural), além das metrópoles nordestinas. A análise dos dados do estudo foi realizada com o emprego do Excel e do programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) na versão 22.0.

RESULTADOS

Na Região Nordeste, um percentual de 85,9% dos indivíduos com faixa etária de 18 anos ou mais escovavam os dentes pelo menos duas vezes por dia, sendo este hábito menos frequente entre os homens (82,5%) em relação às mulheres (89%). Em relação à raça/cor, 85,5% dos pardos escovavam os dentes com menor frequência, assim como os indivíduos sem instrução e ensino fundamental incompleto (76,4%); e os idosos (64,5%). De acordo com as regiões metropolitanas, dentre as capitais nordestinas, observa-se que Natal (88,7%) apresentava o menor índice de indivíduos que escovavam os dentes duas vezes ou mais ao dia. Os residentes da zona rural do Nordeste brasileiro apresentaram um percentual de 76,5% de frequência de escovação duas vezes ao dia, valor inferior ao encontrado entre os residentes na zona urbana (88,9%) (Gráfico 1).

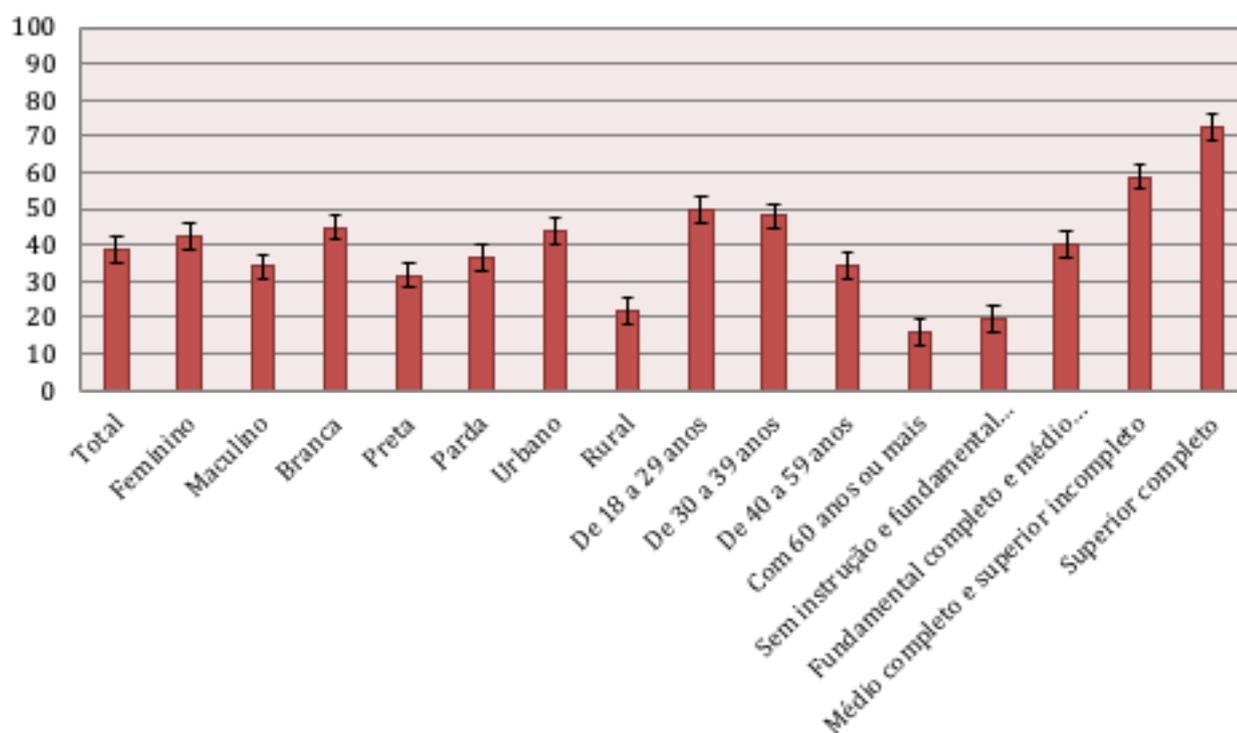
Gráfico 1 - Distribuição de pessoas de 18 anos ou mais de idade que escovavam os dentes pelo menos duas vezes por dia, segundo variáveis selecionadas, com indicação do intervalo de confiança de 95%, na Região Nordeste.



Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2013.

Em relação aos indivíduos que utilizavam escova de dente, creme e fio dental para higienização bucal, os menores percentuais destacados na pesquisa foram entre os indivíduos com mais de 60 anos (15,9%) e do sexo masculino (33,9%). Analisando a raça/cor, os pretos (31,6%) apresentaram o menor índice de utilização dos itens de higiene bucal, como também os indivíduos sem instrução e ensino fundamental incompleto (19,6%), e os que residiam na zona rural (21,7%). Dentre as regiões metropolitanas, Teresina foi a metrópole que usou com menos frequência o uso de escova de dente, pasta de dente e fio dental para a limpeza dentária (40,4%) (Gráfico 2).

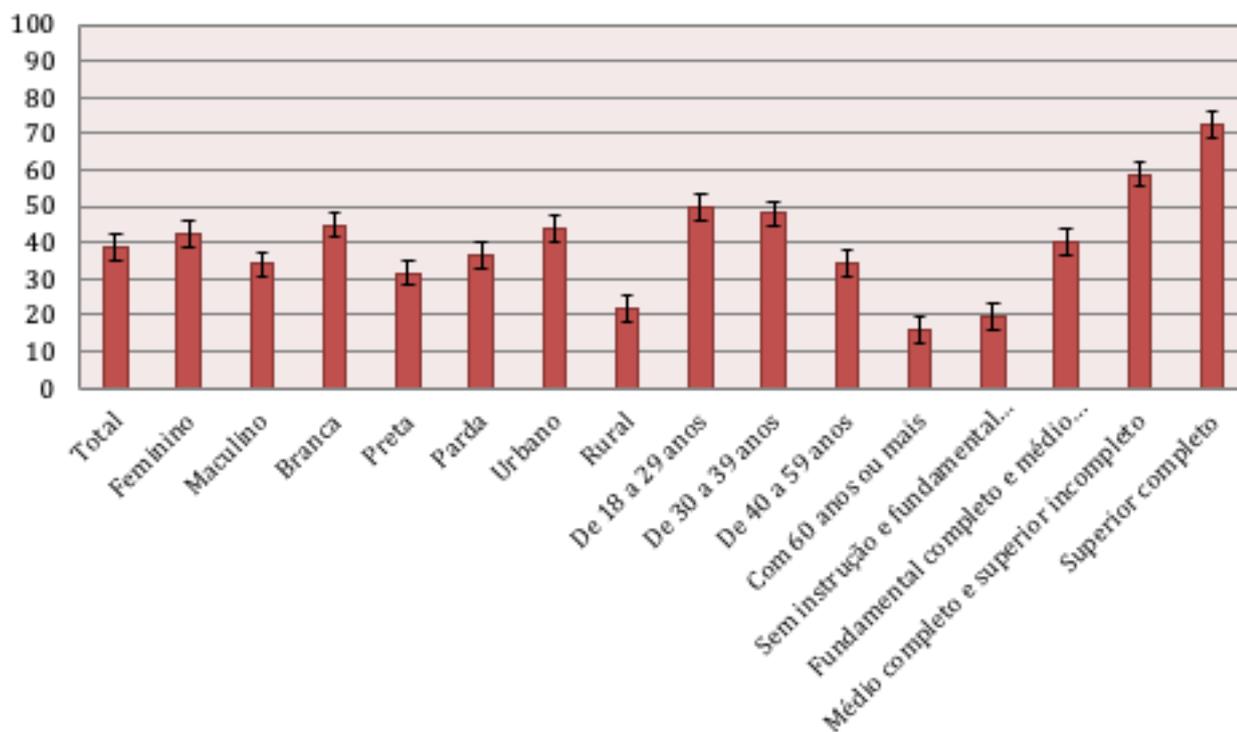
Gráfico 2 - Distribuição de pessoas de 18 anos ou mais de idade que usavam escova de dente, pasta de dente e fio dental para a limpeza dos dentes, segundo variáveis selecionadas, com indicação do intervalo de confiança de 95%, na Região Nordeste.



Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2013.

Quando verificada a frequência de troca de escova de dente por uma nova com menos de três meses de uso, os indivíduos com 18 anos ou mais de idade, apresentaram uma proporção de 47,9% desta frequência. Dentre as variáveis estudadas, os grupos que mostraram menor frequência foram os homens (44,8%), com mais de 60 anos (33,3%), de cor/raça preta (44,4%), sem instrução e ensino fundamental incompleto (43,5%), residentes na área rural (43%) e na região metropolitana de Recife (39%) (Gráfico 3).

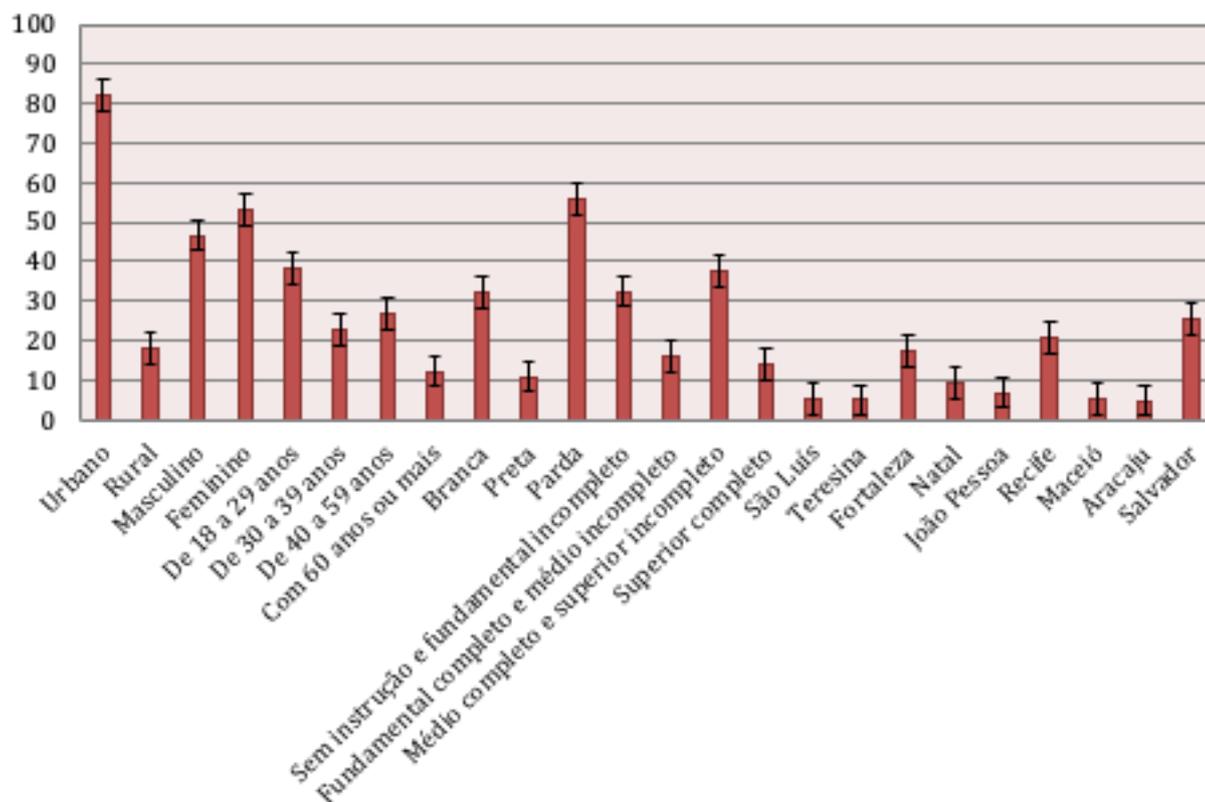
Gráfico 3 - Distribuição de pessoas de 18 anos ou mais de idade que trocaram escova de dente, em menos de três meses, segundo variáveis selecionadas, com indicação do intervalo de confiança de 95%, na Região Nordeste.



Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2013.

De acordo com a avaliação de saúde bucal, adultos na faixa etária de 18 anos ou mais que responderam ao questionamento sobre autopercepção de saúde bucal e avaliaram sua saúde bucal como boa ou muito boa representaram um percentual da média entre as duas variáveis de 58,8%. Contudo, indivíduos do sexo masculino (53,4%), idosos (12,2%), de cor da pele preta (10,8%), com nível superior completo (14,1%), residentes da zona rural (17,7%) representaram os menores percentuais deste indicador, bem como Teresina e Aracaju com 4,8%, dentre as regiões metropolitanas nordestinas (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Distribuição média de pessoas de 18 anos ou mais de mais de idade que consideram sua saúde bucal como boa ou muito boa, segundo variáveis selecionadas, com indicação do intervalo de confiança de 95%, na Região Nordeste.



Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2013.

Na Região Nordeste, entre os indivíduos com idade de 18 anos ou mais que responderam sobre a dificuldade de alimentar-se por problemas nos dentes ou dentadura, destaca-se com maior frequência os indivíduos na faixa etária maior que 60 anos (5,5%), do sexo feminino (2,5%), da raça/cor negra (3,6%), com menor nível de instrução ou nível fundamental incompleto (4%) e residentes da zona rural (2,8%).

Quanto à necessidade de algum tipo de prótese dentária, 30,9% dos adultos com 18 anos ou mais apresentam esta característica, sendo a maioria composta mais uma vez por mulheres (36,6%), pessoas com 60 anos e mais de idade (59,1%), sem instrução ou com fundamental incompleto (38,6%), residentes em zona urbana (31,5%) de cor da pele branca (34,6%) e moradores na região de Natal (36,7). Dos indivíduos que perderam 13 (treze) ou mais dentes, 5,9% têm dificuldade intensa ou muito intensa para se alimentar prevalente entre os homens (6,1%), cor da pele negra (8,6%), de área de residência urbano (6%), idosos (6,7%), pessoas sem nível de instrução ou com fundamental incompleto (6,9%) (Tabela 1).

Este estudo também avaliou que, dentre os indivíduos de 18 anos ou mais de idade, 10,7% perderam todos os dentes, sendo que as mulheres apresentaram uma maior porcentagem (13,6%) desta condição; assim como indivíduos de cor branca (11,7%), idosos (43,5%), indivíduos sem instrução ou com fundamental incompleto (19%), residentes na área rural (13,9%) e moradores da região metropolitana de Teresina (11,4%). Em relação à perda de 13 (treze) ou mais dentes, a pesquisa mostrou um percentual de 25,4% em adultos com idade \geq 18 anos, com maior frequência no sexo feminino (29,5%), em indivíduos \geq 60 anos (75,1%), em pessoas sem instrução ou com

fundamental incompleto (42%), cor da pele branca (26,1%), residentes na área rural (32,6%) e na região metropolitana de Natal (24,3%). (Tabela 1).

Tabela 1 – Proporção dos indicadores de condição de saúde bucal em adultos de 18 anos ou mais de idade, segundo variáveis selecionadas, com indicação do intervalo de confiança de 95%, na Região Nordeste.

Variáveis	Perda total dos dentes % (IC95%)	Perda de 13 ou mais dentes % (IC95%)	Uso de algum tipo de prótese dentária % (IC95%)
Total	10,7(9,9-11,5)	25,4 (24,3-26,4)	30,9 (29,5-32,3)
Sexo			
Masculino	7,4 (6,6-8,3)	20,7 (19,2-22,1)	24,4 (22,7-26,2)
Feminino	13,6 (2,4-14,7)	29,5 (28-31,1)	36,6 (34,6-38,5)
Situação			
Urbano	9,7(8,8-10,6)	23,1 (21,9-24,4)	31,5 (29,8-33,1)
Rural	13,9(12,3-15,4)	32,6 (30,7-34,5)	29 (26,7-31,3)
Nível de instrução			
S/ instrução e fundamental incompleto	19(17,6-20,4)	42 (40,3-43,8)	38,6 (36,7-40,6)
Fundamental completo e médio incompleto	4,5(2,8-6,1)	11,7 (9,7-13,8)	23,3 (20,5-26,1)
Médio completo e superior incompleto	2,6(2,0-3,2)	8,9 (7,6-10,2)	21,6 (19,5-23,6)
Superior completo	1,8(1,0-2,6)	10,4 (8,4-12,3)	31,8 (28,3-35,3)
Cor ou raça			
Branca	11,7(10,4-13)	26,1 (24,3-28,1)	34,6 (32,7-36,6)
Preta	10,4(7,6-13,2)	24 (21,3-28,1)	27,8 (24,1-31,5)
Parda	10,4(9,4-11,4)	25,4 (24-26,8)	29,7 (28-31,4)
Faixa etária			
De 18 a 29 anos	*	*	4,6 (3,4-5,7)
De 30 a 39 anos	*	5,2 (4,2-6,3)	21,1 (19,1-23,1)
De 40 a 59 anos	9,4(8,3-10,6)	34,5 (32,2-36,8)	45,4 (43-47,9)
Com 60 anos ou mais	43,5(40,4-46,5)	75,1 (72,6-77,6)	59,1 (56-62,3)
Região Metropolitana			
São Luís	6(4,2-7,8)	13,6 (11,1-16,1)	20,3 (17,5-23,2)
Teresina	11,4(8,9-14)	23,7 (20,5-26,9)	27,8 (24,4-31,1)
Fortaleza	10,4(8,4-12,3)	22,5(19,8-25,1)	31,8 (28,5-35,2)
Natal	9,9(6,1-13,8)	24,3 (18,9-29,7)	36,7 (32,6-40,9)
João Pessoa	7,9(6,4-9,5)	22,7 (19,4-26)	35 (31,7-38,4)
Recife	6,5(5,2-7,9)	21 (18,5-23,5)	33,4 (30,4-36,4)
Maceió	7,3(5,5-9,2)	22,7 (18,5-23,5)	33,6 (30-37,3)
Aracaju	6,5(4,4-8,6)	18 (14,5-21,4)	28,3 (24,3-32,4)
Salvador	4,4(3,2-5,5)	11,7 (10-13,4)	27 (24,1-30)

Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2013.

DISCUSSÃO

Os resultados desse trabalho evidenciaram que os homens, os idosos, os pretos e pardos, os indivíduos sem instrução e com nível fundamental incompleto, residentes na área rural da Região Nordeste apresentaram as mais baixas frequências dos indicadores de higiene bucal adequada e de autopercepção da saúde bucal como boa ou muito boa. Foi também perceptível que a perda dentária e dificuldade de se alimentar por problemas nos dentes ou dentadura aumentaram com a idade e foi maior entre aqueles com baixa escolaridade, de cor da pele preta, residentes na área rural. Dentre as regiões metropolitanas, Natal, Teresina, Recife e São Luís apresentaram as menores frequências referentes aos indicadores supracitados.

Relatos sobre as condições de saúde bucal dos brasileiros são escassas. Destacam-se os levantamentos epidemiológicos realizados pelo Ministério da Saúde (MS) em 1986⁽⁸⁾, 2003⁽⁹⁾, 2010⁽¹⁰⁾ e 2013⁽⁴⁾. Contudo, é perceptível a importância dos levantamentos epidemiológicos para o conhecimento da situação de saúde bucal da população, visto que, a partir dos dados coletados, é possível planejar, executar e avaliar ações de saúde. Vale salientar a importância da realização da PNS 2013, que estudou a autoavaliação de saúde da população brasileira, e, no presente trabalho, foi dada ênfase às condições de saúde bucal da população nordestina, consistindo num indicador que pode ser utilizado nacionalmente.

Apesar de ser uma avaliação autorreferida, apresenta validade aceitável, pois consiste em um bom indicador utilizado em inquéritos epidemiológicos devido às suas vantagens em relação ao menor tempo utilizado, custo mais reduzido e dispensa de profissional especializado⁽⁵⁾. Contudo, a comparação entre todos os levantamentos epidemiológicos realizados mostra que a condição em saúde bucal dos brasileiros melhorou e muitas dessas melhorias são atribuídas à Política Nacional de Saúde Bucal, o Brasil Sorridente, porém, ainda existem algumas diferenças peculiares dentre as regiões brasileiras.

De acordo com Nico, Andrade, Malta, Pucca Júnior & Peres (2016)⁽⁵⁾, dentre as cinco regiões brasileiras, o Nordeste apresentou as menores frequências de indicadores de higiene bucal adequada e de autopercepção da saúde bucal como boa ou muito boa, com maior prevalência entre os homens, pretos e pardos, sem instrução e residentes nas áreas rurais, corroborando os achados desse estudo. Quando comparados os dados do SB Brasil 2003 e 2010, houve uma acentuada redução das perdas dentárias entre adultos e idosos, entretanto, ainda assim, registrou-se a maior média de perda dentária (27,3) no interior da Região Nordeste⁽¹¹⁾.

Indicadores epidemiológicos mostram uma associação positiva entre a frequência de escovação dentária com sexo feminino, adultos jovens e maior nível de escolaridade⁽¹²⁻¹³⁾, sendo verificada tal associação nesse trabalho. Pesquisas demonstram que a condição de saúde-doença bucal é o reflexo da renda familiar, nível de instrução, acesso aos serviços de saúde e local de moradia⁽⁷⁾. No presente estudo, verificou-se a correlação entre o baixo nível de escolaridade, situação de moradia e o menor uso de produtos de higiene bucal, como escova de dente, pasta de dente e fio dental.

Evidencia-se também que maior renda *per capita*, condições de moradia e nível de escolaridade podem resultar em maior acesso a serviços odontológicos e produtos de higiene bucal⁽¹⁴⁻¹⁶⁾. Nas regiões Sul e Sudeste, em que os indivíduos apresentam maior acesso aos serviços de saúde, dados do SB Brasil 2010 revelaram que mais de 80% da população em todas as faixas

etárias passou por consulta com dentista com predomínio de utilização de serviços particulares, sendo tal realidade diferente da Região Nordeste⁽¹⁰⁾.

Outro ponto fundamental que incide diretamente no acesso da população aos serviços de saúde é o financiamento dos serviços públicos, principalmente nas regiões menos favorecidas economicamente. Neste trabalho, verifica-se que o acesso dos nordestinos ao setor público ainda é menor, quando comparado a moradores das regiões sul e sudeste. Logo após a implantação do PNBS, o Ministério da Saúde disponibilizou R\$ 1 milhão, exclusivamente, para a saúde bucal. De acordo com a Coordenação Nacional de Saúde Bucal, esta política, recebeu, até 2005, investimentos de mais de R\$ 1,2 bilhão. No ano de 2006, foram investidos mais de R\$ 535,2 milhões e, em 2007, estimava-se uma ordem de R\$ 640 milhões. Para o período entre 2007 e 2010, o montante investido alcançou cerca de R\$ 2,7 bilhões⁽¹⁷⁾.

Dessa forma, apesar do significativo crescimento do volume de recursos financeiros especificamente voltados para esta área de atenção à saúde bucal, que proporcionaram a ampliação do acesso aos serviços e as ações contidas na PNSB, a continuidade e a sustentação desta política pode estar ameaçada, principalmente no cenário político-econômico atual brasileiro, pois ainda existem situações desfavoráveis em saúde, sobretudo na região nordestina, as quais necessitam ser reavaliadas e repensadas, como demonstraram dados do presente trabalho⁽¹⁸⁾.

De acordo com Matos & Lima Costa (2006)⁽¹⁹⁾, numa pesquisa realizada com adultos de 20 a 59 anos, residentes em zona rural, consideraram a autoavaliação da saúde bucal como negativa aqueles indivíduos com baixa escolaridade e raça/cor preta ou parda, semelhante aos dados encontrados nesse trabalho. Sabe-se que o comportamento das pessoas é condicionado, dentre outros aspectos, por suas percepções e a importância a elas atribuída e nem sempre ofertar serviços de saúde é sinônimo de busca pelos mesmos⁽⁵⁾. Salienta-se que o avanço da idade parece ter influência na pior autopercepção de saúde bucal, pois os indivíduos com mais de 60 anos apresentam os piores índices de autoavaliação de saúde bucal, corroborando outros achados^(16,20). Dessa forma, estudos prévios realizados no Brasil têm demonstrado uma alta prevalência da necessidade de prótese dentária entre idosos, em ambas as arcadas⁽²⁰⁻²²⁾.

Observa-se também que comunidades com grandes desigualdades apresentam mais problemas de saúde bucal. A condição bucal não permite apenas um registro quantitativo, mas demonstra também uma realidade vivida. Sendo assim, o difícil acesso aos serviços de saúde e restauração de má qualidade favorecem a extração dentária como o tratamento mais resolutivo, principalmente em localidades da Região Nordeste⁽⁷⁾.

De acordo com Nascimento, Frazão, Bousquat & Antunes (2016)⁽²³⁾, que analisaram as condições dentárias entre adultos brasileiros entre 1986 e 2010, na Região Nordeste houve redução do componente dente perdido no índice de Dentes Perdidos Cariados e Obturados (CPOD) em homens de 14.4, 11.2, 7.2 e em mulheres de 11.9, 8.8 e 5.9 em 1986, 2003 e 2010, respectivamente. A partir da criação do PBS, o qual é considerado o maior programa público de saúde bucal do mundo, houve uma reformulação da atenção básica em saúde bucal, garantindo ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal da população brasileira, o qual completou uma década em 2014.

Alterações foram provocadas no trabalho das equipes de saúde bucal na APS nesse período, de forma a cumprir com os objetivos de reorientação do modelo de atenção⁽²⁴⁾. A partir de então, pela primeira vez de forma sólida, organizada e coletivamente construída, os

brasileiros ganharam uma referência, a fim de orientar as concepções e as práticas no campo da saúde bucal em todo país⁽²⁵⁾.

De acordo com o último levantamento epidemiológico nacional, o Brasil conseguiu sair da condição mundial de média prevalência da cárie dentária para baixa. Contudo, apesar dos resultados satisfatórios nacionalmente, chamam a atenção alguns aspectos que necessitam ser abordados, tais como: diferenças regionais na prevalência e gravidade da cárie, pouca redução da cárie na dentição decídua, necessidade de prótese em idosos, apesar de terem diminuído em adolescentes e adultos, como verificados no presente estudo⁽²⁶⁾.

Infelizmente, a Região Nordeste ainda apresenta os maiores índices perdas dentárias, compradas a outras regiões do Brasil, demonstrando que a resolutividade dos programas de saúde bucal vigentes no país, ainda é deficiente na Região Nordeste. Além disso, estudos^(11,16,27) mostram associação entre um maior número de dentes perdidos e adultos que apresentam padrão socioeconômico mais baixo e que moram em área rural, confirmando os resultados desse trabalho.

Sem sombra de dúvidas, a implantação do CEO melhorou consideravelmente a atenção secundária em saúde bucal, oferecendo à população ações de diagnóstico bucal avançado, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca; periodontia especializada; cirurgia oral menor; endodontia e atendimento a pacientes portadores de necessidades especiais.

A PNSB também possibilitou o cadastramento e o credenciamento de laboratórios regionais de prótese dentária, bem como a operacionalização de todos os seus procedimentos. Porém, o uso de prótese entre a população nordestina ainda é considerado baixo, visto que, apesar da inclusão de tratamentos protéticos, os serviços públicos ainda não são capazes de atender toda a demanda dos indivíduos que necessitam de próteses⁽²⁸⁾. O alto custo desse tratamento no serviço privado também se constitui uma das barreiras para não aquisição de próteses dentárias pela população. A não reabilitação protética contribui para a dificuldade mastigatória, refletindo as desigualdades em saúde bucal no nordeste.

Por se tratar de um estudo observacional que utilizou dados secundários e pelo fato da PNS 2013 tratar-se de uma pesquisa autorreferida, em que não foi realizado o exame clínico bucal para a confirmação do estado de saúde, constituem-se limitações desse estudo. Entretanto, é importante evidenciar que a autopercepção de saúde bucal é mais ligada a fatores subjetivos do que situações clínicas. Ressalta-se a escassez de trabalhos acerca dessa temática realizados especificamente com a Região Nordeste, bem como por todas as iniquidades perceptíveis, é necessário aprofundar a captação de determinantes sociais da saúde, a fim de diminuir as desigualdades de acesso aos serviços de saúde bucal.

CONCLUSÃO

Apesar da melhoria na saúde bucal da população brasileira, ainda existem grandes entraves geradores de iniquidades e desigualdades, principalmente na Região Nordeste, os quais impedem a melhoria da qualidade de vida, saúde geral e bucal da população, a exemplo de determinantes históricos, políticos, econômicos, sociais e ambientais. Levantamentos epidemiológicos são relevantes para o planejamento, a avaliação e o monitoramento das condições de saúde e dos

serviços. Dessa forma, os dados desse estudo reforçam a necessidade de políticas e ações que reduzam as injustiças sociais em saúde bucal, principalmente na Região Nordeste, e que garantam o acesso igualitário aos serviços de saúde e a real necessidade de reabilitar os danos já instalados com a ampliação dos serviços de próteses dentárias da forma mais equânime possível.

REFERÊNCIAS

1. Vettore MV, Amorim Marques RA de, Peres MA. Social inequalities and periodontal disease: Multilevel approach in SBBrazil 2010 survey. *Rev Saude Publica*. 2014;47(Suppl.3):29–39.
2. Watt R, Listl S, Peres M, Heilmann A, editors. *Social inequalities in oral health: from evidence to action*. London: International Centre for Oral Health Inequalities Research and Policy; 2015.
3. Borges CM, Campos ACV, Vargas AMD, Ferreira EF de. Perfil das perdas dentárias em adultos segundo o capital social, características demográficas e socioeconômicas. *Cien Saude Colet*. 2014;19(6):1849–58.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional de Saúde: 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação*. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.
5. Nico LS, Andrade SSC de A, Malta DC, Pucca Júnior GA, Peres MA. Saúde Bucal autorreferida da população adulta brasileira: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Cien Saude Colet*. 2016;21(2):389–98.
6. Pinheiro RS, Torres TZG de. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. *Cien Saude Colet*. 2006;11(4):999–1010.
7. Moreira TP, Nations MK, Alves MDSCF. Inequality and damaged teeth: oral sequelae from living in poverty in the Dendê community, Fortaleza, Ceará, Brazil. *Cad saude publica / Minist da Saude, Fund Oswaldo Cruz, Esc Nac Saude Publica*. 2007;23(6):1383–92.
8. Brasil, Ministério da Saúde - Divisão Nacional de Saúde Bucal. *Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, zona urbana*. 1986. 137p. Série C: Estudos e Projetos, 4, 1988.
9. Brasil, Ministério da Saúde – Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Condições de saúde bucal da população brasileira – Projeto SBBrazil 2003 – Resultados Principais*. Brasília, 2004.
10. Brasil, Ministério da Saúde – Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Condições de saúde bucal da população brasileira – Projeto SBBrazil 2010 – Resultados Principais*. Brasília, 2011.
11. Peres MA, Barbato PR, Reis SCGB, Freitas CHS de M, Antunes JLF. Perdas dentárias no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010. *Rev Saude Publica*. 2014;47(suppl 3):78–89.
12. Maes L, Vereecken C, Vanobbergen J, Honkala S. Tooth brushing and social characteristics of families in 32 countries. *Int Dent J* 2006; 56(3):159-167.
13. Gabardo ML, Moysés ST, Moysés J. Autopercepção de saúde bucal conforme o Perfil de Impacto da Saúde Bucal (OHIP) e fatores associados: revisão sistemática. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(7):439–45.
14. Maltz M, Barbachan e Silva B. Relação entre cárie, gengivite e fluorose e nível socioeconômico em escolares. *Rev Saude Publica*. 2001;35(2):170–6.

15. Susin C, Oppermann R V., Haugejorden O, Albandar JM. Tooth loss and associated risk indicators in an adult urban population from south Brazil. *Acta Odontol Scand.* 2005;63(2):85–93.
16. Barbato PR, Nagano HCM, Zanchet FN, Boing AF, Peres MA. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003). *Cad Saude Publica* 2007; 23(8):1803-1814.
17. Pucca Jr. GA. A política nacional de saúde bucal como demanda social. *Cien Saude Colet.* 2006;11(1):243–6.
18. Kornis GEM, Maia LS, Fortuna RFP. Evolução do financiamento da atenção à saúde bucal no SUS: Uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais. *Physis.* 2011;21(1):197–215.
19. Matos DL, Lima-Costa MF. Self-rated oral health among Brazilian adults and older adults in Southeast Brazil: Results from the SB-Brasil Project, 2003. *Cad Saude Publica.* 2006;22(8):1699–707.
20. Souza JGS, Souza SE, Sampaio AA, Silveira MF, Ferreira EF e, Martins AME de BL. Autopercepção da necessidade de prótese dentária total entre idosos brasileiros desdentados. *Cien Saude Colet.* 2016;21(11):3407–15.
21. Martins AMEBL, Melo FS, Fernandes FM, Sorte JAB, Coimbra LGA, Batista RC. Levantamentos epidemiológicos brasileiros das condições de saúde bucal. *Rev Unimontes Cient. Montes Claros,* 2005; 7(1): 55-66.
22. Leitão R. Fatores Socioeconômicos Associados à Necessidade de Prótese, Condições Odontológicas e Autopercepção de Saúde Bucal em População Idosa Institucionalizada. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr.* 2012;12(2):179–85.
23. Nascimento S, Frazão P, Bousquat A, Antunes JLF. Dental health in Brazilian adults between 1986 and 2010. *Rev Saude Publica.* 2014;47(Suppl.3):69–77.
24. Lucena E, Pucca G, Sousa M. A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil no contexto do Sistema Único de Saúde. *Rev Tempus Actas Saúde Coletiva.* 2011;52–63.
25. Saliba N, Moimaz S a S, Fadel CB, Bino S. Saúde Bucal no Brasil: uma nova política de enfrentamento para a realidade nacional Brazilian oral health: a new fronting politic at national reality. *Rev. Odonto Bras Central.* 2010;18(48):62–6.
26. Nascimento AC, Moysés ST, Bisinelli JC, Moysés SJ. Oral health in the family health strategy: A change of practices or semantics diversionism [Saúde bucal na estratégia de saúde da família: Mudança de práticas ou diversionismo semântico]. *Rev Saude Publica.* 2009;43(3):455–62.
27. Roncalli AG. Projeto SB Brasil 2010 - pesquisa nacional de saúde bucal revela importante redução da cárie dentária no país. *Cad Saude Publica.* 2011;27(1):4–5.
28. Brasil, Ministério da Saúde. Brasil Sorridente. A saúde bucal levada à sério. Janeiro 2006.

Karina Melo Trindade

karina.meloodonto@gmail.com

Acadêmica de odontologia. Faculdade Adventista da Bahia – FADBA.

Erick Andrade Silva Ribeiro

Acadêmico de odontologia. Faculdade Adventista da Bahia – FADBA

Jeisielle Alves da A. Barreto

Acadêmico de odontologia. Faculdade Adventista da Bahia – FADBA

Gabriel Baliza Barreto

Acadêmico de odontologia. Faculdade Adventista da Bahia – FADBA

Sâmia Ramos Souza e Souza

Mestre em Odontopediatria – SLMandic, Especialista em Odontopediatria -UEFS, Cirurgiã-Dentista - UEFS, Professora da Faculdade Adventista da Bahia – FADBA

Marcia Otto Barrientos

Mestre em Ciências – CENA/USP, Farmacêutica - FAFABES/UFES, Doutoranda em Imunologia - UFBA, Professora da Faculdade Adventista da Bahia – FADBA

Faculdade Adventista da Bahia

BR 101, Km 197 – Caixa Postal 18 – Capoeiruçu – CEP: 44300-000 - Cachoeira, BA

Revista Brasileira de Saúde Funcional
REBRASF

CARACTERIZAÇÃO E PERFIL DE SAÚDE BUCAL REFERIDA POR CUIDADORES DE PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS

CHARACTERIZATION AND PROFILE OF ORAL HEALTH REFERRED BY CAREGIVERS OF PATIENTS WITH SPECIAL NEEDS

RESUMO

Introdução: Pacientes com Necessidades Especiais (PNEs) apresentam frequentemente acúmulo de biofilme microbiano, que resulta em patologias bucais e perda dental. **Objetivo:** Caracterizar o perfil de saúde bucal de PNEs assistidos por duas instituições do Recôncavo Baiano e avaliou a percepção e participação dos cuidadores na higienização bucal do PNE. **Metodologia:** Cuidadores de PNEs responderam 28 perguntas para obtenção de histórico médico, história dentária, perfil psicológico, hábitos dietéticos, rotina de higiene bucal e avaliação pessoal do responsável acerca da higiene bucal. **Resultados:** Mais de 85% dos PNEs havia recebido tratamento odontológico em algum momento da vida e menos de 50% receberam orientação sobre cuidados de higiene bucal. A frequência de escovação dentária referida na amostra foi considerada insuficiente e o uso do fio dental não foi citado por quase 90% dos indivíduos. O consumo de alimentos pastosos e açucarados foi menor que o apontado por outros estudos. Quase a totalidade dos cuidadores se sente responsável pela saúde bucal dos PNEs e apontou como principais dificuldades a falta de orientação e pouca colaboração do PNE no momento da higienização. **Conclusão:** Os PNEs deste estudo apresentaram características em sua rotina que, aliada às limitações impostas pela sua condição especial, os enquadram em um grupo de risco para o desenvolvimento de patologias bucais, necessitando maior interação entre

PALAVRAS-CHAVE:

Pessoas com deficiência; Saúde bucal; Cuidadores; Assistência odontológica.

cuidadores e equipe de assistência odontológica.

ABSTRACT

Introduction: Patients with Special Needs (PSNs) often present microbial biofilm accumulation, which results in oral pathologies and tooth loss. **Objective:** This study characterized the oral health profile of PSN assisted by two institutions of Recôncavo Baiano and evaluated the perception and the perception and participation of caregivers in oral hygiene of the PNE. **Methodology:** PSN caregivers answered 28 questions in order to obtain medical historic, dental history, psychological profile, dietary habits, oral hygiene routine and personal evaluation of the responsible person about oral hygiene. **Results:** Over 85% of the PSNs had received dental treatment at some point of their lives and less than 50% received guidance about oral care. The frequency of tooth brushing reported in the sample was considered insufficient and the use of dental floss was not mentioned by almost 90% of the individuals. The consumption of pasty and sugary foods was lower than that indicated by other studies. Almost all caregivers feel responsible for the oral health of the PSNs and pointed as main difficulties the lack of guidance and lack of collaboration of the PSN at the moment of hygiene. **Conclusion:** The PSNs of this study presented characteristics in their routine that, combined with the limitations imposed by their special condition that make them in a risk group for the development of oral pathologies, requiring greater interaction between caregivers and the dental health team.

Keywords: Disabled Persons; Oral Health; Caregivers; Dental Care.

INTRODUÇÃO

Pacientes com necessidades especiais (PNEs) são assim identificados por necessitarem de atenção diferenciada em múltiplos segmentos da sua rotina, em âmbito emocional, social, mental e da saúde⁽¹⁾. O Censo Demográfico/2010 apontou que mais de 45,6 milhões de brasileiros possuem deficiência, sendo que o maior número de deficientes (26,6%) reside no Nordeste brasileiro⁽²⁾.

Segundo a American Association Mental Retardation⁽³⁾, o PNE com déficit neurológico diferencia-se das demais condições devido ao funcionamento intelectual abaixo da média, limitações motoras e incapacidade de reagir adequadamente às exigências sociais. Um indivíduo pode apresentar deficiências neurológicas em diferentes graus (leve, moderado, agudo, grave/severo e profundo), sendo que, em níveis mais graves, chega a depender de um cuidador para realizar atividades básicas, desde alimentação à higiene pessoal e cuidados com a saúde bucal⁽⁴⁾.

De acordo com o trabalho de Bizarra e Graça⁽⁵⁾, os PNEs apresentam saúde bucal e sistêmica pior que a da população em geral. Por apresentarem limitações motoras e intelectuais, esses indivíduos dificilmente realizarão sozinhos as manobras de higiene da boca de forma eficiente, especialmente o adequado controle do biofilme dental. Sendo assim, acabam se tornando pacientes de risco para o desenvolvimento de patologias (cárie, gengivite e periodontopatias), que causam dor, desconforto, disfunções e inclusive perda do elemento dentário. Essa afirmação concorda com os achados de Veríssimo, Azevedo e Rego⁽⁶⁾, que, após analisarem o perfil odontológico de PNEs atendidos em Hospital Pediátrico, observaram que 86% da amostra apresentavam saúde bucal insatisfatória.

Apesar de dores e infecções bucais terem o potencial de agravar a condição sistêmica do paciente com deficiência, de acordo com Oliveira, Natal e Santos⁽⁷⁾, a saúde bucal de PNEs ainda não é vista como prioridade quando comparada aos demais cuidados médicos. Segundo Sampaio, César e Martins⁽⁸⁾, no que se refere à reabilitação bucal, a oferta de serviços diferenciados voltados para PNEs ainda é precária, especialmente quando comparados aos serviços e programas desenvolvidos para fins médicos.

Outro fator que contribui para o acúmulo de placa bacteriana e, conseqüentemente, o aparecimento de patologias orais em PNEs é a negligência da higiene bucal por parte dos seus cuidadores⁽⁹⁾. Martins e colaboradores⁽¹⁰⁾ analisaram o perfil de 216 cuidadores de PNEs atendidos no Centro de Estudos e Atendimento aos Pacientes Especiais da Faculdade de Odontologia da Universidade Paulista (UNIP-SP), e observaram que os cuidados com a saúde bucal não são considerados como importantes para tais cuidadores e que apenas 38% entendem a saúde bucal como parte integrante do bem-estar geral.

A participação dos cuidadores no processo de higienização bucal pode ser desenvolvida tanto através do supervisionamento do PNE na realização da limpeza da cavidade bucal, quanto, realizando a higienização da boca caso o paciente não obtenha resultados satisfatórios. A negligência na higienização bucal, por parte dos cuidadores, pode agravar as condições de saúde bucal dos PNEs⁽¹⁰⁾.

Cuidados com o tipo e consistência dos alimentos ingeridos também devem ser considerados quando se objetiva a saúde bucal e prevenção de doenças dos PNEs. Frequentemente, estão inseridos na rotina desses pacientes alimentos açucarados, pastosos e o uso prolongado de mamadeiras. Esses alimentos são mais cariogênicos por possuírem maiores propriedades de retenção, adesividade à superfície dental e permanecerem por maior tempo na cavidade bucal. Outro agravante relacionado à rotina desses indivíduos é o consumo de medicamentos enriquecidos com sacarose para disfarçar o gosto amargo. O açúcar, presente nessas medicações, é um importante responsável na produção de ácidos, que, por sua vez, auxiliam na formação de lesões cariosas⁽¹⁰⁾.

Axerostomia é um importante efeito colateral que os PNEs estão sujeitos como consequência do uso contínuo de alguns medicamentos, a saber, anti-hipertensivos, diuréticos, antialérgicos, antidepressivos, anticolinérgicos, anticonvulsivantes, antipsicóticos, antiparkinsonianos e neurolépticos⁽¹¹⁾. Um paciente xerostômico se torna propenso ao aparecimento de diversas patologias que acometem a cavidade oral. Cárie dentária, infecções (candidíase, estomatite protética, glossite mediana rombóide, queilite angular), bem como sintomas de disartria, disgeusia, disfagia, ardência lingual, mucosa bucal dolorida e fissurada e lábios ressecados são incidentes em pacientes xerostômicos⁽¹²⁾.

O presente trabalho propôs-se a caracterizar o perfil de saúde bucal referida por cuidadores de PNEs assistidos pela Clínica Escola da Faculdade Adventista da Bahia (FADBA) e Associação de Pais e Amigos de Excepcionais (APAE), ambas localizadas no Recôncavo Baiano, bem como a avaliar a participação dos respectivos cuidadores no contexto das atenções odontológicas dos PNEs.

METODOLOGIA

Estudo transversal que avaliou uma amostra de conveniência de pacientes com necessidades especiais neurológicas atendidos na Clínica Escola da FADBA e Associação de Pais e Amigos de Excepcionais de Governador Mangabeira (APAE) do Recôncavo Baiano, no período entre agosto e outubro de 2017. A amostra foi composta por 28 PNEs, com idade entre 0 e 40 anos, de ambos os sexos, com dentição decídua, mista ou permanente. Os responsáveis legais dos PNEs assinaram os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para avaliar o perfil referido de saúde bucal do grupo estudado, foi realizada a aplicação de um questionário por 06 (seis) alunos de odontologia da FADBA previamente treinados, contendo 38 perguntas, no qual se solicitava dados de identificação do PNE e continha questionamentos sobre o histórico médico, história dentária, perfil psicológico, hábitos dietéticos, rotina de higiene bucal do paciente e avaliação pessoal do responsável quanto à higiene bucal do PNE. O questionário seguiu o modelo proposto por Hesse⁽¹³⁾ e Martins e colaboradores⁽¹⁰⁾, modificado às condições da pesquisa e está apresentado na Tabela I:

Tabela I – Questionário aplicado aos responsáveis pelos PNEs. Brasil, agosto/2019.

Informação	Perguntas	Respostas
Identificação	Informações do paciente: Nome/ Idade/ Sexo/ Etnia/ Data de Nascimento/ Naturalidade/ Nacionalidade/ Endereço Informações dos pais: Nome/ Escolaridade/ Telefones	_____
Histórico Médico	Qual problema com a saúde da criança? Medicamentos em uso Tem alguma alergia?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual? _____
História Dentária	Já foi ao dentista?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Já foi a um dentista especialista?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Já fez algum tratamento odontológico?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Você já foi orientado com algum tipo de técnica de escovação?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Quando escova os dentes sangram?	<input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Algumas vezes <input type="checkbox"/> Quase nunca <input type="checkbox"/> Nunca
Perfil Psicológico	Tipo de comportamento:	<input type="checkbox"/> Cooperador <input type="checkbox"/> Apático <input type="checkbox"/> Não cooperador
	Nível de deficiência mental:	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Severa <input type="checkbox"/> Profunda

Hábitos dietéticos	Consome doces?	<input type="checkbox"/> 1x/dia <input type="checkbox"/> 2x/dia <input type="checkbox"/> 3 ou mais/dia <input type="checkbox"/> Outro _____
	Consome alimentos pastosos?	<input type="checkbox"/> 1x/dia <input type="checkbox"/> 2x/dia <input type="checkbox"/> 3 ou mais/dia <input type="checkbox"/> Outro _____
	Consome medicamentos açucarados?	<input type="checkbox"/> 1x/dia <input type="checkbox"/> 2x/dia <input type="checkbox"/> 3 ou mais/dia <input type="checkbox"/> Outro _____
Hábitos de Higiene	Escova os dentes?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Quantas vezes?	<input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x ou mais
	Quem escova?	<input type="checkbox"/> Ele mesmo <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Ele e outro
	Faz uso de creme dental? Qual tipo?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Infantil
	O creme dental é fluoretado?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Usa fio dental?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Avaliação pessoal	Como você avalia a saúde bucal de seu ente?	<input type="checkbox"/> Muito boa <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Muito ruim
	Você acredita que os problemas bucais são devido a qual(is) fator(es)?	<input type="checkbox"/> Dificuldade de escovação <input type="checkbox"/> Remédios que toma <input type="checkbox"/> Dentes fracos <input type="checkbox"/> Outros _____
	Você se sente responsável pela condição de saúde bucal de seu ente?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Você acha que a escovação realizada é suficiente?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	O que você acha que facilitaria a escovação?	<input type="checkbox"/> Melhoria da colaboração para abrir a boca <input type="checkbox"/> Uma escova adequada <input type="checkbox"/> Mais orientação
	Qual a maior dificuldade no momento da higiene bucal?	<input type="checkbox"/> Não abrir a boca <input type="checkbox"/> Não saber a técnica (não acerto fazer) <input type="checkbox"/> Não conseguir passar fio dental <input type="checkbox"/> Outros _____
	Quando seu ente não abre a boca ou não colabora com a escovação o que você faz?	<input type="checkbox"/> Força para ele abrir a boca com a mão. <input type="checkbox"/> Usa algum instrumento para abrir a boca <input type="checkbox"/> Desiste e deixa para a próxima vez terminar <input type="checkbox"/> Tenta convencer apenas na conversa

Fonte: Autoria própria.

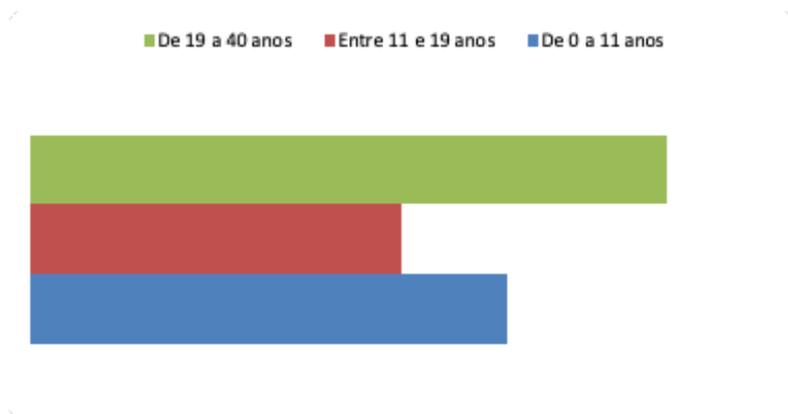
Os dados observados foram descritos conforme suas frequências absolutas e relativas, com o auxílio do Programa para Análise Estatística de Dados Amostrados - PSPP®. O estudo foi

aprovado pelo comitê de ética e pesquisa da Faculdade Adventista da Bahia (FADBA), com registro de número CAAE 642614179.0000.0042.

RESULTADOS:

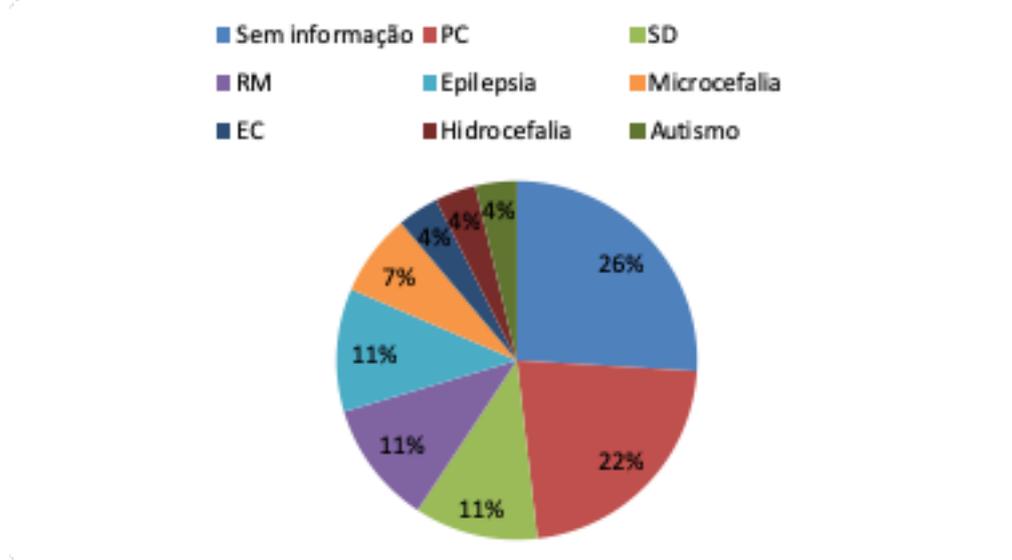
Todos os 28 questionários aplicados foram completamente respondidos pelos responsáveis dos PNEs. 54% dos participantes eram do gênero feminino e 46% do gênero masculino. Os dados de faixa etária e tipos de deficiência estão representados nas Figuras 1 e 2.

Figura 1 – Faixa etária dos PNEs avaliados. Brasil, agosto/2019.



Fonte: Autoria própria.

Figura 2 – Proporção (%) dos tipos de necessidades especiais que os pacientes estudados portavam. Brasil, agosto/2019.



Notas:

PC - Paralisia Cerebral, SD – Síndrome de Down, RM – Retardo Mental, EC – Edema Cerebral.

Fonte: Autoria própria.

Quanto ao consumo de fármacos, 25% dos pacientes avaliados não utilizavam medicações de uso contínuo. As medicações administradas aos demais PNEs estão listadas na Tabela II.

Tabela II – Classes de medicamentos utilizados pela amostra. Brasil, agosto/2019.

Classe da medicação	(n)	Proporção* (%)
Anticonvulsivantes	14	50,00
Neurolépticos	7	25,00
Sedativos	7	25,00
Relaxantes musculares	2	7,40
Antidepressivos	1	3,57
Corticosteróide	1	3,57

*Proporção calculada sobre o (n) total da pesquisa.

Fonte: Autoria própria.

De acordo com os relatos dos cuidadores, 32,14% dos PNEs apresentavam quadros alérgicos a alguma substância. Os alérgenos citados foram expressos na Tabela III.

Tabela III – Proporções e (n) de pacientes relacionados aos alérgenos citados pelos cuidadores. Brasil, agosto/2019.

Alérgenos	PNEs alérgicos (n)	Proporção (%)
Alimentos	4	14,28
Medicamentos	3	10,71
Mofo	1	3,57
Rinite alérgica	1	3,57
Outros	1	3,57

*Proporção calculada com relação ao (n) total da pesquisa.

Fonte: Autoria própria.

Na avaliação da história dentária dos pacientes, segundo relato de cuidadores, obteve-se que 85,71% dos PNEs já haviam ido ao dentista, sendo que 71,42% realizaram o tratamento odontológico e, desses, 46,42% foram atendidos por odontólogos especialistas. Ao serem questionados se o paciente e/ou o cuidador haviam recebido orientações de algum tipo de técnica de escovação, 46,42% responderam que nunca foram orientados. Foram registrados 50,00% de relatos de sangramento durante a escovação.

Com base nos relatos dos respectivos cuidadores, a análise do tipo de comportamento dos PNEs evidenciou que 67,85% dos pacientes possuíam comportamento cooperador, 3,57% exibiam comportamento apático e 25,0% eram não cooperadores. 3,57% dos cuidadores não relataram qual o tipo de comportamento que seu ente possuía. O nível de deficiência mental referido apontou que 35,71% dos PNEs são classificados como de grau leve, 42,85% de grau moderado, 10,71% grau severo e 3,57% grau profundo. 7,14% dos cuidadores não relataram o nível de deficiência mental do respectivo ente.

Quanto aos hábitos dietéticos dos PNEs, realizaram-se questionamentos sobre a ingestão de produtos com sacarose (balas, doces, chocolates, goma de mascar e medicamentos açucarados)

e alimentos pastosos, obtendo-se a frequência diária de consumo desses alimentos. Os dados fornecidos foram expressos na Tabela IV:

Tabela IV – Hábitos dietéticos dos PNEs e respectivas proporções. Brasil, agosto/2019.

Alimentos	Frequências	Proporção (%)
Doces	1x	14,28
	2x	3,57
	3x	3,57
	Outros	60,74
	Não consomem	17,84
Pastosos	1x	7,14
	2x	14,28
	3x	10,72
	Outros	10,72
	Não consomem	57,14
Medicamentos açucarados	1x	7,14
	2x	10,72
	3x	7,14
	Outros	-
	Não consomem	75,00

Fonte: Autoria própria.

Uma considerável frequência de alimentação cariogênica foi constatada, já que, 82,16% da amostra consomem doces mais de uma vez ao dia, 42,86% consomem alimentos pastosos e 25,00% dos pacientes utilizam medicamentos açucarados. O levantamento sobre os hábitos de higiene bucal da amostra evidenciou que 96,42% dos PNEs realizavam escovação dentária diariamente. Os dados obtidos após investigação de quem realizava essa escovação e em qual frequência diária, bem como informações sobre o uso de creme dental fluoretado e do fio dental estão reunidos na Tabela V.

Tabela V – Hábitos de higiene bucal dos PNEs. Brasil, agosto/2019.

Variável	Resposta	Percentual
Quem realiza a escovação dental do PNE?	Ele mesmo	50,00%
	Outro	39,28%
	Uma parte ele, outra parte outro	7,14%
	Não relatou	3,57%
Qual a frequência diária da escovação?	1x	35,71%
	2x	32,14%
	3x ou mais	28,57%
	Não relatou	3,57%
Materiais empregados	Escova e dentifrício	75,00%
	fluoretado Fio dental	10,71%

Fonte: Autoria própria.

No que se refere à avaliação pessoal, 89,28% dos cuidadores consideraram-se responsáveis pela condição da higiene bucal de seu ente, em contraste, 35,71% relataram que essa higiene era

ruim ou muito ruim e 35,71% descreveram a escovação realizada como insuficiente. A Tabela VI apresenta a visão dos responsáveis quanto aos cuidados com o PNE.

Tabela VI – Avaliação do cuidador quanto à condição e à higiene bucal do PNE. Brasil, agosto/2019.

Variável	Respostas	n (%)
Problemas bucais	Dificuldades de escovação	13 (46,42)
	Remédios que tomam	8 (28,57)
	Dentes fracos	6 (21,42)
	Outros	3 (10,71)
Facilitaria a escovação	Colaboração abrir a boca	11 (39,28)
	Escova adequada	8 (28,57)
	Orientação	12 (42,85)
Maior dificuldade no momento da higiene bucal	Não abrir a boca	14 (50,00)
	Não saber a técnica	5 (17,85)
	Não consegue passar fio dental	7 (25,00)
	Outros	5 (17,85)
Quando seu ente não abre a boca	Força para abrir	3 (10,71)
	Instrumento para abrir	0 (-)
	Desiste	4 (14,28)
	Tenta convencer na conversa	16 (57,14)
	Não relatado	3 (10,71)

Fonte: Autoria própria.

DISCUSSÃO

A saúde bucal dos PNEs é comprometida pelas limitações relacionadas às necessidades especiais que esses indivíduos portam, associadas aos hábitos deletérios comuns em sua rotina⁽⁵⁾. Foram observados hábitos de higiene bucal insuficientes entre os participantes do estudo, e carência de informação por parte dos cuidadores, apesar dos mesmos terem referido estar conscientes de sua responsabilidade no cuidado da saúde bucal dos PNEs. Estes fatos, associados à falta de entrosamento entre os profissionais da saúde, cuidadores e paciente têm sido investigados como fatores contribuintes para os altos índices de patologias bucais em PNEs⁽¹⁴⁾.

Embora a condição mais frequente dos participantes tenha sido a paralisia cerebral, os tipos de necessidades especiais abordadas por este estudo foram variados, já que ambas as instituições avaliadas não priorizam o atendimento para grupos de PNEs específicos. Quadros alérgicos foram relatados em aproximadamente um terço dos pacientes, sendo os alimentos e medicações os principais alérgenos citados. Semelhantemente, Menezes, Smith, Passos e Pinheiro⁽¹⁵⁾ identificaram alergia a medicamentos como significativa no grupo de PNEs.

Um expressivo número de cuidadores referiu já ter levado seus entes ao consultório odontológico em algum momento da vida e destes, menos de 15% não realizaram tratamento. Esses achados contrastam com estudos de PNEs na população brasileira conforme apontado por Abreu, Franco e Calheiros⁽¹⁶⁾, em que apenas 3% desses pacientes no Brasil têm acesso ao atendimento odontológico, sendo essa falta de assistência relacionada ao despreparo de muitos profissionais para atender esses pacientes. Esse despreparo pode ser justificado pela precária

inserção de disciplinas que abordam manobras de atendimentos de PNEs durante a graduação e pelo fato de que a própria especialidade odontológica para pacientes especiais só se tornou oficial a partir de 2001⁽¹⁷⁾.

Neste estudo, menos da metade dos cuidadores relataram haverem recebido orientações básicas quanto à escovação dos dentes dos PNEs. Este fato sugere que os atendimentos realizados ocorreram de forma a solucionar as demandas curativas mais emergenciais, porém sem abordagens preventivas que possam impactar nas mudanças de hábitos ou controle da doença. Quando as orientações ocorrem no momento da consulta e esta se dá na primeira década de vida, a prevenção de patologias bucais torna-se mais eficaz. Outro estudo constatou que apenas 20% dos pacientes que procuraram atendimento odontológico estavam na primeira década de vida, evidenciando que a maior parte dos pacientes procuram tratamento somente em idades mais avançadas. Nessa fase, as necessidades odontológicas exigem tratamentos curativos mais extensos e, muitas vezes, mutiladores⁽¹⁴⁾.

O sangramento gengival é um sinal clínico da reação do periodonto a um agente irritante, normalmente ao biofilme dental⁽¹⁸⁾. Do mesmo modo que, nos achados de Arruda⁽¹⁹⁾, metade dos cuidadores relataram sangramento gengival à escovação dentária no PNE. Esses achados sugerem uma deficiência na higiene bucal da amostra estudada, haja vista que o controle ineficiente do biofilme dental está diretamente relacionado ao sangramento decorrente de gengivites e periodontites. Esse déficit no controle do biofilme microbiano pode estar relacionado ao fato de que grande parte dos PNEs executa a higiene bucal sozinhos.

O comportamento cooperador do PNE esteve em maior evidência nesta pesquisa, quando comparado aos comportamentos apático e não cooperador e a maior proporção de níveis de deficiência mental está entre leve e moderado. Ainda assim, metade dos cuidadores relatou que seus entes não abrem a boca no momento da escovação, tornando isso uma dificuldade para que a higiene seja feita pelo responsável, levando 14,8% a desistir da tentativa. Observou-se que um quarto dos cuidadores relatou não haver a cooperação do PNE, porém, somente aproximadamente 15% dos participantes apresentam níveis de deficiência mental severa ou profunda. Sugere-se verificar que outros fatores levam estes PNEs a não colaborarem no momento da higiene bucal.

A cárie dentária é uma doença cujo desenvolvimento é influenciado pela dieta. O consumo de açúcares livres é o fator necessário primário para o desenvolvimento e prevalência da cárie, haja vista que os microorganismos preferencialmente metabolizam açúcares, produzindo os ácidos orgânicos que desmineralizam a estrutura dentária⁽²⁰⁾. Martins e colaboradores⁽¹⁰⁾, ao avaliarem a atenção com a saúde bucal de pacientes com necessidades especiais, com base nos relatos dos respectivos cuidadores, constataram que 92% dos PNEs incluídos na pesquisa consumiam substâncias açucaradas ao menos duas vezes ao dia. Esse achado foi justificado pelo fato de que normalmente são oferecidos alimentos açucarados a esses pacientes numa tentativa de expressar atenção, carinho e recompensa por suas limitações. O presente estudo obteve melhores indicadores, pois um pouco mais de 60% dos PNEs consomem açúcar pelo menos duas vezes ao dia.

O consumo de medicações não foi registrado pela totalidade de PNEs, mesmo sendo esse consumo considerado comum ao se tratar de pacientes neurológicos. As classes de medicamentos mais relatadas em uso contínuo foram os anticonvulsivantes, neurolépticos e sedativos. O consumo destas medicações reduz o fluxo salivar e altera a composição orgânica e eletrolítica

da saliva. A capacidade tampão salivar é imediatamente prejudicada, tornando a estrutura dentária mais propensa à perda mineral, comprometendo a remineralização e aumentando o risco de desenvolvimento de cárie dentária⁽²¹⁾. Como constatado no presente trabalho, indivíduos com alteração neurológica comumente consomem uma ou mais dessas medicações. Além da influência no desenvolvimento da cárie dentária, a hiperplasia gengival também pode ocorrer devido ao comprometimento do mecanismo de defesa exercido pela saliva por ação dos fármacos consumidos⁽²²⁾.

Outros fatores que tornam as medicações consumidas prejudiciais à saúde bucal são a presença de açúcares como excipientes e sua consistência viscosa. Estas características, associadas ao fato de serem consumidas por pacientes com controle muscular deficiente, fornecem o principal substrato para o metabolismo bacteriano e favorecem a longa permanência desse substrato no meio bucal⁽²⁰⁾. Apesar da maioria dos cuidadores relatarem que seus entes não consomem medicamentos açucarados, uma consulta aos excipientes das medicações descritas, evidencia que mono e dissacarídeos estão contidos na maioria dos fármacos, com variações entre fabricantes dos genéricos⁽²³⁾. Nota-se ainda que os cuidadores possuem pouco conhecimento sobre as medicações que seus entes ingerem, logo, não aplicam adequadamente os cuidados de higiene após seu consumo.

Como evidenciado por Ratto⁽²⁴⁾, o quadro de saúde bucal também é influenciado pela consistência dos alimentos ingeridos. Uma dieta fibrosa pode colaborar para a autolimpeza da boca, sendo, portanto, mais indicada para o consumo. Por apresentarem limitações de controle durante o ato de mastigação e deglutição⁽²⁵⁾, PNEs comumente consomem alimentos mais moles e macios⁽¹⁰⁾. Essa dieta pastosa é capaz de exacerbar o quadro de formação do biofilme dental, contribuindo para o desenvolvimento de doenças bucais. Segundo os relatos dos cuidadores do presente estudo, quase a metade dos PNEs consomem alimentos pastosos.

Cárie, doenças periodontais, alta prevalência de índice de CPO-D, controle inadequado do biofilme microbiano e aumento de colônias de *Streptococcus mutans* em PNEs são achados descritos na literatura como consequência da dificuldade de se manter hábitos de higienização bucal eficientes⁽⁷⁾. Quase a totalidade dos cuidadores relatou que seus entes escovam diariamente os dentes, porém observou-se que na maioria das vezes esses cuidados com a saúde bucal são deixados sob responsabilidade do próprio PNE. Esse fato contribui para o acúmulo de biofilme e evidencia a negligência dos cuidadores⁽²⁶⁾. A frequência diária de escovação dental relatada é considerada baixa e o percentual de indivíduos que não utilizam fio dental evidencia que tal cuidado é expressivamente negligenciado pela amostra estudada. Esses achados são semelhantes aos descritos por Veríssimo, Azevedo e Rego⁽⁶⁾, que constataram higiene bucal insatisfatória em 86,0% dos PNEs estudados e identificaram o uso do fio dental em apenas 12,4% da amostra.

No que se refere à condição da saúde bucal do PNE, aproximadamente 90% dos cuidadores a classificou como boa ou muito boa. Silva, Oliveira, Silva e Coelho⁽²⁷⁾ sugeriram que talvez o cuidador não consiga identificar a real condição de saúde bucal do seu ente, seja pelo grau de escolaridade ou pela relação de afeto que tem com o PNE. Este estudo ainda aponta que cuidadores de PNEs se sentem desmotivados para realizar a higiene bucal dos seus entes. Concordando com o presente trabalho, esses autores identificaram a precária instrução de higiene bucal e limitações no manejo dos pacientes como sendo as principais dificuldades no momento da higienização bucal. Essas

dificuldades também foram observadas no estudo de Campanaro, Huebner e Davis⁽²⁸⁾, onde constataram que somente 10% dos cuidadores efetuavam com facilidade a higiene bucal da pessoa sob sua responsabilidade.

Por se tratar do manejo de pacientes com limitações neurológicas, instrumentais coadjuvantes podem facilitar o processo de higienização bucal. De acordo com os relatos dos cuidadores, a restrição para abertura de boca e dificuldade para utilizar o fio dental são agravantes que contribuem para a má higienização bucal do PNE, entretanto, nenhum dos cuidadores relataram o uso de instrumentos que ajudem a contornar esses desafios. Os abridores de boca são artifícios usados quando os PNEs têm dificuldade de manter a boca aberta ou não colaboram durante a higiene bucal. A adaptação dos fios dentais também é outro facilitador, todavia, o uso domiciliar desses utensílios ainda é pouco propagado. Esse fato reforça a ideia de que o uso de instrumentos facilitadores deve ser divulgado pela equipe de saúde, para que, através da orientação, o cuidador se sinta motivado a buscar a superação das dificuldades encontradas durante a higienização bucal de PNEs⁽²⁷⁾. Sugere-se a capacitação de profissionais, desde o período da graduação, para que eles se sintam mais seguros e ampliem a assistência aos PNEs.

CONCLUSÃO

Os PNEs deste estudo enquadram-se em um grupo de risco para o desenvolvimento de patologias bucais. Os hábitos de higiene bucal e de dieta fortificam a hipótese de que a saúde bucal de PNEs é colocada em segundo plano. Os cuidadores consideram difícil realizar eficientemente a higienização bucal dos pacientes e muitos negligenciam tal higienização, deixando-a sobre os cuidados do próprio PNE. É contrastante a classificação de boa saúde bucal do PNE, com a escovação insuficiente relatada pelos cuidadores. As limitações de abertura de boca e de cooperação do PNE são os principais fatores que reforçam a baixa condição de higiene referida, sendo a baixa interação paciente-cuidador-odontólogos uma forte responsável pelos achados desta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Aos familiares e funcionários da Clínica Odontológica da Faculdade Adventista da Bahia (FADBA), da Associação de Pais e Amigos de Excepcionais (APAE) e aos professores do curso de Odontologia da FADBA.

Ao Núcleo de Pesquisa e Extensão (NAIPE) da FADBA pelo auxílio financeiro.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Maria GA, Maria JV. Necessidades de saúde psicológica em crianças com deficiência mental. *Psicol Cienc Prof* 2005;25(4):572-89. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932005000400007>.
2. Pessoas com Deficiência; Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR); Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD). Coordenação-Geral do Sistema de Informações sobre a Pessoa com Deficiência. Censo 2010. Brasília; 2010. SDH-PR/SNPD.
3. American Association Mental Retardation. Mental retardation: definition, classification, and systems of supports. Washington, DC, USA: 2002. AAMR.
4. Masuchi M, Rocha E. Cuidar de pessoas com deficiência: um estudo junto a cuidadores assistidos pela estratégia da saúde da família. *Rev Ter Ocup Univ* 2012;23(1): 89-97. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v23i1p89-97>.
5. Bizarra MF, Graça SR. O perfil do paciente da consulta para pessoas com necessidades especiais da FMD-UL. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac* 2010;51(2):69-74. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1646-2890\(10\)70089-3](https://doi.org/10.1016/S1646-2890(10)70089-3).
6. Verissimo AH, Azevedo ID, Rego DM. Perfil odontológico de pacientes com necessidades especiais assistidos em hospital pediátrico de uma universidade pública brasileira. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2013;13(4): 329-35. DOI: 10.4034/PBOCI.2013.134.05.
7. Oliveira LGD, Natal S, Santos EM. Avaliação de implantação do Programa de Controle da Tuberculose no município de Niterói/RJ. *Rev Bras Pneumol Sanit* 2007;15(1):29–38.
8. Sampaio EF, César FN, Martins MGA. Perfil odontológico dos pacientes portadores de necessidades especiais atendidos no instituto de previdência do estado do Ceará. *RBPS* 2004;17(3):127-34. DOI: <http://dx.doi.org/10.5020/689>.
9. Queiroz FS, Rodrigues MMLF, Cordeiro Junior GA, Oliveira AB, Oliveira JD, Almeida ER. Avaliação das condições de saúde bucal de Portadores de Necessidades Especiais. *Rev Odontol UNESP* 2014;43(6):396-01. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-2577.1013>.
10. Martins RB, Merlin RA, Giovani EM. Avaliação sobre a atenção com a saúde bucal de pacientes com necessidades especiais. *J Health Sci Inst* 2013;31(4):360-67.
11. Miziara DI, Mahmoud A. Síndrome da boca seca. *HUPE* 2012;11(3):68-69.
12. Fávoro RAA, Ferreira TNR, Martins WD. Xerostomia: etiologia, diagnóstico e tratamento. Revisão. *Clin Pesq Odontol* 2006;2(4):303-17. DOI: <http://dx.doi.org/10.7213/aor.v2i4.23003>.
13. Hesse D. Selamento de lesões de cárie em metade externa da dentina de dentes decíduos [dissertação de mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2011.
14. Domingues NB, Ayres KCM, Mariusso MR, Zuanon ACC, Giro EMA. Caracterização dos pacientes e procedimentos executados no serviço de atendimento a pacientes com necessidades especiais da Faculdade de Odontologia de Araraquara–UNESP. *Rev Odontol UNESP* 2015;44(6):345-50. DOI: 10.1590/1807-2577.0015.
15. Menezes TOA, Smith CA, Passos LT, Pinheiro HHC. Perfil dos pacientes com necessidades especiais de uma clínica de odontopediatria. *RBPS* 2011;24(2):136-41.
16. Abreu KCS, Franco SOB, Calheiros PR. Abordagem odontológica para pacientes portadores de distúrbios neuropsicomotores [Monografia]. Cacoal: Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal –FACIMED; 2009.

17. Assis C. Dentistas para lá de especiais. Rev Bras Odontol 2014;71(1):58-61. DOI: 10.18363/rbo.v71i1.538
18. Steffens JP, Marcantonio RAC. Classificação das doenças e condições periodontais e periimplantares. Rev Odontol UNESP 2018;47(4):189-97. DOI: 10.1590/1807-2577.04704
19. Arruda MCV. Condições bucais de pacientes com paralisia cerebral: aspectos clínicos e microbiológicos [Dissertação de mestrado]. Araçatuba: Faculdade de Odontologia de Araçatuba -FOA; 2011.
20. Sheiham A, James WPT. Diet and dental caries: the pivotal role of free sugars reemphasized. J Dent Res 2015;94(10):1341-47. DOI: 10.1177/0022034515590377
21. Siqueira WL, Santos MT, Elangovan S, Simoes Um, Nicolau J. The influence of valproic acid on salivary pH in children with cerebral palsy. Spec Care Dentist 2007;27(2):64-66.
22. Dawes C, Pedersen AML, Villa A, Ekström J, Proctor GB, Vissink A, et al. The functions of human saliva: a review sponsored by the World Workshop on Oral Medicine VI. Arch Oral Biol 2015;60(6):863-74. DOI: 10.1016/j.archoralbio.2015.03.004.
23. Agência nacional de vigilância sanitária - ANVISA. Portal da ANVISA. [online]. 2018. [acesso em 2019 ago. 08] Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/bulario-eletronico1>
24. Ratto MTQF. Análise da influência da dieta na saúde bucal em crianças e jovens de 05 a 18 anos da educação básica pública e privada do centro da cidade de São Paulo [Dissertação de mestrado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas -UEC; 2006.
25. Santos MT, Nogueira ML. Infantile reflexes and their effects on dental caries and oral hygiene in cerebral palsy individuals. J Oral Rehabil 2005;32(12):880-85. DOI: 10.1111 / j.1365-2842.2005.01518.x.
26. Vargas CM, Arevalo O. How dental care can preserve and improve oral health. Dent Clin N Am 2009;53(3):399-20. DOI: 10.1016 / j.cden.2009.03.011.
27. Silva HM, Oliveira KB, Silva RV, Coelho PM. A percepção dos cuidadores de pacientes com necessidades especiais na higiene bucal em um município baiano. FOL 2018;28(1):27-39. DOI: <http://dx.doi.org/10.15600/2238-1236/fo1.v28n1p27-39>
28. Campanaro M, Huebner CE, Davis BE. Facilitators and barriers to twice daily tooth brushing among children whit special health care needs. Spec Care Dentist 2014;34(4):185-92. DOI: 10.1111 / scd.12057.

Luna Vitória Cajé Moura
enf.lunamoura@hotmail.com

Mestra em enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Especialista em Terapia intensiva e Emergência pela UFBA e Faculdade Social da Bahia. Docente na Faculdade Adventista da Bahia.

Rhalliete Souza Cruz
rhallietesouza@gmail.com

Graduanda em enfermagem na Faculdade Adventista da Bahia. Graduanda em Gestão Pública na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Laryssa Ramos Fraga Pedreira
laryssapedreira@hotmail.com

Graduanda em enfermagem na Faculdade Adventista da Bahia.

Aline Henri Motta Coifman
alymotta@yahoo.com.br

Enfermeira. Doutoranda em enfermagem na Universidade Federal da Bahia (UFBA). Mestra em enfermagem pela UFBA. Especialista em enfermagem intensivista pela UFBA. Docente na escola de enfermagem da UFBA.



Faculdade Adventista da Bahia

BR 101, Km 197 – Caixa Postal 18 – Capoeiruçu - CEP:
44300-000 - Cachoeira, BA

Revista Brasileira de Saúde Funcional
REBRASF

COMPARAÇÃO ENTRE TÉCNICAS DE INTERVENÇÃO PARA MEDIDAS MOTORAS E NÃO MOTORAS DE PACIENTES COM PARKINSON

*COMPARISON BETWEEN INTERVENTION TECHNIQUES
FOR MOTOR AND NON-ENGINE MEASURES OF PATIENTS
WITH PARKINSON*

RESUMO

Objetivo: Comparar a eficácia entre treino em esteira, Pilates e XBOX associado à terapia de suspensão de peso para mobilidade funcional, condicionamento físico, fadiga, equilíbrio, risco de quedas, funcionalidade e qualidade de vida em pacientes com Diagnóstico de Parkinson. **Método:** O presente estudo é um ensaio clínico randomizado cego. A amostra foi de cinquenta pessoas com diagnóstico de Parkinson de ambos os sexos acima de cinquenta anos, estes foram randomizados em três grupos e receberam atendimento por uma hora, duas vezes na semana por cinco semanas os três grupos cada um com quinze indivíduos atendidos por meio da Terapia de Suspensão de Peso (TSC); Pilates e Vídeo Game (VG) associado à TSC. **Resultado:** Dos desfechos avaliados, a qualidade de vida apresentou resultado estatisticamente significativo no teste estatístico ANOVA com o $p = 0,010$ entre grupos na intervenção de Terapia de Suspensão de Carga. **Conclusão:** Os movimentos sequenciados e com repetição, além de velocidade preestabelecida impostos pela esteira na TSC deve favorecer ao maior conforto emocional e corporal, impactando na qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE:

Doença de Parkinson; Técnica de Exercício e Movimento; Realidade Virtual; Marcha; Condicionamento Físico Humano.

ABSTRACT

Objective: Compare the effectiveness of treadmill training, Pilates and XBOX combined with weight suspension therapy for functional mobility, fitness, fatigue, balance, risk of falls, functionality and quality of life in patients with Parkinson's disease. **Method:** The present study is a blinded randomized clinical trial. The sample consisted of fifty people with a diagnosis of Parkinson's of both sexes over fifty years old, who were randomized into three groups and received care for one hour, twice a week for five weeks the three groups each with fifteen individuals attended through Weight Suspension Therapy (TSC); Pilates and Video Game (VG) associated with TSC. **Results:** Outcomes of the quality of life were statistically significant in the ANOVA statistical test with $p = 0.010$ between groups in the Load Suspension Therapy intervention. **Conclusion:** The sequenced and repetitive movements, in addition to the pre-established speed imposed by treadmill in the TSC RESULTS AND DISCUSSION: Outcomes of the quality of life were statistically significant in the ANOVA statistical test with $p = 0.010$ between groups in the Load Suspension Therapy intervention. Conclusion: The sequenced and repetitive movements, in addition to the pre-established speed imposed by treadmill in the TSC should favor in the greater emotional and corporal comfort impacting in the quality of life.

Keywords: Parkinson's disease; Exercise and Movement Technique; Virtual reality; March; Human Physical Conditioning.

INTRODUÇÃO

A Doença de Parkinson (DP) é uma patologia neurodegenerativa progressiva, a topografia da lesão é situada nos núcleos da base, afetando cerca de seis milhões de pessoas ao redor do mundo e, pelo menos, 200 mil no Brasil. Apresenta como principais característica os sintomas motores que podem ser incapacitantes, a exemplo de bradicinesia, rigidez, tremor involuntário e instabilidade posturais⁽¹⁻²⁾. Aproximadamente 1 a 2% da população acima de 65 anos apresenta DP⁽³⁾.

Concomitantemente, os núcleos da base também estão envolvidos com a automatização de movimentos e habilidades previamente aprendidas como a marcha, o que permite a realização de funções motoras mais eficientes e com menor demanda de atenção a cada nova tentativa. Contudo, pessoas com DP tem uma deficiência na habilidade de controlar os movimentos de modo automático. Como consequência, estas pessoas necessitam de maior atenção para executar movimentos simples do dia-a-dia, controlados automaticamente em indivíduos saudáveis, o que implica em problemas de execução motora em condições na qual a atenção seja atraída para outros estímulos ambientais⁽³⁾.

Devido à topografia da lesão e à dificuldade de executar movimentos automáticos, acredita-se que os estímulos visuais e auditivos possam auxiliar na programação da tarefa. Portanto, o uso do vídeo game/realidade virtual pode ser uma estratégia a ser utilizada destinada à reabilitação desses pacientes, pois consegue, ao mesmo tempo, promover uma interação das habilidades motoras e cognitivas⁽³⁾.

Já a rigidez ocorre pelo aumento da inflexibilidade dos músculos. Está sempre presente e pode aumentar durante movimento. O tremor encontrado na DP é caracterizado como tremor de repouso, estático ou não intencional⁽³⁾. A bradicinesia é um retardo em iniciar movimentos e lentidão ao realizá-los, interferindo na marcha e podendo propiciar quedas⁽⁴⁾. A postura em flexão (hiperlordose cervical), é devido às desordens nos sistemas vestibulares, visuais e proprioceptivos. Devido ao vetor de gravidade para frente, é provocada a chamada marcha festinada ou marcha rápida⁽⁵⁾.

Desta forma, a reabilitação deve ser direcionada para a mobilidade que se trata de um aspecto importante para o sujeito, afinal favorece a independência e autonomia. Mobilidade consiste na capacidade de se deslocar de forma independente e segura⁽⁶⁾. Já a mobilidade, presente na manifestação cinético-funcional do paciente com Parkinson pode ser definida como: dificuldade e/ou insegurança manifestada por uma pessoa no momento que se locomove, podendo requerer ou não o uso de órteses e próteses⁽⁷⁾.

Um recurso para treinamento da marcha com segurança é a Terapia de Suspensão de Parcial de Peso, consiste em exercícios terapêuticos desenvolvidos com parte ou todo o corpo do paciente suspenso por cordas, polias ou molas⁽⁸⁾. Outro recurso é método Pilates que vem sendo muito utilizado para prevenção e reabilitação, tendo como princípios: controle, fluidez e precisão do movimento, centralização, concentração e respiração. Dessa forma, busca-se o fortalecimento muscular, a mobilidade e o ganho de amplitude das articulações, que irão favorecer a uma maior independência funcional e melhora da qualidade de vida (QV) dos mesmos. Sendo a QV uma variável multidimensional que, além das condições sociais, de moradia, relações pessoais, a independência, a atividades de lazer e de vida diária poderão se beneficiar desse recurso⁽⁹⁾.

Desta forma, o objetivo deste estudo consiste em comparar a eficácia entre treino em esteira, pilates e XBOX e terapia de suspensão de peso para mobilidade funcional, condicionamento físico, fadiga, equilíbrio, risco de quedas, funcionalidade e qualidade de vida em pacientes com Diagnóstico de Parkinson.

Aspectos éticos

O presente estudo respeita os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, constantes na resolução CNS 466/12, e comunica que trata os sujeitos em sua total dignidade, que respeita a sua autonomia, garantindo confidencialidade dos dados e justiça.

Todos os participantes da pesquisa foram informados de todos os procedimentos desta, bem como assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O Projeto de Pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética por meio da Plataforma Brasil, atendendo à Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012 para realização de pesquisa com Seres Humanos correspondendo ao CAAE: 58843616.5.0000.0041.

METODOLOGIA

Tipo do Estudo

O presente estudo trata-se de um ensaio clínico randomizado cego, tendo como objetivo a comparação de três intervenções. Possui como desfecho primário o Teste de Caminhada de 6

(seis) Minutos, *Parkinson's Disease Quality of Life Questionnaire*, *Dynamic Gait Index (DGI)*, *Teste de velocidade de marcha*, *Tinetti*, *Timed up and Go* e Escala Unificada de Avaliação para Doença de Parkinson.

População do Estudo

A amostra foi realizada por conveniência composta por cinquenta indivíduos. O estudo assumiu como critério de inclusão indivíduos acima de cinquenta anos de idade com diagnóstico de Doença de Parkinson e Parkinsonismo, ambos os sexos, apresentando-se na escala de estágios de incapacidade de Hoehn e Yahr (modificada), com o escore máximo de 04 (quatro), correspondente à incapacidade grave, porém capazes de caminhar ou permanecer de pé sem ajuda.

Por sua vez, como critérios de exclusão foram utilizados: angina instável ou outra doença cardíaca sem controle; que apresentam alguma fratura recente, nem tampouco em fase de consolidação; que tenham sofrido traqueostomia; que apresentam deformidade e rigidez articular importante que interfiram na marcha na articulação do quadril, do joelho que incapacite a flexão realizada de forma ativa, por no mínimo de vinte graus; que apresentem úlceras de pressão e outras neuropatias, miopatias e encefalopatias associadas, além de pacientes cegos, surdos, com problemas mentais e/ou mudos, com alterações na comunicação falada que interfiram na compreensão dos comandos. A frequência dos pacientes mínima admitida foi de 80% no programa de reabilitação.

Protocolos de Intervenção

A intervenção no grupo "A", com quinze indivíduos, consistiu em trinta minutos de esteira com o uso da suspensão de peso e trinta minutos de videogame por meio do Microsoft Xbox Kinect®, modalidade "*treino fitness*", que consiste em variações de agachamentos, totalizando uma hora, frequência de duas vezes na semana por um período de cinco semanas.

Foram traçados os exercícios com base na funcionalidade da marcha e o protocolo de intervenção por meio do videogame são de uma série de agachamentos (Figura 1). Conforme a ilustração a seguir, eles permanecem realizando esta sequência por uma duração de meia hora.

Figura 1 – Microsoft Xbox Kinect®, modalidade "*treino fitness*".



Ainda no grupo "A", que consistiu na intervenção associada da Terapia de Suspensão de

Peso e o XBOX, após o videogame os pacientes permaneceram por trinta minutos no uso do equipamento de Terapia de Suspensão de Peso sob a esteira elétrica com a velocidade máxima tolerada pelo sujeito da pesquisa. Caso o participante necessitasse parar, era concedida a solicitação e ele retornava quando sinaliza que já desejava retomar a atividade, respeitando assim a tolerância individual.

E com o grupo "B" foram realizados exercícios no Pilates com a duração de uma hora, duas vezes semanais e durante cinco semanas. Foi traçado o protocolo com as repetições três vezes de dez para todos exercícios no Solo, "Reformer", "Cadillac" e na "Chair", a resistência das molas foram evoluindo de acordo com a performance individual. Foram realizadas séries de duas vezes de dez nos exercícios, sendo fortalecidos os músculos quadríceps, isquiotibiais, tríceps sural, grupamento muscular do glúteo e estabilização de tronco.

Com o grupo "C" foi realizado por uma hora a terapia de suspensão mais esteira elétrica, por uma hora, duas vezes na semana, durante cinco semanas. A velocidade da esteira foi imposta no primeiro dia de atendimento através do limiar máximo que o paciente tolerar. A suspensão de carga foi a medida assumida por proporcionar mais segurança ao voluntário da pesquisa e ao pesquisador, mas não foi retirado gradualmente o peso e não foi mensurado o peso do indivíduo durante a intervenção, a tração exercida foi apenas a necessária para que o voluntário se mantivesse com a sensação de segurança, reduzisse o risco de queda e mantivesse o tronco o mais vertical possível na postura durante a marcha na esteira.

Para os Grupos "A" e "C", quando realizaram o treino com esteira no primeiro dia, foi imposta a velocidade confortável, máxima individual e a partir deste dia acrescido 1,0 km/h a cada dia de atendimento. A tração da Suspensão de Peso foi assumida de acordo com o conforto dos pacientes e a postura o mais alinhada possível, não sendo objetivo retirar o peso ao deambular, mas sim favorecer segurança na prevenção de quedas e alinhamento postural durante a marcha.

Análise Estatística dos Dados

Os dados foram tabulados em planilhas específicas do Microsoft Excel®. Posteriormente foram analisados no software SPSS versão 14. Os dados abaixo foram demonstrados através de técnicas de estatística descritiva como as medidas de tendência central e dispersão para as variáveis quantitativas e as frequências absoluta e relativa para as qualitativas. Os resultados foram expressos em tabelas e gráficos adequados ao tipo de informação. Foram utilizadas técnicas de estatística descritiva por meio de média e inferencial como: ANOVA um fator, tamanho do efeito e foi assumido como nível de significância 5%.

Métodos de avaliação dos aspectos a serem estudados

A avaliação e a reavaliação foram compostas por dados pessoais e clínicos, Teste de Caminhada de 10 Metros (TC10M) e Teste de Caminhada de 6 Minutos (TC6M), *Dynamic Gait Index* (DGI), *Parkinson's Disease Quality of Life Questionnaire* (PDQ-39), Índice de Tinetti, *Timed up and Go* (TUG), Escala de Esforço de BORG. Foram aplicados os instrumentos em dois momentos, antes e ao final do programa de intervenção que teve como duração cinco semanas e intervalo até a reavaliação de no máximo quatro dias.

O teste de caminhada de 10 (dez) metros (TC10M) tem como objetivo avaliar características relacionadas ao tempo/espço, fase de aceleração e desaceleração da marcha. É cronometrado o tempo que o indivíduo leva para realizar uma distância de 10 (dez) metros. No intuito de mensurar a distância realizada na fase inicial (aceleração) e na fase final (frenagem ou desaceleração) da marcha, há duas demarcações de 1,20 metros, nas extremidades dos 10 (dez) metros, assim é realizado o teste em duas repetições para verificar os 12 (doze) metros e 40 centímetros percorridos e apenas os 10 (dez) metros, em ambas repetições o sujeito avaliado terá que deambular a distância total para que não ocorra a fase de aceleração e desaceleração dentro do 1 (um) metro mensurado⁽¹⁰⁾. Assim, subtraindo uma medida da outra é possível encontrar a fase de aceleração e desaceleração (AC/DES).

No TC6M, o presente estudo informou ao voluntário da pesquisa que este deveria percorrer, quantas vezes fosse capaz, o corredor de 30 metros durante os 6 (seis) minutos, o mais ágil possível dentro do limiar individual. O participante obteve ciência que poderia parar e/ou reduzir ou aumentar a velocidade durante a distância percorrida, sem ter a obrigação de manter uma velocidade padrão. Em casos de parada, o cronometro continuaria mensurando o tempo de realização do teste. O paciente foi esclarecido antes do início da avaliação que não deveria dispersar a atenção falando ou fazendo qualquer outra coisa durante a execução, o corredor era isolado sem o trânsito de outras pessoas alheias à pesquisa. Além do exposto, foram oferecidos dois comandos durante o teste padronizado: no segundo minuto era dito “o(a) senhor(a) está indo bem, continue assim” e no terceiro minuto “faltam mais três minutos”; estas instruções foram detalhadas e esclarecidas dúvidas antes da execução do TC6M que imediatamente em seguida foi aplicada a BORG⁽¹¹⁻¹²⁾.

O teste *Dynamic Gait Index (DGI)*, avalia equilíbrio em oito itens, sendo que o prognóstico é proporcional a quanto maior o escore apresentado, cada subitem pode variar de 0 a 3⁽¹³⁾.

Parkinson's Disease Quality of Life Questionnaire (PDQ-39) esta escala avalia qualidade de vida por meio de 39 itens, quanto maior o escore é inversamente proporcional à qualidade de vida⁽¹⁴⁾.

O Índice de Tinetti (Tinetti) é uma escala de equilíbrio dividida em teste de equilíbrio e teste de marcha, cada subdivisão desta escala representa o escore máximo de 16 e 13 e 9 e 7 itens respectivamente. O escore total da escala é de 28⁽¹⁵⁾.

Timed up and Go é um teste que rastreia o risco de queda; é avaliada a capacidade do indivíduo de levantar de uma cadeira, andar três metros, retornar ao ponto de partida e quanto mais tempo este indivíduo leva, pior o seu prognóstico⁽¹⁶⁾.

A escala de Esforço de Borg é uma ferramenta de monitoração da intensidade de esforço físico relacionada às variáveis fisiológicas.

O estudo foi desenvolvido com quinze pacientes em cada grupo, porém foram convidados mais cinco sujeitos para a pesquisa, pois dois no grupo de Terapia de Suspensão abandonaram o programa e três no grupo de Vídeo Game associado à Terapia de Suspensão também deixaram de comparecer. Sendo assim, estes pacientes completaram a amostra de quinze indivíduos em cada grupo de intervenção.

A avaliação e reavaliação foram realizadas por dois estudantes de Fisioterapia previamente treinados, estas foram realizadas em consultório reservado, sem a presença do acompanhamento ou familiar do participante da pesquisa. Já os Teste de Caminhada de 6 Minutos e o Teste de

Caminhada de 10 Metros foram realizados em um espaço reservado e específico, visto que os referidos testes necessitam de um local amplo para a sua execução. A randomização foi realizada por uma secretária alheia à pesquisa e que se localizava em um local externo ao desenvolvimento do protocolo de intervenção.

RESULTADOS

Na amostra de 50 indivíduos, 35 eram do sexo masculino e tinham idade de 67 anos e 10 (dez) anos de diagnóstico de Parkinson aproximadamente. Para avaliar o estágio da doença do paciente com Parkinson foi utilizada a Hoehn e Yahr Modificada para avaliar a gravidade do Parkinson, esta é dividida em cinco estágios, conforme o declínio do quadro clínico. Ou seja, quanto maior o escore desta escala, pior o prognóstico do paciente. A média da HY foi representada pelo estágio 1,5 que caracteriza-se por comprometimento unilateral e comprometimento de tronco.

Na distribuição entre grupos, as médias de idade se aproximaram após a randomização, já a média do tempo de diagnóstico no grupo Pilates com 9,5 anos foi mais elevada se comparada à média dos demais grupos.

Tabela 1 – Distribuição com base na idade e tempo de diagnóstico nos grupos em média.

Intervenção	Idade	Tempo de Diagnóstico	Total
Terapia de Suspensão	68 (62/ 74)	34 (2/8)	18
Pilates	64 (60/ 72)	10 (4/11)	15
Vídeo Game e TSC	65 62/ 71)	5 (3/12)	17

Fonte: Autoria própria.

Tabela 2 – Demonstra os resultados da Anova unidirecional dos deltas das variáveis UPDRS, PDQ-39, TINETTI, DGI, TC6M e BORG.

Escala	df	Quadrado Médio	F	Sig
UPDRS	2	133,636	2,197	,123
PDQ-39	2	1711,484	5,118	,010
TNETTI	2	66,607	2,134	,131
DYNAMIC GAIT	2	12,565	,537	,589
TC6M	2	12,565	,537	,589
BORG	2	9,306	,1694	,196

Fonte: Autoria própria.

Legenda: UPDRS - Escala Unificada de Avaliação da Doença de Parkinson; PDQ-39 - Parkinson's Disease Quality of Life Questionnaire; TINETTI - Índice de Tinetti; DGI - *Dynamic Gait Index*; TC6M - Teste de Caminhada de 6 Minutos; BORG.

No teste estatístico ANOVA unidirecional de um fator foi realizado o delta das variáveis, demonstrando diferença estatisticamente significativa entre grupos. Quando verificada a

estatística descritiva nos valores de média da avaliação e reavaliação após a conduta (Tabela 3), é possível confirmar os dados complementares da ANOVA.

No teste de Bonferroni (Tukey), o grupo de Pilates apresentou a diferença média de 21,06667 e TSC 13,54167 com $p= 0,008$.

Tabela 3 – Descreve a distribuição das variáveis avaliação e reavaliação UPDRS, PQ-39, TINETTI, T12,40,T10,AC/DES, TC6M, BORD e TUG representada em média.

Intervenção	UPDRS	PDQ39	TINETTI	T12,40	T10	AC/DES	TC6M	BORG	TUG
TSC	11,0000	51,5000	20,0000	13,9400	10,2650	3,6750	314,3800	3,0000	41,9600
	9,0000	31,0000	24,0000	11,8400	8,9900	2,8500	366,0000	2,0000	31,7867
PILATES	13,0000	49,0000	22,0000	14,4300	9,0000	5,4300	293,1000	2,0000	34,7767
	12,0000	60,0000	23,0000	12,7500	10,1200	2,6300	327,2000	3,0000	32,5500
GAME	9,0000	33,0000	26,0000	11,6500	8,2400	3,4100	328,9800	3,0000	25,8567
	10,0000	29,5000	25,5000	10,4000	8,1600	2,2400	375,0000	2,0000	26,6867

Fonte: Autoria própria.

Os indivíduos submetidos ao protocolo de Terapia de Suspensão de Carga (TSC) apresentaram uma melhora no prognóstico de qualidade de vida, já que quanto menor o escore total desta, melhor a qualidade de vida, seguido do grupo de Terapia de Suspensão de Carga (TSC) associado ao Vídeo Game. Por sua vez, houve piora do prognóstico de qualidade de vida no que concerne ao grupo Pilates, que aumentou o escore da escala de Qualidade de vida, o que corresponde a piora prognóstica, já que das 39 questões os itens variam de 0 a 4 correspondendo a raramente e sempre respectivamente em relação à frequência que desempenha tarefas com dificuldade.

Uma pesquisa que envolvia jogos foi capaz de melhorar a marcha e equilíbrio em pacientes com DP, por meio de treinamento com os jogos Nitendo Wii. Tratou-se de um estudo clínico e longitudinal em que foram avaliados quatro pacientes com diagnóstico clínico de DP, em uso de medicação dopaminérgica, de ambos os sexos. Os participantes passaram por triagem inicial e avaliação inicial que constavam de questionários sobre aspectos motores ligados à marcha, além de testes neuropsicométricos e de avaliação específica da marcha que incluíam, entre outros, o teste de marcha de 30 segundos associado à dupla-tarefa motor e o índice de andar dinâmico. Fizeram uma avaliação fidedigna. Em seguida os participantes foram “apresentados” aos jogos Nitendo Wii e cinco jogos do seu pacote *Plus, Table Tilt Plus, Ski Slalom, Snowball Fight, Balance Bubble, Plus e Big Top Juggling*. Esses jogos demandam tomada de decisões, planejamento, imitação e memória operacional e todos estabelecem a execução de dupla-tarefa (motora e cognitiva). Realizaram seis sessões de treinamento, uma vez por semana, sempre no mesmo período do dia, durante 30 minutos. Apresentando melhora da marcha e equilíbrio⁽¹⁷⁾.

Em alguns aspectos, a abordagem por meio de jogos eletrônicos assemelha-se à utilização de estímulos visuais e auditivos. A abordagem de estímulos visuais e auditivos na Doença de Parkinson vem sendo bastante utilizada na reabilitação locomotora, pois a marcha torna-se uma atividade de caráter mais programado e menos automático, já que a topografia da lesão na presente patologia é nos núcleos da base responsáveis pelos movimentos automáticos⁽²⁾. Os estímulos visuais e auditivos apresentaram melhora da marcha⁽¹⁸⁾. A reabilitação por meio de jogos eletrônicos utiliza-se de estratégias motoras por meio de informações sensoriais do ambiente,

otimizando a programação e o aprendizado do movimento que antes da lesão se realizada de forma automática.

Em um estudo do tipo crossover, com amostra de dez pacientes, teve como critérios de inclusão indivíduos diagnosticados com Parkinson segundo a escala de gravidade da doença estágio de Hoehn e Yahr de 2,5 ou 3, a média de idade foi de 67,6 1,6 anos. Foi realizada um estudo cruzado prospectivo randomizado com intervenções de quatro semanas na esteira com suporte parcial de peso e no grupo controle Fisioterapia Convencional com a duração de quatro semanas, todas duas intervenções tiveram a duração de quarenta e cinco minutos com a frequência de 3 (três) dias por semana. A marcha foi realizada seguindo o protocolo de tração somando peso corporal por semana, os pacientes deambularam com 0%, 10% , 20% e 30% do seu peso corporal suportado e a velocidade da esteira foi de 0,5, 1,0, 1,5, 2,0, 2,5 e 3,0 km/h, conforme tolerância do sujeito da pesquisa. Os resultados do presente artigo demonstram que a Terapia de Suspensão de Peso reduziram os escores da Escala de Exploração Motora (UPDRS) o que demonstram melhor prognóstico⁽¹⁹⁾.

A Terapia de Suspensão de Peso favorece no treinamento da marcha por reduzir o esforço físico do profissional e minimizar o risco de quedas do sujeito participante da intervenção, tem por finalidade otimizar a amplitude de movimento, reduzir os efeitos da gravidade e do peso corporal. Portanto, o efeito da gravidade e atrito estando reduzidas possibilita assim, movimentos com maior amplitude, principalmente quando esta redução se dá por fraqueza muscular. A suspensão causa recuperação nas propriedades mecânicas⁽²⁰⁾.

Um outro estudo com uso da Terapia de Suspensão de Peso consiste em um ensaio clínico de Follow up por seis meses. Vinte e quatro pacientes com DP (12 [doze] homens e 12 [doze] mulheres) com estágio de Hoehn e Yahr (HY) de 2,5 ou 3 os pacientes foram randomizados em dois grupos igualmente divididos em doze e as intervenções escolhidas foram Terapia de Suspensão de Peso e Fisioterapia Convencional. As medidas avaliativas foram a Escala Unificada de Avaliação da Doença de Parkinson (UPDRS), a velocidade da marcha no teste de caminhada de 10 (dez) metros, comprimento do passo e o número de passos os períodos de avaliação de 1,2,3,4,5 e 6 meses. Nos primeiros quatro meses, a melhora do grupo de Terapia de Suspensão de Peso se manteve e significativamente, já no grupo controle não apresentou dados significativos desde o primeiro mês de acompanhamento⁽¹¹⁾.

Corroborando com InChiro⁽²⁰⁾, Takano⁽²²⁾ afirma que a Terapia de Suspensão de Peso ativa geradores de padrão central (CPG) na medula espinhal, o que otimiza o controle da postura e do movimento. Nesta pesquisa, foi desenvolvido um ensaio clínico randomizado com quarenta indivíduos hígidos para comparar os dados antropométricos e motores e quarenta e dois indivíduos com Parkinson divididos em dois grupos de Terapia de Suspensão de Peso e Fisioterapia Convencional, estes sujeitos foram avaliados através da Escala Uniforme de Avaliação da Doença de Parkinson (UPDRS) e foram realizados os seguintes testes: velocidade da marcha, avaliação da cadência, Timed Up e Go e teste de caminhada de 6 (seis) minutos (TC6M). Os valores de BORG, UPDRS, TC6M diminuíram após o tratamento com Terapia de Suspensão de Peso.

A esteira promove melhorias no padrão motor do paciente com Parkinson⁽²¹⁻²²⁾. O primeiro estudo com 13 (treze) pacientes com doença de Parkinson nos estágios 2 e 3 na escala HY, um estudo do tipo crossover realizou com protocolo oito semanas de Terapia de Suspensão com diferentes tipos de protocolo correr e parar, mudança de direção, diferentes tipos de locomoção e o último

grupo andar com 50% do peso corporal foram avaliados a partir da Escala de Qualidade de Vida na Doença de Parkinson (PDQ-39), UPDRS e TC6M todos os grupos apresentaram melhora. Os dois testaram diferentes abordagens associadas ao uso do treinamento locomotor na esteira⁽²²⁾.

Um ensaio clínico com vinte e três participantes com a média de idade de $74,5 \pm 9,7$ anos, dezenove homens com diagnóstico de Parkinson com a média da escala de gravidade de Parkinson de (HY) de 1,07 avaliados em um período até uma semana após a intervenção por vinte minutos, três vezes na semana por seis semanas, avaliado através da posturografia dinâmica, escala Berg Balance (BERG), UPDRS, avaliação biomecânica da força e Escala de movimento. No Grupo 1 a intervenção foi Terapia de Suspensão associada à esteira, já no Grupo 2 esteira assistida pelo *Biodex Unweighing System* em uma redução de 25% do peso corporal e Grupo 3 os pacientes deambulavam na esteira usando uma correia de mergulho com peso adicional. Os resultados demonstram melhora em todos os três protocolos e o estudo conclui que a esteira é benéfica nos pacientes com diagnóstico de Parkinson independente da forma que a mesma é utilizada⁽²¹⁾.

Tal fato pode estar atrelado aos estímulos visuais e auditivos favorecerem a performance da marcha nos indivíduos com Parkinson, bem como a esteira que ativa geradores de padrão central (CPG) medulares, agindo no controle postural e do movimento⁽²¹⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que houve melhora estatisticamente significativa no desfecho qualidade de vida no grupo submetido a TSC, ficando o grupo do Pilates no score geral baixo. Os movimentos sequenciados e com repetição estabelecidos pelo TSC, além de velocidade preestabelecida deve estimular vias do controle motor para suprimir a lesão nos núcleos da base, estrutura lesionada no Parkinson e responsável pelos movimentos automáticos, favorecendo ao maior conforto emocional e corporal.

REFERÊNCIAS

1. Souza CFM, Almeida HCP, Sousa JB, Costa PH, Silveira YSS, Bezerra JCL. A doença de Parkinson e o processo de envelhecimento motor: uma revisão de literatura. *Rev Neurocienc*, [publicação online]. 2011; [acesso em 2017 mai. 01]. 19(4):718-23. Disponível em: <http://revistaneurociencias.com.br/edicoes/2011/RN1904/revisao%2019%2004/570%20revisao.pdf>.

2. **Scalzo PL, Flores CR, Marques JR, Robini SCO, Teixeira AL. Impacto of changes in balance and walking capacity on the quality of life in patients with Parkinson's disease. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* [publicação online]. fev. 2012 [acesso em 2017 mai. 01]; 70(2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004282X2012000200009.**

3. Fahn S. Description of Parkinson's disease as a clinical syndrome. *An New York Acad Sci*, [online]. 2003 [acesso em 2017 mai 01]; 991:1-14. Disponível em: https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/44067295/The_Role_of_Glial_Reaction_and_Inflammat20160324-

890-9ba4ng.pdf?response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DThe_Role_of_Glial_Reaction_and_Inflammat.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A%2F20190913%2Fus-east-1%2Fs3%2Faws4_request&X-Amz-Date=20190913T010602Z&X-Amz-Expires=3600&X-Amz-SignedHeaders=host&X-Amz-Signature=64ca9411983f017538c86cd094669c7c794f79887afe5fe7a1456b62593d14cd#page=13

4. Scalzo PL, Teixeira-Júnior AL. Participação dos núcleos da base no controle do tônus e da locomoção. *Fisioter. Mov.*, Curitiba, v. 22, n. 4, p. 595-603, out./dez. 2009 Acesso em 2 de maio de 2017. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/fisio/article/view/19519/18869>

5. Teixeira Júnior AL, Maia DP, Cardoso F. Testagem inicial e capacidade discriminatória da escala "ufmg sydenham's chorea rating scale (USCRS)". *Arq Neuropsiquiatr.* 2005; 63(3-B):825-827.

6. Shumway-Cook A, Woollacottm. Controle motor: teoria e aplicações práticas. São Paulo: Manole; 2003.

7. Associação Brasileira De Normas Técnicas. Nbr 14022: Transporte - Acessibilidade à pessoa portadora de deficiência em ônibus e trólebus, para atendimento urbano e intermunicipal.. 2. ed. [publicação online]. 1997. [acesso em 2017 mar. 06]. Disponível em: <http://www.mpdft.gov.br/sicorde/normas/NBR14022.pdf>.

8. Hoehn MM, Yahr MD. Parkinsonism: onset, progression and mortality. *Neurology.* [publicação online]. 1967 [acesso em 2017 mar. 07]. 17(5):427-42. Disponível em: <https://n.neurology.org/content/neurology/17/5/427.full.pdf>.

9. Rodrigues BGS, Cader SA, Torres NVOB, Oliveira EM, Dantas EHM. Autonomia funcional de idosas praticantes de Pilates. *Fisioterapia e Pesquisa*, São Paulo. [publicação online]. 2010 out/dez. [acesso em 2017 mar. 07]. 17(4):300-5. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180929502010000400003.

10. Novaes RD, Miranda AS, Dourado VZ. Velocidade usual da marcha em brasileiros de meia idade e idosos. *Rev Bras Fisioter*, São Carlos. [publicação online] mar./abr. 2011; [acesso em 2017 mar. 08]. 15(2):117-22. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v15n2/pt_a06v15n2.pdf.

11. Morales-Blanhir JE. Teste de caminhada de seis minutos: uma ferramenta valiosa na avaliação do comprometimento pulmonar. *J. bras. pneumol.* [online]. jan/fev 2011 [acesso em 2017 mar 09]. 37(1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180637132011000100016.

12. American Thoracic Socy et – ATS. ATS Statement: Guidelines For The Six-Minute Walk Test. *Amj Respir Care Med.* [publicação online]. 2002 [acesso em 2017 mar 09]. 166:111-117. Disponível em: <https://www.thoracic.org/statements/resources/pfet/sixminute.pdf>

13. Castro SM, Perracini MR, Ganança FF. Versão brasileira do Dynamic Gait Index. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.* [publicação online]. nov./dez. 2006 [acesso em 2017 mar. 10]. 72(6). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003472992006000600014

14. Lana RC, Álvares LMRS, Nasciutti-Prudente C, Goulart FRP, Teixeira-Salmela LF,

Cardoso FE. Percepção da qualidade de vida de indivíduos com doença de Parkinson através do PDQ-39. Rev. Bras. Fisiot. São Carlos. [publicação online]. 2007 [acesso em 2017 mar. 11]. 11. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n5/a11v11n5>

15. Silva A, Almeida GJM, Cassilhas RC, Cohen M, Peccin MS, Tufik S, Mello MT. Equilíbrio coordenação agilidade de idosos submetidos a Prática DE Exercícios Físicos Resistidos. Rev. Bras Med Esporte. [publicação online]. mar/abr. 2008 [acesso em 2017 mar. 11]; 14(2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151786922008000200001

16. Martinez BP, Santos MR, Simões LP, Ramos IR, Oliveira CS, Forgiarini Júnior LA, Camelier FWR, Camelier AA. Segurança e reprodutibilidade do teste Timed up and Go em idosos hospitalizados. Res Bras Med Esporte. set./out. 2016; 22(5).

17. Matsumoto L, Magalhães G, Antunes GL, Torriani-Pasin C. Efeitos do estímulo acústico rítmico na marcha de pacientes com doença de Parkinson. Rev Neurocienc. [publicação online]. 2014 [acesso em 2017 mar. 14]. Disponível em: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2014/2203/Original/965original.pdf>

18. Miyai I, Fujimoto Y, Ueda Y, Yamamoto H, Nozaki S, Saito T, Kang J. Treadmill Training With Body Weight Support: Its Effect on Parkinson's Disease. Arch Phys Med Rehabil. [publicação online]. 2000 [acesso em 2017 mar. 14]. Disponível em: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2014/220/Original/965original.pdf>

19. Miyai I, Fujimoto Y, Ueda Y, Yamamoto H, Nozaki S, Saito T, Kang J. Long-Term Effect of Body Weight-Supported Treadmill Training in Parkinson's Disease: A Randomized Controlled Trial. [publicação online]. 2002 [acesso em 2017 mar. 15]. Disponível em: [https://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993\(02\)00053-9/fulltext](https://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993(02)00053-9/fulltext)

20. Rose MH, Løkkegaard A, Sonne-Holm S, Jensen BR. Improved Clinical Status, Quality of Life, and Walking Capacity in Parkinson's Disease After Body Weight-Supported High-Intensity Locomotor Training. Arch Phys Med Rehabil, [publicação online]. 2013 [acesso em 2017 mar. 17]. Disponível em: [https://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993\(12\)01186-0/fulltext](https://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993(12)01186-0/fulltext)

21. Takano LL, Leite HR, Rosso AL, Vincent M, Corrêa CL. Effect of the Body Weight Support Associated to Treadmill Approach in Parkinson Disease. Topics in Geriatric Rehabilitation. [publicação online]. 2014 [acesso em 2017 mar. 20]. Disponível em: <http://www.gedopa.com.br/cientifico/290-295-tgr-d-14-000181.pdf>

22. Toole T, Maitland CG, Warren E, Hubmann MF, Panton L. The effects of loading and unloading treadmill walking on balance, gait, fall risk, and daily function in Parkinsonism. NeuroRehabilitation. [publicação online]. 2005 [acesso em 2017 mar. 22]. Disponível em: <https://content.iospress.com/articles/neurorehabilitation/nre00291>

Ayeska Shaieny Ferreira da Silva
ashaieny@gmail.com

Bolsista de Iniciação Científica Ensino Médio CNPq/
Unimontes.

Isabella Pereira de Almeida
bellapa@gmail.com

Bolsista de Iniciação Científica Ensino Médio CNPq/
Unimontes.

Maria Eduarda Mesquita Parreira
dudamesquita@gmail.com

Bolsista de Iniciação Científica Ensino Médio CNPq/
Unimontes.

Kellen Bruna de Sousa Leite
kellen.bruna@hotmail.com

Graduanda em Medicina pela Universidade
Estadual de Montes Claros. Bolsista de Iniciação
Científica BIC/UNI.

Luiza Fernandes Fonseca Sandes
luizaffsandess@gmail.com

Graduanda em Medicina pela Universidade
Estadual de Montes Claros.

Daniel Antunes Freitas
danielmestradounincor@yahoo.com.
br

Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade
Estadual de Montes Claros.

Faculdade Adventista da Bahia

BR 101, Km 197 – Caixa Postal 18 – Capoeiruçu - CEP:
44300-000 - Cachoeira, BA

Revista Brasileira de Saúde Funcional
REBRASF

SAÚDE DA MULHER NEGRA NO BRASIL: REVISÃO SISTEMÁTICA INTEGRATIVA

*BLACK WOMEN'S HEALTH IN BRAZIL: INTEGRATIVE
SYSTEMATIC REVIEW*

RESUMO

Introdução: As mulheres negras sofrem dupla discriminação, pois vivem em condições desiguais de gênero em uma sociedade que perpetua as desigualdades étnico-raciais. No que se refere às condições de saúde, em relação às mulheres brancas, as negras têm piores indicadores de saúde e maior vulnerabilidade ao adoecimento. **Objetivo:** Analisar as publicações científicas disponíveis a respeito da saúde da mulher negra no Brasil. **Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa de artigos publicados nos últimos dez anos nas bibliotecas virtuais LILACS, PubMed e SciELO. Para a busca, foram utilizados os descritores "Saúde", "Acessibilidade aos Serviços de saúde", "Saúde da mulher", "População negra", "Desigualdade Racial em Saúde", "Racismo" nos idiomas português e inglês. Foram incluídos artigos publicados em inglês ou português e que abordassem estritamente as relações entre saúde e mulheres negras brasileiras. **Resultados:** Foram encontrados 2647 artigos, dos quais 20 foram selecionados através de critérios de elegibilidade, por meio da leitura de títulos, resumos e textos completos. **Conclusão:** Mulheres negras possuem sistematicamente maiores taxas de mortalidade materna e neonatal, maior prevalência de agravamento de doenças benignas, maior risco de violência sexual e de gênero e maiores taxas de omissão de socorro e negligência médica quando comparadas com mulheres brancas. Diante de um cenário marcada ainda por diversas práticas de racismo institucional e preconceitos de gênero, elas se destacam

PALAVRAS-CHAVE:

Saúde da mulher; População negra; Acessibilidade aos Serviços de saúde; Desigualdade Racial em Saúde.

como grupo detentor de vulnerabilidades dentro da saúde da mulher, portanto, faz-se necessário um novo paradigma e novas propostas dentro dos modelos de saúde atuais.

ABSTRACT

Introduction: Black women suffer double discrimination because they live in unequal gender conditions in a society that perpetuates ethnic-racial inequalities. Regarding health conditions, in relation to white women, black ones have worse health indicators and greater illness vulnerability.

Objective: To analyze the scientific publications available about black women's health in Brazil.

Methods: This is an integrative review of articles published in the last ten years in the LILACS, PubMed and SciELO virtual libraries. For the search, the descriptors "Health", "Health Services Accessibility", "Women's Health", "African Continental Ancestry Group", "Racial Inequality in Health" and "Racism" were used in Portuguese and English. Articles published in English, Portuguese or Spanish that addressed the relationship between health and Brazilian black women were included in final sample. **Results:** 2647 articles were found, of which 20 were selected through eligibility criteria, by reading titles, abstracts and full texts. **Conclusion:** Black women systematically have higher rates of maternal and neonatal mortality, higher prevalence of worsening benign diseases, higher risk of sexual and gender-based violence, and higher rates of medical negligence when compared to white women. Faced with a scenario marked by various practices of institutional racism and gender bias, they stand out as a group with vulnerabilities within women's health, therefore, a new paradigm and new proposals are needed within current health models.

Keywords: Women's health; African Continental Ancestry Group; Health Services Accessibility; Racial Inequality in Health.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a população que se autodeclara como preta ou parda se encontra em desvantagem em relação a recursos econômicos e acesso a oportunidades⁽¹⁾. Tal fato pode ser observado pela desfavorável qualidade de vida, pobreza, baixa escolaridade, dificuldade de acesso a serviços, maiores taxas de morbimortalidade, fome, desnutrição, riscos ocupacionais e violência social⁽²⁾.

Foi verificado que a população negra está sujeita a maiores taxas de mortalidade por câncer, maior incidência e gravidade da hipertensão arterial e de complicações do diabetes mellitus, dentre outros fatores que colaboram para maior vulnerabilidade ao adoecimento. Apesar de incidentes sobre toda a sociedade, essas patologias se tornam mais graves nos indivíduos negros, sendo, provavelmente, reflexos de desigualdades nos âmbitos social, econômico, político, cultural e na saúde⁽²⁻³⁾.

A discriminação da população negra quanto ao acesso à saúde e a conduta diagnóstica e terapêutica é um dos componentes que vem sendo debatido no combate ao racismo institucionalizado no Brasil. As mulheres negras formam o subgrupo da população afrodescendente

mais afetado pelo preconceito e discriminação, devido ao sexismo em associação ao racismo, o que torna este segmento populacional especialmente vulnerável⁽⁴⁾.

Em mulheres negras há uma maior incidência e prevalência de doença falciforme, miomas uterinos, violência doméstica, sexual e no trabalho, doenças crônicas atribuídas ao estresse, bem como piores desfechos maternos e obstétricos⁽³⁾. Além disso, constatou-se menor número de consultas e de solicitação de exames, maior tempo de espera dos exames e diagnóstico tardio de patologias. Deste modo, as mulheres negras brasileiras apresentam menor expectativa de vida saudável e maior risco de adoecimento e de mortalidade⁽⁵⁾.

Na última década, evidenciou-se uma redução dos índices de pobreza e desigualdade no país, inclusive aqueles relativos à desigualdade racial na escolaridade e distribuição da renda⁽⁶⁾. Na área da saúde, a instituição da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) representa uma conquista do Movimento Negro, no intuito de superar o racismo institucional nos serviços de atenção à saúde⁽¹⁾.

A redução das disparidades ocorrida na última década e as conquistas na assistência à saúde podem ter alterado, em alguma medida, o quadro de desvantagens enfrentadas pelas mulheres negras, modificando os indicadores de saúde. Assim, o objetivo deste artigo é de analisar as publicações científicas disponíveis a respeito da saúde da mulher negra no Brasil, dando enfoque ao racismo institucional, acesso aos serviços de saúde e às políticas públicas de saúde para as mulheres negras brasileiras.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que consiste na pesquisa e avaliação criteriosa de estudos publicados em relação à questão proposta. A consideração dos resultados obtidos permite a execução das evidências levantadas na prática.

A fim de garantir a precisão metodológica do estudo, foram seguidas seis etapas, propostas por Mendes, Silveira e Galvão⁽⁷⁾: estabelecimento da questão de pesquisa; amostragem ou busca na literatura; categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão; interpretação dos resultados; e, por fim, a síntese do conhecimento ou apresentação da revisão.

Com esse intuito, foram consultadas as bibliotecas virtuais: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *PubMed Labs* e Scientific Electronic Library Online (SciELO). A busca por trabalhos nesta revisão foi orientada conforme a combinação de 06 (seis) descritores (*Saúde; Acessibilidade aos Serviços de saúde, População negra; Desigualdade Racial em Saúde; Racismo; Saúde da Mulher*) aplicando-se moduladores booleanos, indexados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e MeSH (Medical Subject Headings). Foram utilizadas 09 (nove) chaves de busca no total, pesquisadas nos idiomas Inglês (PubMed) e Português (LILACS e SciELO), conforme apresentado na Tabela 01.

Tabela 01 – Descritores indexados no Medical Subject Headings e Descritores em Ciências da Saúde utilizados na estratégia de busca

Descritores em Português	Descritores em Inglês
Saúde AND População Negra	Health AND African Continental Ancestry Group
Saúde AND Desigualdade Racial em Saúde	Health AND Race Inequality
Saúde AND Racismo	Health AND Racism
Acessibilidade aos Serviços de Saúde AND População Negra	Health Services Accessibility AND African Continental Ancestry Group
Acessibilidade aos Serviços de Saúde AND Desigualdade Racial em Saúde	Health Services Accessibility AND Race Inequality
Acessibilidade aos Serviços de Saúde AND Racismo	Health Services Accessibility AND Racism
Saúde da Mulher AND População Negra	Women's Health AND African Continental Ancestry Group
Saúde da Mulher AND Desigualdade Racial em Saúde	Women's Health AND Race Inequality
Saúde da Mulher AND Racismo	Women's Health AND Racism

Fonte: Autoria própria.

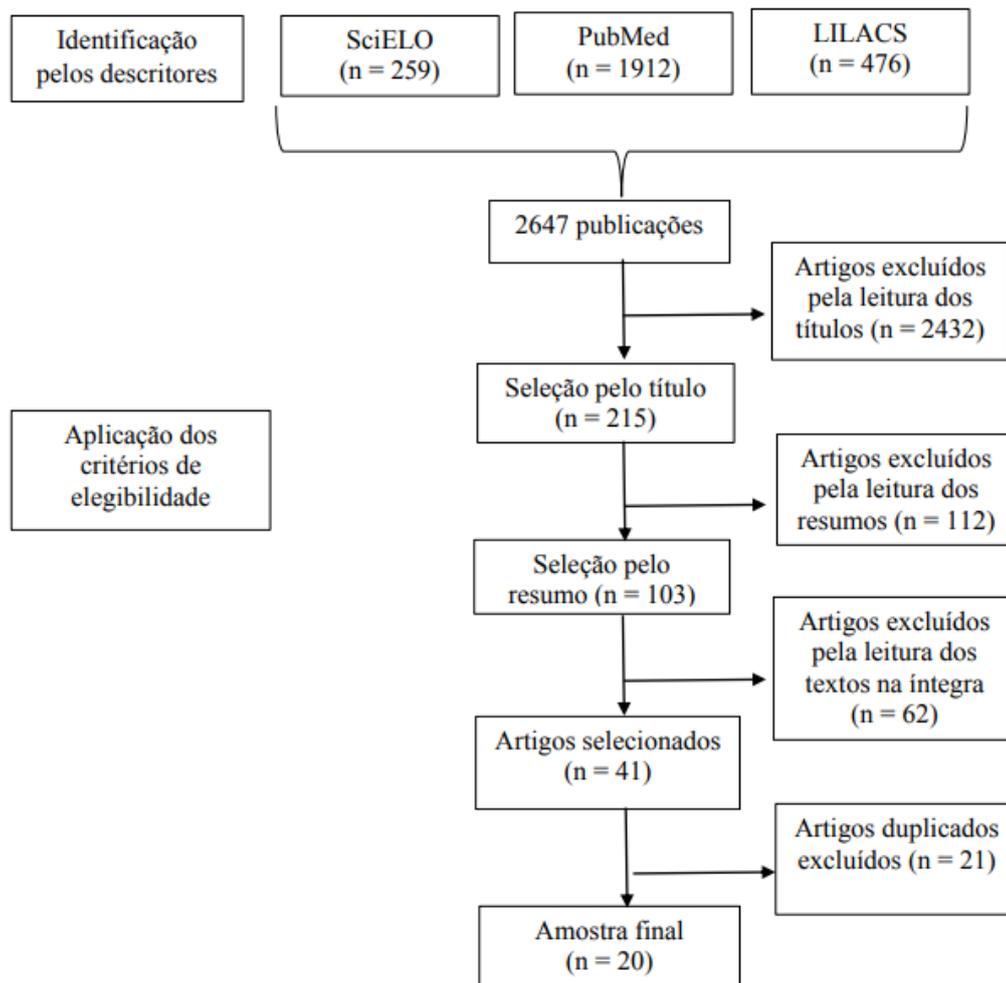
A análise dos dados seguiu critérios de inclusão baseados no tema proposto pela presente pesquisa, sendo: (1) estudos realizados entre no Brasil nos últimos 10 (dez) anos; (2) publicados nos idiomas Inglês e Português e (3) que abordaram relações entre saúde e mulheres negras brasileiras.

Para análise qualitativa dos artigos da amostra final, foram utilizados níveis de evidência com base nas proposições de Melnyk e Fineout-Overholt⁽⁸⁾: I – Revisão sistemática ou metanálise; II – Ensaio clínico randomizado controlado; III – Ensaio clínico controlado sem randomização; IV – Caso controle ou estudo de coorte; V – Revisão sistemática de estudo qualitativo ou descritivo; VI – Estudo qualitativo ou descritivo; VII – Artigo de opinião ou consenso de órgãos governamentais ou conselho de especialidade.

RESULTADOS

A aplicação dos descritores resultou na localização de 2647 artigos nas três bases de dados *on-line*: 259 na base SciELO, 1912 na PubMed e 476 na base LILACS. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos, foram selecionados 41 artigos pela leitura na íntegra, dos quais 21 foram excluídos por duplicidade, totalizando 20 artigos^(3, 5-6, 9-25) na amostra final (Figura 1).

Figura 1 – Fluxograma de revisão integrativa sobre saúde da mulher negra no Brasil e seleção da amostra final de artigos.



A leitura integral dos artigos proporcionou categorizar os estudos com relação a eixos temáticos apresentados pelos autores, referentes à saúde da mulher negra brasileira. Assim, foram evidenciadas 03 (três) áreas temáticas principais: *Acesso aos serviços de saúde; Racismo institucional; Políticas públicas.*

Dentro da amostra final de 20 artigos, 08 (oito) foram em inglês e 12 (doze) em português. Com referência ao ano de publicação dos artigos selecionados dentro da amostra final, nota-se que os estudos selecionados se concentraram no ano de 2016 (n = 06) seguido pelo ano de 2017 (n = 04).

Referente ao delineamento metodológico dos estudos selecionados, verifica-se um desequilíbrio relativo dentro dos resultados da amostra, devido à predominância de estudo qualitativo ou descritivo.

O Quadro 01 resume os estudos que compõem essa revisão, categorizando os principais pontos discutidos em relação à saúde da mulher negra, o delineamento do estudo e o idioma das publicações.

Quadro 01 – Resumo dos estudos selecionados para revisão.

Referência	Eixos temáticos discutidos na publicação	Nível de evidência	Idioma
Viegas et al., 2016 ⁽³⁾	Racismo institucional Políticas públicas	VI	Português
Bairros et al., 2011 ⁽⁵⁾	Acesso aos serviços de saúde	IV	Inglês
Diniz et al., 2016 ⁽⁶⁾	Racismo institucional	VI	Português
Leal et al., 2017 ⁽⁹⁾	Racismo institucional	VI	Português
Werneck J., 2016 ⁽¹⁰⁾	Políticas públicas Racismo institucional	VI	Português
Tavares et al., 2013 ⁽¹¹⁾	Racismo institucional	VI	Português
Taquette et al., 2013 ⁽¹²⁾	Acesso aos serviços de saúde	VI	Português
Jesus et al., 2016 ⁽¹³⁾	Acesso aos serviços de saúde	IV	Português
Goes et al., 2013 ⁽¹⁴⁾	Acesso aos serviços de saúde	VI	Português
Sacramento et al., 2011 ⁽¹⁵⁾	Racismo institucional	VI	Inglês
Silva et al., 2018 ⁽¹⁶⁾	Acesso aos serviços de saúde Racismo institucional	VI	Inglês
Black et al., 2012 ⁽¹⁷⁾	Acesso aos serviços de saúde	VI	Inglês
Mouton et al., 2010 ⁽¹⁸⁾	Acesso aos serviços de saúde	IV	Inglês
Xavier et al., 2017 ⁽¹⁹⁾	Políticas públicas Racismo institucional	VI	Português
Assis JF, 2018 ⁽²⁰⁾	Racismo institucional	VI	Português
Belfort et al., 2016 ⁽²¹⁾	Racismo institucional	VI	Português
Batista et al., 2016 ⁽²²⁾	Racismo institucional	VI	Português
Bacon et al., 2017 ⁽²³⁾	Racismo institucional	IV	Inglês
Cozier et al., 2014 ⁽²⁴⁾	Racismo institucional	IV	Inglês
Charlot et al. 2017 ⁽²⁵⁾	Racismo institucional	IV	Inglês

Fonte: Autoria própria.

DISCUSSÃO

O nível socioeconômico está diretamente associado às condições de vida, ao acesso e à qualidade da atenção dos serviços de saúde. Apesar das melhorias socioeconômicas observadas nos últimos anos referentes à população negra, pode-se comprovar que ainda persistem iniquidades no acesso e na qualidade da assistência à saúde prestada à esta população e, principalmente, às mulheres negras⁽⁶⁾.

Uma análise multivariada constatou que, mesmo em condições socioeconômicas semelhantes, as mulheres negras, em comparação com as não negras, apresentam taxas mais altas de mortalidade por câncer⁽⁵⁾. Outro estudo realizado com controle da variável sociodemográfica, confirma que as mulheres de cor de pele preta vivenciam piores indicadores de atenção à saúde⁽⁹⁾.

Associadas as patologias de maior prevalência dentro da raça negra com dificuldades estruturais e sociais de acesso aos serviços de saúde, mulheres negras se apresentam como estrato social detentor de diversas vulnerabilidades e com maiores índices de morbimortalidade que mulheres não negras^(10,3). Doenças geneticamente mais comuns entre negras são: doença falciforme, distúrbios hipertensivos gestacionais, diabetes mellitus, miomas uterinos e hipertensão arterial^(10, 3, 11). A população negra em geral possui também maior número de mortes

por causas violentas, abuso de álcool e drogas associado a transtornos mentais e maiores taxas de desnutrição⁽¹¹⁾.

Contextos socioculturais de mulheres pobres e negras determinam maiores índices de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), mesmo naquelas sem comportamentos de risco⁽¹²⁻¹³⁾. Vítimas de estigmatização, tais mulheres são silenciadas e subordinadas a situações de violência doméstica/sexual/de gênero, sem reconhecimento dos seus direitos e com menor poder de negociação de práticas sexuais seguras⁽¹²⁾.

Acesso aos serviços de saúde

Mulheres negras são subordinadas à discriminação racial e de gênero, que geram vulnerabilidades nessa população, provocando uma atenção desigual no âmbito da saúde e uma perspectiva diferente do adoecimento⁽¹⁴⁾. Nas pesquisas científicas brasileiras, o quesito cor/raça/etnia ainda é pouco valorizado como parâmetro importante de iniquidade dentro dos modelos de atenção à saúde e passou a ser incluído em questionários de pesquisas brasileiras há pouco mais de 20 anos⁽¹⁵⁾.

As mulheres negras estão sujeitas a menor acesso aos serviços de saúde, baixo índice de condutas preventivas e menor qualidade na atenção ginecológica e obstétrica, conferindo um maior risco de adoecer e morrer, quando comparadas a mulheres não negras^(5,9,16). Identificou-se que o exame citopatológico do colo do útero e a mamografia foram realizados em menor porcentagem nas negras, fato que justifica as maiores taxas de morbimortalidade pelos cânceres de mama e de colo de útero nesse grupo, quando comparada a maior taxa de diagnóstico precoce e sobrevida dessas patologias nas mulheres brancas^(5,17,18).

Mulheres negras possuem, também, maiores taxas de tempo de espera para atendimento médico e diagnósticos realizados mais tardiamente. A exemplo, o câncer de mama, que tem maior prevalência entre mulheres brancas, possui maior mortalidade entre mulheres negras, que recebem diagnósticos de neoplasias mais avançadas e com menores chances de cura. Em estudo realizado por Bairros et al., foi identificado que mesmo entre grupos de mulheres negras e brancas com situação socioeconômica semelhante existe ainda permanência das iniquidades de acesso à saúde, com vulnerabilidade racial identificada⁽⁵⁾.

Racismo institucional

A raça, muito além de componente exclusivamente biológico, compõe-se na sociedade como marcador de hierarquias sociais e é carregada de estigmas socioculturais, posicionando cada sujeito dentro da sociedade⁽¹⁹⁾. O racismo institucional apresenta-se de maneira muito mais velada que o racismo individual, mostrando-se em organizações, políticas e práticas institucionais que geram tratamento desigual entre sujeitos⁽¹⁰⁾. A feminilidade negra foi construída com história das mulheres negras brasileiras e é, ainda, carregada de estigmas e violência racial, resultando em micro e macroagressões sofridas diariamente por essas mulheres, afetando o bem-estar e saúde⁽¹⁹⁾.

Dentro dos sistemas de saúde existe um viés racial, ainda que implícito, baseado em estereótipos que causam discriminações e preconceitos sofridos pelas negras nestes sistemas⁽²⁰⁾.

Um exemplo desse racismo velado nas instituições de saúde é a baixa representatividade da mulher negra nos cartazes publicitários voltados para a promoção da saúde da mulher. Enquanto artifícios visuais, os cartazes divulgados nas campanhas de saúde podem difundir valores sociais e étnicos. Esse apagamento da mulher negra contribui para a perpetuação das iniquidades bem como, dificulta o autorreconhecimento da negra como detentora de um corpo válido e digno de cuidados de saúde⁽¹⁶⁾.

O atendimento desigual para mulheres negras dentro das maternidades, com maiores índices de violência obstétrica e com informações precariamente passadas para tais mulheres, também demonstra com lucidez o recorte racial dentro deste sistema⁽¹⁵⁾. As taxas de mortalidade materna são maiores nas mulheres negras e se relacionam principalmente a transtornos hipertensivos na gravidez e a intercorrências no parto e puerpério⁽²¹⁻²²⁾. Em relação à violência obstétrica, verificou-se menor realização de anestésias periparto, maiores índices de violação da garantia do direito da mulher ao acompanhante, menor número de consultas pré-natais, pior relação com os profissionais de saúde e menor satisfação com o atendimento recebido^(5-6,9).

A discriminação racial é um importante estressor psicossocial, assim, experiências de racismo sofrido pelas negras tem o potencial de induzir uma situação de estresse crônico. Um estudo prospectivo identificou a associação desse estresse relacionado ao racismo sofrido pela mulher negra com doenças como obesidade, diabetes mellitus tipo 2 e piores desfechos cardiovasculares⁽²³⁻²⁴⁾. Outro estudo de coorte identificou que o diabetes mellitus tipo 2 tem maior prevalência e início precoce em mulheres negras e também constatou uma associação positiva entre diabetes mellitus tipo 2 e a mortalidade por câncer de mama nessas mulheres⁽²⁵⁾.

Políticas públicas

Movimentos sociais no final do século XX, como o Movimento Negro e o Movimento de Mulheres Negras, reivindicaram pautas sobre equidade racial, inclusive em sistemas de saúde, e culminaram com a Reforma Sanitária e com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS)⁽¹⁰⁾. Apesar de resultarem em um sistema universal e integral, esses movimentos populares não foram capazes de eliminar totalmente as barreiras estruturais no acesso à saúde, principalmente baseadas no racismo institucional e nos estigmas raciais e de gênero, sofridos pelas mulheres negras⁽¹⁰⁾.

Com objetivo de promover a equidade em saúde, foi instituída em 2009, no Brasil, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, que reconhece o racismo como determinante social de saúde⁽¹⁹⁾. A agenda de racismo e vulnerabilidade foi colocada em discussão a partir de 1995, com a Marcha Nacional Zumbi dos Palmares⁽¹⁰⁾. Em 2007, foi incluído o quesito cor nos instrumentos de coletas de dados do SUS⁽³⁾.

O perfil da maioria das mulheres negras brasileiras é delineado, situação econômica abaixo da linha da pobreza, com menos anos de escolaridade, chefes de família sem cônjuge e com filhos. Tais mulheres, em grande parte "SUS-dependentes", vítimas de tantas agressões sociais, são submetidas a um sistema de saúde universalizante, que não trata essa população com a peculiaridade e acolhimento devidos, sem atenção focal à saúde das mulheres negras⁽³⁾.

CONCLUSÃO

Diante de uma busca por publicações que tratassem da saúde da mulher negra no Brasil, foi possível destacar a insuficiente quantidade de estudos publicados. A escassez de resultados sobre saúde da mulher negra demonstra que as instituições de pesquisa não debatem profundamente sobre temas como racismo e saúde, impactos da raça e etnia sobre taxas de morbimortalidade e políticas públicas focais para atenção à saúde de mulheres negras.

A iniquidade no acesso à saúde referente a mulheres negras demonstra a herança de desigualdade racial que permeia a atualidade, através de discriminações, preconceitos, estereótipos e negligência no atendimento e acolhimento dessas mulheres. A prática de políticas e modelos de saúde da mulher não deve delimitar o segmento de mulheres brasileiras como homogêneo e universal. Dentro desse segmento existe o microcosmo, enorme numericamente, de mulheres negras que necessitam de políticas de saúde direcionadas às suas vulnerabilidades, as quais resultam em maiores taxas de mortalidade materna e neonatal, maior prevalência de agravamento de doenças benignas, maior risco de violência sexual e de gênero e maiores taxas de omissão de socorro e negligência médica.

A partir da participação social, é necessário que seja novamente colocado em pauta o racismo como fator de vulnerabilidade em saúde políticas, práticas institucionais e recursos financeiros e educacionais sejam repensados e propostos de maneira mais precisa, pautados na verdadeira equidade, sem invisibilidades raciais ou de gênero.

AGRADECIMENTOS

Agradecimentos ao Programa Institucional de Iniciação Científica da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES), em especial ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica Ensino Médio CNPq/Unimontes, ao Programa de Iniciação Científica da Unimontes BIC/UNI e ao Programa de Iniciação Científica Voluntária (ICV).

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores negam conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

- 1- Fattore GL, Teles CA, Santos DN, Santos LM, Reichenheim ME, Barreto ML. Validade de constructo da escala Experiences of Discrimination em uma população brasileira. *Cad. Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2015 [acesso em 24 mar. 2019]; 32(4):e00102415. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2016000400601&script=sci_abstract&tlng=pt.
- 2- Oliveira MV, Guimarães MDC, França EB. Fatores associados à não realização de Papanicolau em mulheres quilombolas. *Ciênc. Saúde Colet.* [periódico na Internet]. 2014 [acesso em 24 mar. 2019]; 19(11):4535-44. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232014001104535&script=sci_abstract&tlng=pt.
- 3- Viegas DP, Varga IVD. Promoção à saúde da mulher negra no povoado Castelo, Município de Alcântara, Maranhão, Brasil. *Saude soc.* [periódico na Internet]. 2016 [acesso em 24 mar. 2019]; 25(3): 619-30. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902016000300619&script=sci_abstract&tlng=pt.
- 4- Martins AL. Near miss e mulheres negras. *Saude soc.* [periódico na Internet]. 2016 [acesso em 24 mar. 2019]; 25(3):573-88. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902016000300573&script=sci_abstract&tlng=pt.
- 5- Bairros FS, Meneghel SN, Dias-da-Costa JS, Bassani DG, Menezes AMB, Gigante DP et al. Racial inequalities in access to women's health care in southern Brazil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. dez. 2011 [acesso em 24 mar. 2019]; 27(12): 2364-72. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001200008.
- 6- Diniz CSG, Batista LE, Kalckmann S, Schlitz AOC, Queiroz MR, Carvalho PCA. Desigualdades sociodemográficas e na assistência à maternidade entre puérperas no Sudeste do Brasil segundo cor da pele: dados do inquérito nacional Nascer no Brasil (2011-2012). *Saude soc.* [periódico na Internet]. 2016 [acesso em 24 mar. 2019]; 25(3):561-572. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902016000300561&script=sci_abstract.
- 7- Mendes KS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2008;17(4):758-64.
- 8- Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. *Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice.* Filadélfia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. pp. 3-24.
- 9- Leal MC, Gama SGN, Pereira APE, Pacheco VE, Carmo CN, Santos RV. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cad. Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2017 [acesso em 24 mar. 2019]; 33(Suppl1):e00078816. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2017001305004&script=sci_abstract&tlng=pt.
- 10- Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saude soc.* [periódico na Internet]. set. 2016 [acesso em 24 mar. 2019]; 25(3):535-49. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902016000300535&script=sci_abstract&tlng=pt.
- 11- Tavares NO, Oliveira LV, Lages SRC. A percepção dos psicólogos sobre o racismo institucional na saúde pública. *Saúde debate* [periódico na Internet]. dez. 2013 [acesso em 25 abr. 2019]; 37(99):580-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042013000400005&script=sci_abstract&tlng=pt.

12- Taquette SR, Meirelles ZV. Discriminação racial e vulnerabilidade às DST/Aids: um estudo com adolescentes negras. *Physis* [periódico na Internet]. 2013 [acesso em 25 abr. 2019]; 23(1):129-142. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312013000100008&script=sci_abstract&tlng=pt.

13- Jesus MLG, Monteiro RB. Jovens, negras e estudantes: aspectos da vulnerabilidade em São Luís do Maranhão. *Saude soc.* [periódico na Internet]. 2016 [acesso em 25 abr. 2019]; 25(3):652-63. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902016000300652&script=sci_abstract&tlng=pt.

14- Goes EF, Nascimento ER. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. *Saúde debate* [periódico na Internet]. 2013 [acesso em 25 abr. 2019]; 37(99):571-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010311042013000400004&script=sci_abstract&tlng=pt.

15- Sacramento AN, Nascimento ER. Racism and health: social representation of women and professionals about the color/race issue. *Rev. esc. enferm. USP* [periódico na Internet]. out. 2011 [acesso em 25 abr. 2019]; 45(5):1142-1149. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342011000500016&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

16- Silva MN, Monteiro JCS. Representation of the black woman on the Brazilian Ministry of Health advertising posters. *Rev. esc. enferm. USP* [periódico na Internet]. 2018 [acesso em 22 out. 2019]; 52:e03399. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342018000100475&lng=en. Epub Dec 13, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2018002203399>.

17- Black AR, Woods G, Giscombé C. Applying the stress and 'strength' hypothesis to Black women's breast cancer screening delays. *Stress and Health*, [periódico na Internet]. 2012 [acesso em 22 out. 2019]; 28(5):389-396. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3696631/>.

18- Mouton CP, Carter-Nolan PL, Makambi KH, Taylor TR, Palmer JR, Rosenberg L et al. Impact of perceived racial discrimination on health screening in black women. *Journal of health care for the poor and underserved*, [periódico na Internet]. 2010 [acesso em 22 out. 2019]; 21(1):287. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3760200/>.

19- Xavier EC, Rocha KB. Subjetividade e interseccionalidade: experiências de adoecimento de mulheres negras com doença falciforme. *Av. Psicol. Latinoam.* [periódico na Internet]. 2017 [acesso em 25 abr. 2019]; 35(2):267-82. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S179447242017000200267&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

20- Assis JF. Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica. *Serv. Soc. Soc.* [periódico na Internet]. 2018 [acesso em 25 abr. 2019]; (133):547-565. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S010166282018000300547&lng=pt&nrm=iso

21- Belfort IKP, Kalckmann S, Batista LE. Assistência ao parto de mulheres negras em um hospital do interior do Maranhão, Brasil. *Saude soc.* [periódico na Internet]. 2016 [acesso em 24 mar. 2019]; 25(3):631-40. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902016000300631&script=sci_abstract&tlng=pt.

22- Batista LE, Rattner D, Kalckmann S, Oliveira MCG. Humanização na atenção à saúde e as desigualdades raciais: uma proposta de intervenção. *Saude soc.* [periódico na Internet].

2016 [acesso em 24 mar. 2019]; 25(3):689-702. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902016000300689&lng=en.

23- Bacon KL, Stuver SO, Cozier YC, Palmer JR, Rosenberg L, Ruiz-Narváez EA. Perceived racism and incident diabetes in the Black Women's Health Study. *Diabetologia*, [periódico na Internet]. 2017 [acesso em 22 out. 2019] 60(11):2221-2225. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5817630/>

24- Cozier YC, Yu J, Coogan PF, Bethea TN, Rosenberg L, Palmer JR. Racism, segregation, and risk of obesity in the Black Women's Health Study. *American journal of epidemiology*, [periódico na Internet]. 2014 [acesso em 22 out. 2019]; 179(7):875-883. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3969538/>.

25- Charlot M, Castro-Webb N, Bethea TN, Bertrand K, Boggs DA, Denis GV et al. Diabetes and breast cancer mortality in Black women. *Cancer Causes & Control*. [periódico na Internet]. 2017 [acesso em 22 out. 2019]; 28(1):61-67. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5528173/>

Revista Brasileira de Saúde Funcional

DIRETRIZES PARA AUTORES

A Revista Brasileira de Saúde Funcional assume os moldes da **Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals**, preconizado pelo Comitê Internacional de Diretores de Revistas Médicas, com as especificações que são detalhadas a seguir. Ver o texto completo em inglês desses Requisitos Uniformes no site do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), www.icmje.org, na versão atualizada de abril de 2010.

A publicação dos artigos é uma decisão dos editores. Todas as contribuições que suscitarem interesse editorial serão submetidas à revisão por pares anônimos.

ASPECTOS ÉTICOS

Segundo o Conselho Nacional de Saúde, resolução 466/12, para estudos em seres humanos, é obrigatório o envio da carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, independente do desenho de estudo adotado (observacionais, experimentais ou relatos de caso). Deve-se incluir o número do Parecer da aprovação da mesma pela Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital ou Universidade, a qual seja devidamente registrada no Conselho Nacional de Saúde. A realização de experimentos envolvendo animais deve seguir resoluções específicas (Lei nº 11.794/08), sendo obrigatório o envio da carta de aprovação da Comissão de Ética no Uso de Animal (CEUA).

1. EDITORIAL

O Editorial que abre cada número da Revista Brasileira de Saúde Funcional comenta acontecimentos recentes, inovações tecnológicas, ou destaca artigos importantes publicados na própria revista. É realizada a pedido dos editores, que podem publicar uma ou várias opiniões de especialistas sobre temas de atualidade.

2. ARTIGOS ORIGINAIS

São trabalhos resultantes de pesquisa científica apresentando dados originais com relação a aspectos experimentais ou observacionais, em estudos com animais ou humanos. Formato: O texto dos Artigos originais é dividido em Resumo (inglês e português), Introdução, Material e métodos, Resultados, Discussão, Conclusão, Agradecimentos (optativo), Conflito de Interesse (condicional a natureza e/ou financiamento da pesquisa) e Referências. Texto: A totalidade do texto, incluindo as referências e as legendas das figuras, não deve ultrapassar 30.000 caracteres (espaços incluídos), e não deve ser superior a 18 páginas A4, em espaço 1,5, fonte Times New Roman tamanho 12, com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobre-escrito, etc. Tabelas: Recomenda-se usar no máximo seis tabelas, no formato Excel ou Word. Figuras: Máximo de 08 figuras, em formato .tif ou .gif, com resolução de 300 dpi.

Literatura citada: Máximo de 30 referências. Máximo de autores – 06 autores.

3. REVISÃO

Os artigos de revisão são habitualmente encomendados pelo Editor a autores com experiência comprovada na área. Artigos de revisão deverão abordar temas específicos com o objetivo de atualizar os menos familiarizados com assuntos, tópicos ou questões específicas na área de saúde funcional e ciência do movimento. O Conselho Editorial avaliará a qualidade do artigo, a relevância do tema escolhido e o comprovado destaque dos autores na área específica abordada. A inadequação de qualquer um dos itens acima acarretará na recusa do artigo pelos editores, sem que o mesmo seja enviado para o processo de revisão pelos pares. O artigo de revisão deve ter, no máximo, 30 (trinta) páginas e 100 (cem) referências.

4. RELATO DE CASO

São artigos que apresentam dados descritivos de um ou mais casos clínicos ou terapêuticos com características semelhantes. Só serão aceitos relatos de casos não usuais, ou seja, doenças raras ou evoluções não esperadas.

Formato: O texto deve ser subdividido em Introdução, Apresentação do caso, Discussão, Conclusões e Referências.

Texto: A totalidade do texto, incluindo a literatura citada e as legendas das figuras, não deve ultrapassar 20.000 caracteres, incluindo espaços.

Figuras e Tabelas: máximo de três tabelas e três figuras.

Literatura citada: Máximo de 30 referências.

5. PREPARAÇÃO DO ORIGINAL

- Os artigos enviados deverão estar digitados em processador de texto (Word), em página A4, formatados da seguinte maneira: fonte Times New Roman tamanho 12, com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobrescrito, etc.

- Tabelas devem ser numeradas com algarismos romanos, e Figuras com algarismos arábicos.

- As imagens devem estar em preto e branco ou tons de cinza, e com resolução de qualidade gráfica (300 dpi). Fotos e desenhos devem estar digitalizados e nos formatos .tif ou .gif. Imagens coloridas serão aceitas excepcionalmente, quando forem indispensáveis à compreensão dos resultados (histologia, neuroimagem, etc).

6. PÁGINA DE APRESENTAÇÃO

A PRIMEIRA PÁGINA DO ARTIGO TRAZ:

- O título do trabalho em português e inglês;

- Resumo e palavras-chave: em português e inglês, não podendo ultrapassar 300 palavras. Deve conter introdução, objetivo, metodologia, resultados e conclusão;

• Abaixo do respectivo resumo, os autores deverão indicar 3 a 5 palavras-chave em português e em inglês para indexação do artigo. Recomenda-se empregar termos utilizados na lista dos DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) da Biblioteca Virtual da Saúde, que se encontra em <http://decs.bvs.br>.

7. AGRADECIMENTOS

Agradecimentos a colaboradores, agências de fomento e técnicos devem ser inseridos no final do artigo, antes das Referências, em uma seção à parte.

8. REFERÊNCIAS

As referências devem ser numeradas com algarismos arábicos, mencionadas no texto pelo número entre colchetes [], e relacionadas nas Referências na ordem em que aparecem no texto, seguindo as normas do ICMJE. Os títulos das revistas são abreviados de acordo com a List of Journals Indexed in Index Medicus ou com a lista das revistas nacionais e latinoamericanas, disponível no site da Biblioteca Virtual de Saúde (www.bireme.br). Devem ser citados todos os autores até 6 autores. Quando mais de 6, colocar a abreviação latina et al.

EXEMPLOS:

1. Phillips SJ, Hypertension and Stroke. In: Laragh JH, editor. Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. 2nd ed. New-York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

2. Yamamoto M, Sawaya R, Mohanam S. Expression and localization of urokinase-type plasminogen activator receptor in human gliomas. *Cancer Res* 1994;54:5016-20.

CONDIÇÕES PARA SUBMISSÃO

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, deve-se justificar em “Comentários ao editor”.

2. O arquivo da submissão está em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF. 3. URLs para as referências foram informadas quando possível.

4. O texto está em espaço simples; usa uma fonte de 12-pontos; emprega itálico em vez de sublinhado (exceto em endereços URL); as figuras e tabelas estão inseridas no texto, não no final do documento na forma de anexos.

5. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores, na página Sobre a Revista.

6. Em caso de submissão a uma seção com avaliação pelos pares (ex.: artigos), as instruções disponíveis em Assegurando a avaliação pelos pares cega foram seguidas.

7. Li o item “Diretrizes Para Autores”