

# Revista Brasileira de Saúde Funcional

Volume 10

Número 1

Abril 2020

ISSN: 2358-8691

## ESPAÇO TEMÁTICO

### PRINCIPAIS OBSTÁCULOS AO ACESSO À SAÚDE PELA COMUNIDADE SURDA

*Daniel Antunes Freitas, Wane Elayne Soares Eulálio, Kellen Bruna de Sousa Leite, Luiza Fernandes Fonseca Sandes e Káren Araújo Rodrigues*

## ARTIGOS ORIGINAIS

### AVALIAÇÃO DA DOR PÉLVICA EM MULHERES COM CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

*Elissa Raissa Siqueira do Nascimento, Joyce Lobato da Costa, Heryvelton Lima de Freitas e Erica Feio Carneiro Nunes*

### ANTIDEPRESSIVOS DISPENSADOS NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO RECÔNCAVO BAIANO QUE APRESENTAM EFEITOS SEXUAIS

*Izabel Paulina Lemos Soares Rocha Lima Sales, Hyago Sales Sobreira e Marcia Otto Barrientos*

### PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA TUBERCULOSE EM UMA MICRORREGIÃO DA BAHIA (2008-2018)

*Álisson Neves Santos, Myllena Rodrigues dos Santos e Leila Vieira Pereira Gonçalves*

### MÃES EM SITUAÇÃO DE PRISÃO: OLHAR SOBRE FILHOS NA CASA DE ACOLHIMENTO DO COMPLEXO PRISIONAL

*Lucas Gama Passos Silva, Denise Santana Silva dos Santos, Lucas Uanderson Lemos da Paz, Mayana Santos Silva, Tainara dos Santos Pereira e Tânia Christiane Ferreira Bispo*

### TERAPIA HORMONAL NA COMPOSIÇÃO CORPORAL, PERFIL LIPÍDICO, FUNÇÃO PULMONAR E DENSIDADE ÓSSEA DE HOMENS TRANSGÊNEROS

*Jessyca Alves das Neves Costa, Glaucia Andréa Santana da Silva, Erica Feio Carneiro Nunes e Angélica Homobono Nobre*

# Revista Brasileira de Saúde Funcional

Volume 10

Número 1

Abril 2020

## 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<sup>a</sup>. Wilma Raquel Barbosa Ribeiro** - Faculdade Adventista da Bahia- FADBA, Brasil

**Dr<sup>a</sup>. 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<sup>a</sup> 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<sup>a</sup>. 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](http://www.seer-adventista.com.br/ojs/index.php/RBSF)

# Revista Brasileira de Saúde Funcional

Volume 10

Número 1

Abril 2020

## SUMÁRIO

<b>ESPAÇO TEMÁTICO PRINCIPAIS OBSTÁCULOS AO ACESSO À SAÚDE PELA COMUNIDADE SURDA</b>	<b>4</b>
<b>ARTIGOS ORIGINAIS AVALIAÇÃO DA DOR PÉLVICA EM MULHERES COM CÂNCER DE COLO DE ÚTERO</b>	<b>8</b>
<b>ANTIDEPRESSIVOS DISPENSADOS NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO RECÔNCAVO BAIANO QUE APRESENTAM EFEITOS SEXUAIS</b>	<b>18</b>
<b>PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA TUBERCULOSE EM UMA MICRORREGIÃO DA BAHIA (2008-2018)</b>	<b>29</b>
<b>MÃES EM SITUAÇÃO DE PRISÃO: OLHAR SOBRE FILHOS NA CASA DE ACOLHIMENTO DO COMPLEXO PRISIONAL</b>	<b>39</b>
<b>TERAPIA HORMONAL NA COMPOSIÇÃO CORPORAL, PERFIL LIPÍDICO, FUNÇÃO PULMONAR E DENSIDADE ÓSSEA DE HOMENS TRANSGÊNEROS</b>	<b>49</b>

**Daniel Antunes Freitas**

danielmestradounincor@yahoo.com.br

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

**Wane Elayne Soares Eulálio**

wane.eulalio@ead.unimontes.br

Mestra em Educação pela Universidade Federal de Uberlândia.

**Kellen Bruna de Sousa Leite**

kellen1518@gmail.com

Acadêmica do curso de medicina na Universidade Estadual de Montes Claros.

**Luiza Fernandes Fonseca Sandes**

ffsandes@gmail.com

Acadêmica do curso de medicina na Universidade Estadual de Montes Claros.

**Káren Araújo Rodrigues**

karenaraujo934@gmail.com

Acadêmica do curso de medicina na 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

## PRINCIPAIS OBSTÁCULOS AO ACESSO À SAÚDE PELA COMUNIDADE SURDAS

*MAIN OBSTACLES TO ACCESS TO HEALTH FOR THE DEAF  
COMMUNITY*

### RESUMO

**Introdução:** A população surda encontra diversas dificuldades quanto ao acesso à saúde. **Objetivo:** Compreender os obstáculos encontrados no acesso à saúde sob a ótica de indivíduos surdos. **Materiais e Métodos:** Trata-se de uma pesquisa transversal, qualitativa, realizada por meio de entrevistas com indivíduos surdos. **Resultados:** A dificuldade de comunicação foi considerada como o principal obstáculo em relação aos serviços de saúde. A limitação no conhecimento de Libras pelos profissionais de saúde proporciona desconforto durante as consultas. **Conclusão:** Verificou-se a necessidade de orientar os profissionais de saúde em relação às dificuldades dos surdos nos serviços de saúde.

**Palavras-Chave:** Surdez. Serviços de Saúde. Acesso aos Serviços de Saúde.

### ABSTRACT

**Introduction:** The deaf population faces several difficulties regarding access to health. **Objective:** To understand the obstacles encountered in the accessing health care from the perspective of deaf individuals. **Methodology:** It's about a cross-sectional, qualitative research, conducted through interviews with deaf individuals. **Results:** Communication difficulties was considered them main obstacle in relation to health services. The limitation in the knowledge of Libras by health professionals causes discomfort during consultations. **Conclusion:** There was a need to guide

health professionals in relation to the difficulties of the deaf individuals in health services.

**Keywords:** Deafness. Health Services. Health Services Accessibility.

## **INTRODUÇÃO**

A surdez é uma condição originada por alterações no sistema auditivo que resultam na impossibilidade do indivíduo de receber estímulos sonoros<sup>(1)</sup>. A população surda é marcada por intensas vulnerabilidades sociais e problemas de acessibilidade, o que torna seu acesso a direitos básicos como saúde, educação e lazer extremamente dificultado no âmbito atual<sup>(2)</sup>.

A intensa luta da comunidade surda por sua afirmação linguística e cultural culminou com a o reconhecimento da Língua Brasileira de Sinais (Libras) no ano de 2002, pela Lei 10.436, como língua oficial das pessoas surdas<sup>(3)</sup>. Tal forma de linguagem permite através de expressões gestuais e visuais que os surdos se comuniquem, podendo dessa forma garantir sua participação ativa nos diversos ambientes em que frequentam<sup>(4)</sup>. Preconiza-se, dessa forma, que o indivíduo surdo tenha uma educação bilíngue, na qual a Libras seja a primeira língua aprendida e a Língua Portuguesa seja abordada como segunda língua<sup>(5)</sup>.

A comunidade surda encontra no cenário atual diversas dificuldades quanto ao acesso à saúde. Problemas no acesso a informações, conhecimento limitado sobre doenças e a dependência de familiares e intérprete nos atendimentos médicos, tornam o indivíduo surdo extremamente vulnerável no que tange ao processo saúde-doença<sup>(6)</sup>. Tais impasses estabelecem situações frustrantes, insegurança e medo na pessoa surda, o que acaba a levando a procurar menos os serviços de saúde em situações de necessidade<sup>(2)</sup>.

Assim, propôs-se como objetivo, neste estudo, compreender os obstáculos encontrados no acesso à saúde sob a ótica de indivíduos surdos.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

Trata-se de uma pesquisa transversal de abordagem qualitativa, realizada no norte do estado de Minas Gerais, em que houve a aprovação pelo Comitê de Ética.

Foram entrevistados indivíduos surdos que estivessem cursando qualquer curso ministrado pela Universidade Estadual local ou que estivessem participando de atividades inclusivas propostas pelas entidades de apoio. Os dados foram obtidos por meio de entrevista, a partir de um roteiro semi-estruturado com questões norteadoras. As entrevistas foram realizadas com a participação de um intérprete de Libras, com a tradução imediata e simultânea. Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O ato de se comunicar e se inter-relacionar com o meio em que vive é fundamental para garantir a socialização do indivíduo, contribuindo para aquisição de experiências novas e a produção de atividades junto à sociedade, participando desta de modo mais ativo<sup>(7)</sup>. Na promoção

do cuidado com o paciente surdo, o maior desafio do atendimento é justamente a dificuldade de interlocução entre o paciente e o profissional, fato que resulta em uma troca defeituosa de informações, sendo o desconhecimento de Libras fator limitante para a identificação das necessidades do paciente<sup>(8)</sup>.

Entre os entrevistados, fica claro que a dificuldade de comunicação se configura como o principal obstáculo em relação aos serviços de saúde. Em adição, a presença de um acompanhante durante as consultas foi relatada com frustração pela dependência e constrangimento no que concerne ao compartilhamento de informações pessoais.

Sobre essa questão, alguns dos entrevistados relataram: “Eu gostaria de ir só, mas há essa barreira. Então tem que ser sempre com minha mãe, para ser mais fácil, por que o médico vai explicar para ela e ela me passa.”; “A comunicação é muito difícil eu tento explicar: Gente, estou passando mal! Esforço pra tentar escrever falando que eu estou passando mal. Meu medo é dele não compreender o que que estou falando.”.

Diversos princípios da ética em saúde são negligenciados em decorrência da barreira comunicacional, como a confidencialidade, autonomia do paciente e individualização do tratamento. Além disso, pode-se perceber uma deficiência no autocuidado, já que as informações referentes aos processos saúde-doença não são reportadas diretamente para quem necessita e procura o serviço<sup>(2,6,8)</sup>. Assim, a percepção dos problemas de saúde, a compreensão das informações, a adoção de estilos de vida saudáveis, a utilização dos serviços de saúde, bem como a adesão de procedimentos terapêuticos são limitados devido ao viés de um terceiro participante<sup>(2,6)</sup>.

A dificuldade de comunicação que existe entre profissional e o paciente surdo está pautada no desconhecimento sobre a linguagem brasileira de sinais e suas diferenças básicas em relação à Língua Portuguesa<sup>(2,8)</sup>, fato verificado também no discurso dos entrevistados, conforme se observa:

Uma temática muito importante para a comunidade surda, a questão da área da saúde que a gente percebe. Na verdade não é uma ajuda pro surdo, é uma obrigação, é uma questão de ser humano, é uma questão de direito, de igualdade. Eu sei que é questão da minoria mas precisa ter sim esse avanço. Vou falar um pouco, sobre a Lei Estadual de Minas Gerais, sobre a questão da medicina que é importante os médicos aprender libras, ter essa disciplina. É uma lei antiga desde o ano de 1991 e até hoje o curso de medicina não tem libras como disciplina. (Dados da pesquisa/aplicação dos questionários).

## **CONCLUSÃO**

Verificou-se que o desconhecimento de Libras pelos profissionais de saúde implica negativamente no atendimento, dificultando à comunicação, que na maioria das vezes precisa ser intermediada por um terceiro participante, trazendo desconforto para o paciente surdo, além de proporcionar dificuldades no acesso dos surdos aos serviços de saúde. Ademais, os dados apontam para a necessidade de orientar os profissionais de saúde em relação às dificuldades dos surdos nos serviços de saúde e sobre a necessidade do uso de estratégias, a fim de minimizar os entraves no acesso dos surdos aos serviços de saúde.

## REFERÊNCIAS

- 1- Nunes SDS, Saia AL, Silva LJ, Mimessi SD. Surdez e educação: escolas inclusivas e/ou bilíngues?. *Psicol. Esc. Educ.* 2015;19(3):537-45.
- 2- Sousa MFNDS, Araújo AMB, Sandes LFF, Freitas DA, Soares WD, Vianna RSDM et al. .Main difficulties and obstacles faced by the deaf community in health access: an integrative literature review. *Rev. CEFAC.* 2017;9(3):395-405.
- 3- Muttão MDR, Lodi ACB. Formação de professores e educação de surdos: revisão sistemática de teses e dissertações. *Psicol. Esc. Educ.* 2018;22(sp):49-56.
- 4- Rodrigues CH, Beer H. Rights, Policies and Languages: divergences and convergences in/from/for deaf education. *Educ. Real.* 2016; 41(3):661-80.
- 5- Albres NDA, Rodrigues CH. The Roles of the Educational Interpreter: Between Social Practices and Education Policies Bakhtiniana, *Rev. Estud. Discurso.* 2018;13(3):16-41.
- 6- Oliveira YCAD, Celino SDDM, França ISXD, Pagliuca LMF, Costa GMC. Conhecimento e fonte de informações de pessoas surdas sobre saúde e doença. *Interface Comunic., Saude, Educ.* 2015;19(54):549-60.
- 7- Ribeiro GM, Figueiredo Maria Fernanda Santos, Rossi-Barbosa Luiza Augusta Rosa. The importance of auditory health training: na integrative review. *Rev. CEFAC.* 2014 Ago;16(4): 1318-1325.
- 8- Gomes LF, Machado FC, Lopes MM, Oliveira RS, Medeiros-Holanda B, Silva, LB et al. Conhecimento de Libras pelos médicos do Distrito Federal e atendimento ao paciente surdo. *Rev. bras. educ. med.* 2017;41(3):390-6.

**Elissa Raissa Siqueira do Nascimento**

elissaraissa@gmail.com

Acadêmica da Universidade do Estado do Pará (UEPA), Belém, Pará, Brasil.

**Joyce Lobato da Costa**

joyce97cl@outlook.com

Acadêmica da Universidade do Estado do Pará (UEPA), Belém, Pará, Brasil.

**Heryvelton Lima de Freitas**

heryvelton@gmail.com

Médico. Especialista em Radioterapia. Belém, Pará, Brasil.

**Erica Feio Carneiro Nunes**

erica@perineo.net

Docente da Universidade do Estado do Pará (UEPA), Belém, Pará, Brasil.



**Faculdade Adventista da Bahia**

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

**Revista Brasileira de Saúde Funcional**  
REBRASF

## AVALIAÇÃO DA DOR PÉLVICA EM MULHERES COM CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

*EVALUATION OF PELVIC PAIN IN WOMEN WITH CERVICAL CANCER*

### RESUMO

**Introdução:** A dor é considerada uma manifestação perceptiva, complexa e subjetiva. Todavia, quantificar uma percepção subjetiva do indivíduo tem se demonstrado uma grande dificuldade a comunidade científica. Nesta perspectiva, a dor pélvica é delineada como uma sensação dolorosa localizada na região pélvica, sendo um dos comprometimentos mais frequentes e debilitantes do câncer de colo de útero.

**Objetivo:** Avaliar a dor pélvica em mulheres com câncer de colo de útero. **Material e Métodos:** Trata-se de um estudo observacional, transversal, teve amostragem por conveniência e amostra de 10 (dez) participantes, realizado no Centro Saúde Escola do Marco (CSE) da Universidade do Estado do Pará (UEPA). Foi aplicado um formulário para caracterização sociodemográfica e econômica e a “Escala de Avaliação De Dor Pélvica”.

**Resultados:** A média de idade foi de 48,2±11,9 anos. Em relação à percepção de dor pélvica foi verificado que dentre as 10 (dez) participantes, 9 (nove) apresentaram dor classificada de moderada à intensa, tendo como base a Escala Visual Analógica (EVA). **Conclusão:** A presença da dor pélvica nas mulheres com câncer de colo de útero foi diversificada em termos de graduação, variando conforme estadiamento e tratamento adotado. Nesse sentido, a avaliação da dor de pacientes com câncer deve fazer parte da rotina da equipe de saúde de forma integrada, com cuidados para além do consultório.

### PALAVRAS-CHAVE:

Percepção. Dor Pélvica. Câncer.

## ABSTRACT

**Introduction:** The pain is considered a perceptual, complex and subjective manifestation. However, quantifying a subjective perception of the individual has proved a great difficulty in the scientific community. In this perspective, the pelvic pain is described as a painful sensation located in the pelvic region, being one of the most frequent and debilitating complications of Uterine Cervical Neoplasms. **Objective:** Evaluate the pelvic pain in women with Uterine Cervical Neoplasms. **Material and Methods:** It is an observational, cross-sectional study, that was by convenience sampling and sample of 10 (ten) participants, performed in the School Health Center of Marco (SHC) of the University of the State of Pará (UEPA). A form for socio-demographic and economic characterization was applied and "Pelvic Pain Evaluation Scale". **Results:** The mean age was 48.2+11,9 years. In relation to the perception of pelvic pain, it was verified that among the 10 (ten) participants, 9 (nine) presented pain classified from moderate to severe, based on the Visual Analog Scale (VAS). **Conclusion:** The presence of pelvic pain in women with Uterine Cervical Neoplasms was diverse in terms of graduation, varying according to staging and treatment adopted. In this sense, the evaluation of pain in patients with cancer should be part of the routine of the health care team in an integrated manner, with care beyond the clinic.

**Keywords:** Perception, Pelvic pain, Cancer.

## INTRODUÇÃO

A dor é considerada uma manifestação perceptiva, complexa e subjetiva, possuindo aspectos sensoriais, afetivos e comportamentais. É definida pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) como uma experiência sensorial e/ou emocional, podendo estar relacionada ou não à ocorrência de uma lesão. Ainda, pode ser avaliada através de escalas de dor, de modo a torná-la quantitativa<sup>(1,2)</sup>.

Avaliar e quantificar a dor, todavia, tem se demonstrado uma grande dificuldade para a comunidade científica devido à forma subjetiva do indivíduo, à associação das sensações de dor com um conjunto de fatores emocionais, motivacionais e culturais, os quais podem gerar confluência<sup>(1,3)</sup>. Apesar disso, a mensuração desta é essencial para a avaliação e o tratamento dos seus efeitos. Com uma análise apropriada, torna-se possível examinar sua natureza, as origens e os correlatos clínicos em função das características emocionais, cognitivas, e de personalidade do cliente/paciente<sup>(3,4)</sup>.

Dentre as manifestações sensoriais que têm destaque na área de Saúde da Mulher e possui grandes repercussões na vida dessas, destaca-se a dor pélvica. Esta é delineada como a sensação dolorosa localizada na região pélvica, de forma contínua ou intermitente, não associada exclusivamente à menstruação ou à relação sexual, visto que sua etiologia é resultado de uma vasta e complexa interação entre diversos sistemas do organismo<sup>(5)</sup>.

A dor pélvica também é um dos comprometimentos mais frequentes e debilitantes do câncer de colo de útero e está associada a uma significativa morbidade e perda das funções física e sexual com repercussões na qualidade de vida destas mulheres. Por ser um fenômeno

multifacetado, o grande desafio inicia-se na sua mensuração, já que a dor é, antes de tudo, subjetiva e variável<sup>(6,7)</sup>.

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo avaliar a dor pélvica em mulheres com câncer de colo de útero.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Trata-se de um estudo observacional, transversal, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos da Universidade do Estado do Pará (UEPA). Realizado no Centro Saúde Escola do Marco (CSEM), Belém- Pará, no período de setembro a dezembro de 2018.

A população alvo foram mulheres com um diagnóstico prévio de câncer de colo uterino, em tratamento quimioterápico ou radioterápico, tendo como amostra 10 (dez) mulheres por amostragem por conveniência. Para composição da amostra, consideraram-se como critérios de inclusão: mulheres em tratamento quimioterápico e/o radioterápico contra o câncer, que sejam pacientes vinculadas com a instituição e possuam idade entre 18 e 60 anos, visando não abranger a população idosa por possivelmente produzir viés na pesquisa, visto que nesta faixa etária elevam-se os quadros algícos relacionados a outras patologias, como exemplo, problemas osteomioarticulares. E para critério de exclusão segue indivíduos com distúrbios neurológicos que inviabilize responder os questionários de forma satisfatória, pacientes com alteração de sensibilidade que produza dificuldade na interpretação da pesquisa e pacientes que não aderem ao tratamento oncológico.

O desenvolvimento desta pesquisa ocorreu em etapas, sendo estas:

- A primeira etapa consistiu em recrutar as participantes, o que foi feito mediante encaminhamento médico. Os médicos oncologistas encaminharam para o CSE as mulheres que se encaixem nos critérios de elegibilidade do estudo.
- A segunda etapa consistiu no acolhimento das participantes no CSEM, onde ocorreu o consentimento à participação na pesquisa.
- A terceira etapa foi a caracterização sociodemográfica e econômica das participantes por meio de um formulário elaborado pelas próprias pesquisadoras contendo diversas variáveis buscando conhecer a amostra em questão. E por último, lhes foi entregue a Escala Visual Analógica (EVA) e o Questionário para Avaliação de Dor Pélvica.

O formulário de avaliação fisioterapêutica elaborado pelas próprias pesquisadoras, visando caracterizar a amostra, na qual contém variáveis sociodemográficas (idade, nível de escolaridade, raça, estado civil e religião), econômicas (renda, ocupação, situação de trabalho, e número de filhos) e aspectos clínicos (local, fator de piora e melhora, intensidade, tempo de dor).

A Escala visual analógica (EVA) é um instrumento unidimensional para avaliar a intensidade da dor. É uma ferramenta de simples aplicação com uma linha vertical ou horizontal com as extremidades numeradas com graduação de 0 (zero) a 10 (dez), sendo 0 “nenhuma dor” e 10 “pior dor imaginável”. Solicita-se que o paciente classifique e indique na linha correspondente a dor no momento da avaliação<sup>(8)</sup>.

O “Questionário para Avaliação de Dor Pélvica”, traduzido e validado em 2010 para o português pela equipe da doutora Telma Mariotto Zakka, caracteriza as queixas de dor

dos indivíduos pelo pesquisador previamente treinado, além de avaliar qualidade de vida das participantes. Por ser um instrumento unidimensional, é bastante eficaz na mensuração da intensidade da dor e dos quesitos que influenciam<sup>(9)</sup>. O instrumento é dividido em categorias: informações e contatos; dados demográficos; informações sobre sua dor, espaço este em que a participante descreva sua dor; que tipo de tratamento/médicos você tentou anteriormente para sua dor; mapa de dor; antecedentes cirúrgicos; listar os medicamentos para dor que você utilizou nos últimos 6 meses; antecedentes obstétricos; antecedentes familiares; antecedentes médicos; antecedente menstrual; antecedentes gastrointestinais / alimentares; hábitos de saúde; sintomas urinários; mecanismos de enfrentamento; antecedentes de abuso sexual e físico; McGill Breve; quadro com síndrome da congestão pélvica; exame físico, avaliação; diagnóstico e tratamento. Assim, o instrumento em questão é considerado quali-quantitativo, sendo atribuído locuções para denotar seu significado, não possuindo dessa forma um escore total. A variável dor pélvica é classificada em mapas de dor contendo escores de 0 até 10, no qual quanto maior o número mais intensa a percepção algica<sup>(9)</sup>.

Para este estudo, foram utilizadas apenas as informações das categorias: informações e contatos; dados demográficos; informações sobre sua dor, espaço este em que a participante escolhe um número entre 0 e 10 para representar o seu nível de dor no último mês baseando-se em alguns sintomas: dor na ovulação (meio do ciclo); dor pré-menstrual; dor (diferente de cólicas) antes da menstruação; dor profunda durante o ato sexual, dor inguinal à mudança de decúbito; dor pélvica após ato sexual durando horas/dias; dor quando a bexiga está cheia; dor articular / muscular; cólica durante a menstruação; dor pós-menstrual; dor vaginal em queimação após ato sexual; dor ao urinar; dor lombar e enxaqueca; e o mapa de dor, nesse item a participante deve pintar as áreas de dor em um desenho do corpo humano com vista anterior e posterior, ainda deve ser enumerada de 1 a 10 a dor, sendo 10 uma dor inimaginável<sup>(9)</sup>.

A pesquisa foi realizada atendendo aos preceitos éticos da Resolução 466/2012, tendo sido autorizada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Pará, sob numeração 2.951.020. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido concordando com a realização da pesquisa.

Os dados coletados foram tabulados em planilhas eletrônicas para a confecção das tabelas. A análise estatística foi descritiva, realizada com o armazenamento em planilhas do Microsoft Excel 2010 e analisadas no programa Epi Info versão 3.5.2.

## **RESULTADOS**

O estudo teve como amostra 10 (dez) participantes, com a média de idade de  $48,2 \pm 11,9$  anos. A caracterização da população do estudo encontra-se na tabela 1.

**Tabela 1** – Perfil sócio demográfico das participantes. Belém, Pará, 2019.

Participante	Idade (anos)	Estado civil	Escolaridade	Paridade
1	35	Casada	Ensino fundamental incompleto	4
2	38	Solteira	Ensino médio completo	3
3	38	Viúva	Ensino médio completo	4
4	39	Casada	Ensino médio incompleto	4
5	42	Casada	Ensino médio completo	2
6	43	Casada	Ensino médio incompleto	3
7	51	Casada	Ensino médio incompleto	2
8	64	Solteira	Ensino fundamental incompleto	5
9	65	Solteira	Ensino médio completo	3
10	67	Viúva	Analfabeto	14

Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto à sensação de dor pélvica, foi utilizada a categoria em que as participantes descrevem com suas próprias palavras a dor que sentem. As participantes 1, 2, 5 e 8 foram as que mais trouxeram negatividade em suas respostas, descrevendo que sua dor era algo negativo, através das justificativas: “faz sofrer muito”, “incomoda bastante minha rotina”, “fico bastante angustiada”, “às vezes não sei o que fazer, é uma dor tão forte”; essas expressões revelam a negatividade que a dor causa na vida dessas mulheres.

Além dessa descrição subjetiva, nessa mesma categoria, as participantes classificaram seu nível de dor numa escala de 0 a 10 do mapa de dor, para cada um dos sintomas que podem estar relacionados a desencadear a dor pélvica (Quadro 1). Observa-se que os itens: “cólicas durante a menstruação”, “dor na ovulação (meio do ciclo)” e “dor pré-menstrual”, foram os itens que mais foram marcados pelas participantes, e foram classificados na faixa de médio/moderado.

Ainda, pode-se verificar que as participantes relatam queixa álgica durante as mudanças de decúbito; durante e após o ato sexual e ao ato de urinar. E a intensidade da dor foi considerada média pelas participantes.

**Quadro 1** – Característica da dor durante o último mês (n=10). Belém, Pará, 2019.

Característica da dor	n	Nível de dor (Mapa de Dor)
Dor na ovulação (meio do ciclo)	6	6
Dor pré-menstrual	5	5
Dor (diferente de cólicas) antes da menstruação	2	4
Dor profunda durante o ato sexual	4	8
Dor inguinal à mudança de decúbito	1	3
Dor pélvica após ato sexual durando horas/dias	3	3
Dor quando a bexiga está cheia	2	3
Dor articular /muscular	0	0
Cólicas durante a menstruação	7	5
Dor pós-menstrual	3	4

Dor vaginal em queimor após ato sexual	4	3
Dor ao urinar	2	4
Dor lombar	1	5
Enxaqueca	4	6
Dor ao sentar	3	4

Fonte: Dados da pesquisa.

A tabela 2 é referente à percepção de dor pélvica em relação ao tempo de tratamento quimioterápico ou radioterápico de câncer de colo de útero. Foi possível perceber que dentre as 10 (dez) participantes, 9 (nove) apresentaram dor classificada de moderada à intensa, e uma participante apresentou dor classificada como 0, de acordo com a EVA e com o Mapa da dor.

**Tabela 2** – Graduação da dor pélvica em relação ao tempo de tratamento quimioterápico ou radioterápico, conforme percepção de cada participante. Belém, Pará, 2019.

Participante	Tempo de tratamento (meses)	Escore do Questionário para Avaliação de Dor Pélvica	EVA
1	6	10	10
2	1	10	10
3	2	4	4
4	12	5	5
5	24	10	10
6	9	0	0
7	2	4	4
8	4	10	10
9	6	7	7
10	12	3	3

Fonte: Dados da pesquisa.

Na tabela 3 está descrita a interferência da dor nas atividades laborais do grupo amostral, baseado em perguntas do formulário elaborado pelas pesquisadoras.

**Tabela 3** – Avaliação da qualidade de vida e as atividades laborais. Belém, Pará, 2019.

Ocupação/ Trabalho	Interferência
Agente de Portaria	Não Interfere
Atendente	Não Interfere
Artesã	Interfere Muito
Comerciante	Interfere Pouco
Cozinheira/ Aposentada	Não Interfere
Doméstica/Aposentada	Interfere Pouco
Doméstica/ Aposentada	Interfere Pouco
Doméstica	Interfere Pouco
Doméstica	Interfere Pouco
Doméstica	Não Interfere

Fonte: Dados da pesquisa.

De acordo com os relatos, foi possível perceber que 50% dessas mulheres classificavam que a dor atrapalhava um pouco seu trabalho, classificada como regular, sendo justificada devido à dinâmica do tratamento, os efeitos colaterais e algumas limitações físicas leves (quase sempre associadas às dores), as quais comprometiam suas atividades.

Tal situação demonstra que a dor influenciava diretamente na execução de seus afazeres, segundo relatos, algumas dessas mulheres chegavam a ficar acamadas durante as crises álgicas, o que ocasionava certa frustração para elas. Além disso, elas sempre afirmavam que as dores só minimizavam após o uso dos medicamentos e só assim, conseguiam realizar suas atividades e isso pode se correlacionar com a qualidade de vida dessas mulheres.

## DISCUSSÃO

Estudos realizados por Bernardes<sup>(10)</sup>, pela Federação das Sociedades Portuguesas de Obstetrícia e Ginecologia, definem dor pélvica como uma resposta sensorial negativa localizada ou referida à região inferior do abdômen/pelve ou períneo e pode ser aguda, cíclica ou crônica, não associada exclusivamente à menstruação ou à relação sexual. Sua etiologia é resultado de uma vasta e complexa interação entre diversos sistemas, tais como: gastrointestinal, urinário, ginecológico, entre outros<sup>(11)</sup>.

Apesar da etiologia incerta, a dor pélvica pode ser classificada quanto à severidade baseando-se em quantificar o tempo de instalação, sendo crônica com duração mínima de três meses e não desaparece com o uso de recursos, possuindo como principal consequência o comprometimento nas atividades habituais e redução da qualidade de vida como nas pacientes com câncer de colo uterino; e o quadro agudo com duração de dias e semanas devido inflamações na região pélvica<sup>(12)</sup>.

Em pacientes com câncer de colo uterino, não foram encontrados artigos na literatura disponível que realizem correlação direta entre a patologia com o sinal clínico. Autores defendem que são múltiplas as etiologias da resposta sensorial como a dor pélvica, a destacar o próprio tratamento adotado, como a radioterapia e a quimioterapia, e os fatores biopsicossociais que variam conforme o indivíduo<sup>(13)</sup>.

Dentre os fatores que podem influenciar no fenômeno da dor pélvica, está o tratamento adotado, como a radioterapia que utiliza a radiação por íons para eliminação/redução das células cancerígenas com preservação das células saudáveis. No câncer de colo uterino, pode-se empregar: teleterapia/radioterapia externa, que utiliza aparelhos do elemento cobalto ou acelerador linear; e a braquiterapia, usada em contato direto com o tecido a ser irradiado<sup>(14)</sup>.

Outra modalidade empregada nessas pacientes é a quimioterapia, que consiste no conjunto de fármacos com atuação nas fases do metabolismo celular, atingindo todas as células do organismo. Dentre os efeitos colaterais mais frequentes, destaca-se: anemia; perda de apetite; problemas gastrointestinais; alopecia; hematomas, dentre outros, responsáveis por depressão, estresse e isolamento social<sup>(15)</sup>.

Dentre as consequências geradas pela dor pélvica em mulheres com câncer de colo uterino está a redução da qualidade de vida, e sua verificação é essencial nos indivíduos oncológicos. Isso em razão de proporcionar um eficiente recurso na avaliação do tratamento e perspectivas para o futuro, influenciando o estado psicológico da paciente<sup>(16)</sup>.

Segundo Nascimento<sup>(17)</sup>, em uma pesquisa realizada em um Hospital-Escola pela equipe de psicologia, foi demonstrado que mediante o diagnóstico e evolução do câncer, pode-se estar presentes fenômenos biopsicossociais como baixa-autoestima; ansiedade; depressão e isolamento social, dificultando a adesão ao tratamento e exacerbando os sintomas físicos e percepção de dor.

Com relação aos dados sociodemográficos encontrados na presente pesquisa, foi verificado que 80% das participantes residem em áreas não metropolitanas de seu Estado correspondente. Quanto ao estado civil, a maioria é casada e tem 2 (dois) filhos. E em relação à escolaridade, a maior parte das voluntárias apresenta ensino médio incompleto.

**É perceptível que a variável escolaridade acima citada interliga-se com o processo do desenvolvimento do câncer de colo do útero, pois é** um determinante social descrito na literatura como influenciador das condições de saúde. Considera-se que pessoas com níveis escolares elevados matem um estilo de vida mais saudável, que se relaciona com o maior conhecimento do processo da enfermidade em questão, tais como ocorre o curso da doença, as intervenções necessárias, métodos de prevenção, entre outros<sup>(18)</sup>.

Schofield et al<sup>(19)</sup> descrevem que algumas destas queixas reportadas pelas mulheres podem estar associadas ao tipo de tratamento. Pois as alterações na pele e nas mucosas, diminuição da lubrificação vaginal, possíveis casos de estenose vaginal são alguns dos efeitos colaterais do tratamento quimioterápico. Essas alterações trazem grande impacto para vida sexual da mulher e consequentemente podem comprometer sua qualidade de vida.

## CONCLUSÃO

A partir dos resultados encontrados na presente pesquisa, foi avaliado que a presença da dor pélvica das participantes do estudo é diversificada em termos de graduação, variando conforme estadiamento e tratamento adotado.

Ainda, a sensação de dor pélvica está relacionada a aspectos físicos, emocionais e socioculturais de cada ser humano, repercutindo de forma diferenciada conforme cada organismo. Nesse sentido, a avaliação da dor de pacientes com câncer deve fazer parte da rotina da equipe de saúde de forma integrada, com cuidados para além do consultório.

Sugere-se que novos estudos sobre a temática sejam realizados com um número maior de amostra, com o objetivo de elucidar a prevalência da dor pélvica nas mulheres com câncer de colo de útero e instigar abordagens de tratamento e terapêutica. Desse modo, será possível objetivar melhor a promoção da saúde e de qualidade de vida para as participantes.

## REFERÊNCIAS

1. Ferrari MFM, Daher DV, De Macedo AJ. O desafio da incorporação do quinto sinal vital na formação e nas práticas de residentes em saúde. Rev Pró-UniverSUS [Internet], 2017;8(2): 81-84.
2. Luz RA, Rodrigues FM, Vila VSC, Deus JML, Kézi P. Sintomas depressivos em mulheres com dor pélvica crônica. Rev. bras. ginecol.obstet [Internet], 2014;36(2): 79-83.
3. Costa CKL. Estudo de técnicas de quantificação e eficácia de um programa de exercícios na funcionalidade do assoalho pélvico e impacto sobre a função sexual feminina. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2017.
4. Pasqual L. Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação. Editora Vozes Limitada, 2017.
5. Nascimento FC, Deitos J, Luz CM. Comparação da disfunção do assoalho pélvico com função sexual e qualidade de vida em sobreviventes ao câncer ginecológico. Cad Bras Ter Ocup, 2019;27 (3):628-637.
6. Salata MC, Santos PF, Rodrigues PS, Oliveira, Arthur Z, Carvalho D.C.L, Neto OBP. Dor pélvica crônica em mulheres e análise da marcha. Rev Pesq Fisiot, 2017;7(2):143-148.
7. Santos ML, Costa, ALK, Pissaia, LF, Moreschi, C. Atuação da enfermagem diante da dor em uma sala de recuperação pós-anestésica. Remap – Rev. Multid. Amapá, 2018;1(1):128-138.
8. Martinez JE, Grassi DC, Marques LG. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermaria e urgência. Rev Bras Reumatol, 2011;51 (4): 299-308.
9. Zakka TRM. Dor pélvica crônica de origem não visceral: caracterização da amostra, avaliação da excitabilidade cortical e resultado do tratamento com sessão única de estimulação magnética transcraniana do córtex motor. Santa Catarina. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, 2014.
10. Bernardes, J. Dor pélvica e dismenorreia. Manual de Ginecologia. Federação das Sociedades Portuguesas de Obstetrícia e Ginecologia, 2011; 43(2): 167-184.
11. Reinehr FB, Carpes FP, Mota, Carlos B. Influência do treinamento de estabilização central sobre a dor e estabilidade lombar. Fisiot Mov, 2017;21 (1): 123-129.
12. Oliveira EBM, Monteiro BKSM, Monteiro, Fernanda Ramos; Santos, José Gilmar Costa; Farias, Thayana Santos de; Dias, Júlia Maria Gonçalves. Avaliação comportamental da paciente com dor pélvica crônica: revisão de literatura. Rev Interdisc Pesq Inov, 2016;2(2):1-16.
13. Cândido, R. M.; Lopes, H. Á.; Lima, V. A. Modalidades da radioterapia: teleterapia, braquiterapia e radiocirurgia. Institutional Repository Academic and Intellectual Production, 2017;1(1):1-10.
14. Brateibach V, Edvane LBD, Evelise MB, Marli ML, Cleci LSPR, Joseila SG et al. Sintomas de pacientes em tratamento oncológico. Rev. Ciência & Saúde, 2013; 6(2):102-9.
15. Silveira CF, Regino PA, Soares MBO, Mendes LC, Elias TC, Silva SR. Qualidade de vida e toxicidade por radiação em pacientes com câncer ginecológico e mama. Esc. Anna Nery Rev. Enferm., 2016;20(4): 1-9.
16. Coelho JCC, Pestana ME, Trevizan FB. Sintomas de ansiedade e depressão em pacientes oncológicos atendidos por equipe de psicologia. Revista InterCiência-IMES Catanduva,

2019;1(2): 45-45.

17. Nascimento LA, Cardoso MG, Oliveira AS, Quina E, Sardinha, DSS. Manuseio da dor: avaliação das práticas utilizadas por profissionais assistenciais de hospital público secundário. *Revista Dor*, 2016;17 (2):76-80.

18. Viana JN, Moysés RPC, Espir TT, Sousa GA, Barcellos JFM, Alves, Maria GP. Determinantes sociais da saúde e prevenção secundária do câncer do colo do útero no Estado do Amazonas, Brasil. *Medicina (Ribeirão Preto. Online)*, 2019; 52(2):110-120.

19. Schofield, P. Ilona J, Rebecca B, Karla G, Linda M, Meinir K et al. A nurse- and peer-led support program to assist women in gynaecological oncology receiving curative radiotherapy, the PeNTAGOn study (Peer and nurse support trial to assist women in gynaecological oncology): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 2013;14(1): 39-50.

Izabel Paulina Lemos Soares Rocha  
Lima Sales

izabel.paulina13@gmail.com

Acadêmica de psicologia – Faculdade Adventista da Bahia – FADBA.

Hyago Sales Sobreira

Acadêmico de Teologia – 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

## ANTIDEPRESSIVOS DISPENSADOS NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO RECÔNCAVO BAIANO QUE APRESENTAM EFEITOS SEXUAIS

*ANTIDEPRESSANTS DISPENSED IN THE PSYCHOSOCIAL CARE CENTERS OF THE RECÔNCAVO BAIANO THAT HAVE SEXUAL EFFECTS*

### RESUMO

**Introdução:** Os transtornos de desejo sexual, de excitação e de orgasmo ocorridos durante o tratamento com antidepressivos são fatores que favorecem a não adesão ao tratamento farmacológico. **Objetivo:** Investigar a presença de fármacos antidepressivos que são dispensados nos Centros de Atenção Psicossocial de cidades do Recôncavo Baiano e relacionar aos respectivos efeitos colaterais sexuais que a literatura apresenta. **Métodos:** Em corte transversal descritivo, através de um questionário, foram verificados quais antidepressivos são fornecidos nos Centros de Atenção Psicossocial do Recôncavo Baiano para, em seguida, relacionar os seus efeitos colaterais sexuais. Para isto, foram visitados os Centros de Atenção Psicossocial de nove cidades do Recôncavo Baiano que estão em um raio de até 70 km de distância da Faculdade Adventista da Bahia, entre os meses de maio a julho de 2019. **Resultados:** Todos os Centros de Atenção Psicossocial visitados apresentaram o fornecimento de antidepressivos. De um total de doze fármacos antidepressivos presentes, dois antidepressivos tricíclicos e um inibidor seletivo de receptação de serotonina estão disponíveis para dispensação em todos os Centros de Atenção Psicossocial verificados. **Conclusão:** A maior presença de medicamentos antidepressivos disponíveis para dispensação nos Centros de Atenção

### PALAVRAS-CHAVE:

Antidepressivos. Tratamento Farmacológico. Efeitos Colaterais. Saúde Sexual. Serviços de Saúde Mental.

Psicossocial estudados são, exatamente, os fármacos que a literatura aponta com os maiores índices de disfunção sexual. Bupropiona, trazodona e mirtazapina são apontados na literatura com menores índices de disfunção sexual e abandono do tratamento e estão entre os fármacos menos presentes nos Centros de Atenção Psicossocial do Recôncavo Baiano.

## ABSTRACT

**Introduction:** Sexual desire, arousal and orgasm disorders that occur during antidepressant treatment are factors that favor nonadherence to the pharmacological treatment. **Objective:** To investigate the presence of antidepressant drugs that are dispensed at Psychosocial Care Centers in cities of Recôncavo Baiano, and to relate the respective sexual side effects that the literature presents. **Methods:** In a descriptive cross-sectional study, through a questionnaire, it was verified which antidepressants are dispensed in the Recôncavo Baiano Psychosocial Care Centers to then relate their sexual side effects. For this, the Psychosocial Care Centers of nine cities of Recôncavo Baiano were visited within 70 km from the Adventist College of Bahia, between the months of May to July 2019. **Results:** All Psychosocial Care Centers visited had antidepressant supplies. Of a total of 12 antidepressant drugs present, two tricyclic antidepressants and a selective serotonin receptor inhibitor are available for dispensation at all Psychosocial Care Centers. **Conclusion:** The greatest presence of antidepressant drugs available for dispensation in the Psychosocial Care Centers studied are, exactly, the drugs that the literature indicates with the highest rates of sexual dysfunction. Bupropion, trazodone and mirtazapine are indicated with lower rates of sexual dysfunction and treatment abandonment and are among the least present drugs in Recôncavo Baiano Psychosocial Care Centers.

**Keywords:** Antidepressive Agents. Drug Therapy. Side-Effects. Sexual Health. Mental Health Services.

## INTRODUÇÃO

A disfunção sexual tem sido frequentemente descrita como um efeito colateral da utilização de antidepressivos e uma das razões primárias para que o indivíduo suspenda imediatamente a ingestão do fármaco. A diminuição ou falta da libido é o sintoma mais comum que preocupa os usuários em suas dificuldades sexuais, já que ela não apenas os afeta, mas também ao cônjuge e à família<sup>(1)</sup>.

A vergonha é o principal fator que impede que usuários de antidepressivos não mencionem o assunto com o seu médico, devido a muitos tabus que ainda existem sobre o tema da sexualidade. A disfunção sexual é comumente dividida em categorias. A primeira delas é a dos transtornos de desejo sexual, a qual envolve a perda da libido. A segunda, a de transtornos de excitação, que são caracterizados como o ingurgitamento mamário e dificuldade de lubrificação do clitóris em mulheres; e disfunção erétil nos homens, e, por fim, estão os transtornos de orgasmo e ejaculação, bem como a dispareunia e priapismo<sup>(2)</sup>.

No tratamento da depressão são utilizados fármacos que modulam neurotransmissores

para auxiliar o paciente a lidar com as suas emoções. Fármacos antidepressivos são a primeira escolha no tratamento medicamentoso da depressão<sup>(3)</sup>. Dentre os fármacos, não se pode dizer que haja um que seja melhor para o tratamento desta patologia, mas existe aquele que funciona melhor para um dado indivíduo, de acordo com o seu quadro clínico<sup>(4)</sup>.

Até a década de 80, havia apenas duas classes de antidepressivos, os tricíclicos (ADTs) e os inibidores de monoaminoxidase (IMAOs). Ambos foram considerados efetivos nos tratamentos, contudo, efeitos colaterais indesejáveis e significativos surgiam devido a especificidades de sua atividade farmacológica<sup>(5-6)</sup>. Os ADTs são amplamente utilizados na prática clínica, tendo como principais mecanismos de ação a inibição da recaptação de noradrenalina e serotonina (5-HT). Imipramina e amitriptilina são fármacos clássicos desta classe, não sendo seletivos em sua ação. Todavia, a desipramina e a nortriptilina possuem uma maior potencialidade e rapidez em sua ação por serem monometilados<sup>(7)</sup>.

A falta de seletividade dos ADTs contribui para diversos efeitos colaterais, dentre os quais se destacam as disfunções sexuais, como a diminuição da libido, o retardamento ou inibição ejaculatória e até mesmo a inibição do orgasmo. Além disso, constatou-se ainda que os usuários dessa classe de medicamentos, especialmente aqueles com ataques de pânico, podem apresentar, nos primeiros dias de uso, uma elevação de ansiedade e “síndrome tricíclica precoce”. Resultados positivos para reverter o quadro de ansiedade foram encontrados quando utilizados em associação com os benzodiazepínicos, que também apresentam a diminuição da libido como efeito colateral<sup>(8)</sup>.

Não obstante, nas últimas três décadas, foram realizadas pesquisas em moléculas que se distinguem dos IMAOs, no que se refere à sua irreversibilidade de ligação, e dos ADTs, no tocante à sua não seletividade farmacológica, e assim, alcançam uma atenuação dos efeitos colaterais, o que levou ao surgimento de novas classes de antidepressivos. Os inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRS) estão diretamente relacionados à elevação da neurotransmissão serotoninérgica. Este aumento decorre da liberação mais intensa de 5-HT, iniciada quando há uma dessensibilização dos autoreceptores 5-HT somatodendríticos e terminais<sup>(9)</sup>.

Fármacos ISRS, como a fluoxetina, paroxetina, fluvoxamina, sertralina e citalopram, não só representam avanços psiquiátricos dentro do tratamento da depressão, mas também auxiliam a amenizar outras disfunções serotoninérgicas, incluindo ansiedade, obesidade, bulimia, agressão, síndromes obsessiva-compulsiva, pré-menstrual e distúrbios do estresse pós-traumático<sup>(10)</sup>. Entretanto, verifica-se retardo no orgasmo e anorgasmia em alguns homens e mulheres que os utilizam<sup>(11)</sup>.

A depressão ocasiona mudanças a nível cerebral<sup>(12)</sup>, no qual reconhecidamente ocorrem diversos processos químicos, inclusive os relacionados à atenção erótica<sup>(13)</sup>. Em decorrência disso, essa patologia pode provocar disfunções sexuais, já que o córtex cerebral e os sistemas límbico e endócrino desempenham uma função muito importante no funcionamento sexual, cuja regulação advém da interação entre dois centros: o de excitação sensível à dopamina e o de inibição sensível à serotonina<sup>(14)</sup>.

A dispensação dos antidepressivos através do Serviço Único de Saúde (SUS) ocorre através dos Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS). Estes despontam como as unidades de atendimento em saúde mental e disponibilizam programas em grupo com o apoio de uma equipe multidisciplinar, a fim de possibilitar um tratamento intensivo aos seus usuários<sup>(15)</sup>.

Dentre as diversas modalidades em que os CAPS estão organizados, destaca-se nessa pesquisa o CAPS I, o qual

[...] atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de vinte mil habitantes<sup>(16)</sup>.

Devido a essa quantidade mínima de habitantes, que limita a existência de um CAPS I de acordo com a população, a pesquisa se limitou a algumas cidades do Recôncavo Baiano (RB). Essa região é um dos principais pontos turísticos do estado da Bahia, provocando grande fascínio por causa da sua riqueza histórica e tradição cultural da sociedade escravista brasileira, sendo assim considerada um patrimônio histórico-cultural que resistiu ao tempo<sup>(17)</sup>.

A partir da definição da temática e do local de pesquisa, este estudo teve por objetivo investigar a presença de fármacos antidepressivos que são dispensados nos CAPS de cidades do RB e relacionar aos efeitos colaterais sexuais que a literatura apresenta.

## MÉTODOS

Estudo em corte transversal, descritivo, que verifica os antidepressivos fornecidos nos CAPS do RB e seus efeitos colaterais sexuais. Foram visitados os CAPS de 9 (nove) cidades do RB que estão em um raio de até 70 Km de distância da Faculdade Adventista da Bahia (FADBA), entre os meses de maio a julho de 2019.

A seleção das localidades foi feita consultando dados do Governo Federal, que determina a presença de CAPS I em municípios com mais de vinte mil habitantes<sup>(16)</sup>, e dados do IBGE<sup>(18)</sup>. Cachoeira, Muritiba, Castro Alves, São Felipe, Cruz das Almas, Conceição do Jacuípe, Santo Amaro, São Gonçalo dos Campos e Amélia Rodrigues foram as cidades selecionadas.

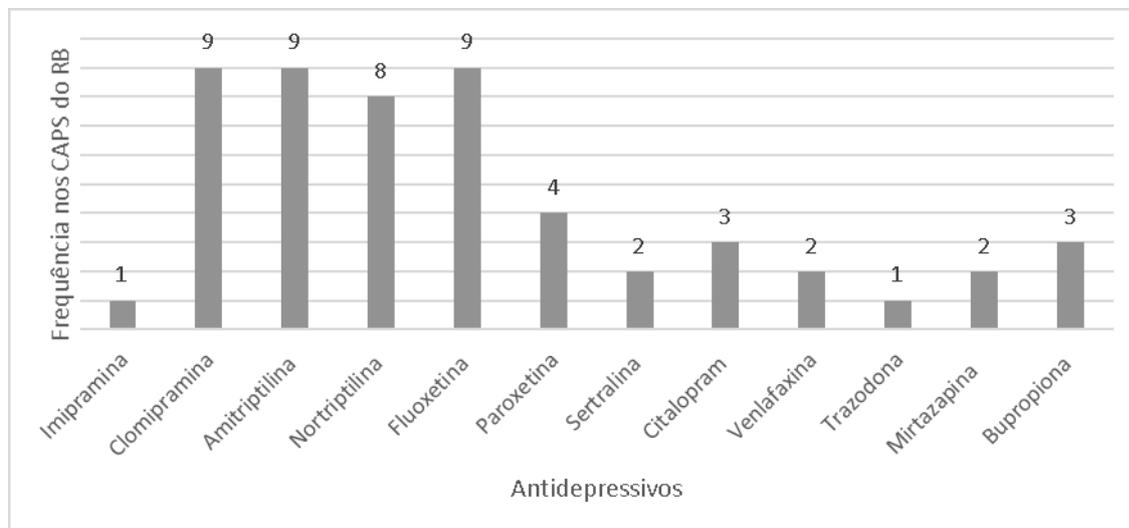
O instrumento para a coleta de dados foi um questionário estruturado, respondido pelo profissional de saúde responsável pela farmácia de distribuição dos medicamentos nos CAPS. O questionário consistiu de uma lista de fármacos antidepressivos<sup>(19)</sup> em que o profissional de saúde assinalava todos os dispensados na instituição. A lista era constituída por ADTs – amitriptilina, clomipramina, imipramina, nortriptilina; ISRS – fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram, fluvoxamina; Inibidores seletivos de recaptção de noradrenalina e serotonina (ISRNAs) – venlafaxina, duloxetina; Outros inibidores de recaptção (IR) – reboxetina, maprotilina; Antagonistas de receptor – trazodona, mianserina, mirtazapina; IMAOs – moclobemida, tranilcipromina; Estimulador da recaptção da serotonina (ERS) – tianeptina<sup>(19)</sup>; e Antidepressivo atípico – bupropiona<sup>(20)</sup>.

Os dados foram tabulados utilizando-se o programa Microsoft Excel 2016 e apresentados de forma descritiva.

## RESULTADOS

Todos os CAPS visitados apresentaram o fornecimento de antidepressivos. Ao total, 12 (doze) diferentes antidepressivos são disponibilizados. Os fármacos antidepressivos presentes dos CAPS do RB estão apresentados na Figura I, com suas respectivas frequências.

**Figura I** – Frequência de antidepressivos nos CAPS do RB. Brasil, julho de 2019.



Fonte: Autoria própria.

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial. RB: Recôncavo Baiano.

Dos nove (9) CAPS visitados, clomipramina, amitriptilina e fluoxetina tiveram um alcance de 100% dentro das instituições, seguidos de nortriptilina com prevalência de 88,8% e paroxetina 44,4%. Citalopram e bupropiona ambos com 33,3%. Sertralina, venlafaxina e mirtazapina apareceram com 22,2%, seguidos pela imipramina e trazodona com 11,1%.

Ao se observar a presença dos fármacos por classe, verificou-se uma predominância de uso dos antidepressivos das classes dos tricíclicos e dos ISRS, como mostra a Tabela I.

**Tabela I** – Distribuição dos antidepressivos em classes e de acordo com o município pesquisado. Brasil, julho de 2019.

Classes de Antidepressivos		1	2	3	4	5	6	7	8	9
Tricíclicos	Amitriptilina	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Clomipramina	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Imipramina						x			
	Nortriptilina	x	x	x	x	x	x	x	x	
ISRS	Citalopram				x		x		x	
	Sertralina				x				x	
	Fluoxetina	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Paroxetina	x			x		x		x	
ISRNAs	Venlafaxina						x		x	
Antagonistas de Receptor	Trazodona									x
	Mirtazapina				x					x
Atípicos	Bupropiona	x			x					x

Fonte: Autoria própria.

1 - Cruz das Almas. 2 - Muritiba. 3 - Cachoeira. 4 - São Felipe. 5 - Castro Alves. 6 - Santo Amaro. 7 - São Gonçalo dos Campos. 8 - Conceição do Jacuípe. 9 - Amélia Rodrigues. ISRS: Inibidores seletivos de receptação de serotonina.

ISRNAs: Inibidores seletivos de recaptação de noradrenalina e serotonina.

Na classe dos tricíclicos, foi observado maior frequência dos antidepressivos amitriptilina e clomipramina, que apareceram em todos os CAPS, em seguida tem-se a nortriptilina com maior repetição em oito dos nove CAPS visitados. A imipramina foi encontrada apenas no CAPS de Santo Amaro/BA.

Dentre os ISRS, observou-se a frequência da fluoxetina em todos os CAPS. Paroxetina esteve presente em quatro CAPS, citalopram em três, sertralina em dois e a fluvoxamina não foi encontrada em nenhuma das instituições. Do grupo dos ISRNAs, a venlafaxina apareceu em dois CAPS, o que não ocorreu para a duloxetina, que não esteve presente em nenhum dos CAPS.

Os fármacos maprotilina e reboxetina que são outros IR não tiveram nenhuma presença na pesquisa. No grupo dos antagonistas de receptor, mirtazapina estava disponível em dois CAPS e a trazodona em apenas um, enquanto o mianserina em nenhum. Não houve relato dos fármacos tranilcipromina e moclobemida, ambos IMAO, em qualquer dos CAPS pesquisados. A bupropiona, classificada como um antidepressivo atípico<sup>(20)</sup>, esteve presente nas respostas de três CAPS. A tianeptina, como ERS, não foi referida em nenhuma das instituições consultadas.

O CAPS que apresentou maior diversidade de antidepressivos foi o de Conceição do Jacuípe, seguido de São Felipe, Santo Amaro, Cruz das almas, Cachoeira, Muritiba, Casto Alves, São Gonçalo dos Campos, respectivamente, e com menor diversidade o CAPS de Amélia Rodrigues.

## DISCUSSÃO

Cerca de 23% da população brasileira é responsável por consumir mais de 50% da produção nacional de medicamento. Dentre os diversos tipos de fármacos, o consumo de antidepressivos tem crescido expressivamente nas últimas décadas<sup>(21)</sup>. Essa elevação pode ser explicada pela crescente incidência de pessoas com depressão, a qual é apontada como sendo a quarta doença com maior ocorrência em todo mundo, acometendo cerca de 121 milhões de pessoas, das quais menos de 25% tem acesso ao tratamento<sup>(22)</sup>.

Os recursos terapêuticos para os transtornos depressivos possuem duas abordagens como formas de tratar a depressão: psicoterapia e a terapia medicamentosa com antidepressivos. Na abordagem com uso de medicamentos, a maioria faz usos de ADTs, ISRS, ISRNAs e atípicos<sup>(23)</sup>.

Os altos índices de pessoas com depressão e o consequente aumento no uso de medicamentos antidepressivos alertam para uma ampliação no nível de atenção sobre as consequências dos efeitos colaterais na população<sup>(22)</sup>. Os efeitos colaterais dos antidepressivos são descritos frequentemente baseados no mecanismo de ação de cada fármaco, sendo os mais comuns: ansiedade, tremor, taquicardia, diaforese, ganho de peso, sedação ou insônia e efeitos sexuais<sup>(24)</sup>.

De fato, os efeitos colaterais sexuais dos antidepressivos tem se tornado acentuadamente comuns e, por isso, tem sido umas das principais razões para a cessação da ingestão do medicamento pelos pacientes<sup>(1)</sup>. Baseado nesses possíveis efeitos colaterais sexuais, serão discutidos os antidepressivos fornecidos por nove CAPS do RB.

Neste estudo, foi perceptível a alta incidência de ADT's em comparação com outros medicamentos, sendo frequente em todos os CAPS visitados. Essa ocorrência pode ser vista também em estudos realizados em outras localidades do Brasil como: Porciúncula – RJ, São José do Inhacorá – RS, Rolim de Moura – RO<sup>(25,26,27)</sup>.

O CAPS de Porciúncula – RJ apresentou como medicamento mais prescrito, a fluoxetina com 14,6%, seguida pela amitriptilina (9,4%), citalopram (6,2%), imipramina (5,2), clomipramina e paroxetina (4,2%), sertralina, trazodona e venlafaxina (2,1%) e mirtazapina e nortriptilina (1%). A fluoxetina, um ISRS, foi o antidepressivo mais dispensado pelo CAPS quando comparado com outras classes de antidepressivos. O estudo sugere que este fato ocorra, possivelmente, por ter menores índices de abandono do tratamento e apresentar poucos efeitos colaterais nocivos aos usuários. A amitriptilina e o citalopram, ADT e ISRS, ficaram em segundo e terceiro lugar, respectivamente, por terem um baixo custo quando comparado a outros antidepressivos<sup>(25)</sup>. O presente estudo concorda com o estudo realizado em Porciúncula – RJ, ao ter a fluoxetina com a maior prescrição, porém, equiparados a ela estão a amitriptilina e a clomipramina.

Em São José do Inhacorá – RS, o ISRS sertralina (31,6%) foi o medicamento mais dispensado, diferentemente, neste estudo, a sertralina está presente em apenas 22,2% dos CAPS. A fluoxetina, um ISRS, e venlafaxina, um ISRNAs, apresentaram uma tolerabilidade maior entre os usuários, porém a sertralina apresentou tolerabilidade, eficácia e custos melhores para a maioria dos usuários do CAPS, tornando-se a primeira escolha. A fluoxetina (30,6%) é o segundo antidepressivo mais usado seguido do citalopram (18,1%), ambos ISRS. Os ADT's foram a segunda classe mais utilizada pelos usuários através da imipramina (11,3%), amitriptilina (10,2%) e a nortriptilina (4,5%)<sup>(26)</sup>.

No município de Rolim de Moura – RO, um estudo que acompanhou todos os medicamentos dispensados em um CAPS no período de um ano, concluiu que os antidepressivos foram os medicamentos mais dispensados. Destacaram-se quantitativamente na dispensação a amitriptilina, fluoxetina e sertralina. Concordando com este estudo, amitriptilina e fluoxetina apresentaram maiores frequências nos CAPS dos RB<sup>(27)</sup>.

Um estudo sobre os efeitos hepáticos e sexuais da amitriptilina fez uso de ratos machos, os quais foram divididos em três grupos de acordo com a dosagem do medicamento e o tempo de uso<sup>(28)</sup>. Percebeu-se que doses baixas da amitriptilina não provocaram efeitos colaterais hepáticos ou sexuais nos ratos. Porém, doses altas, iniciando com 0.4 mg/dia chegando até 1.6 mg/dia, após 20 dias, provocaram uma alteração considerável na atividade hepática, elevando todas as enzimas hepáticas e provocando alterações histológicas no tecido hepático. Os efeitos colaterais sexuais foram vistos sobre a forma de diminuição nos níveis de testosterona e prolactina, bem como um acentuado decréscimo na contagem espermática e alterações morfológicas no testículo<sup>(28)</sup>. Dos CAPS visitados, todos apresentaram dispensação de amitriptilina.

Presumia-se que a razão para a predisposição dos ADT's em causar disfunção sexual estivesse relacionada, exclusivamente, ao fato de que esses antidepressivos não apresentam seletividade de receptores, e portanto, influenciam uma combinação de sistemas neurotransmissores<sup>(29)</sup>, resultando na presença de múltiplos efeitos colaterais que até mesmo encobrem os efeitos colaterais sexuais gerados pelos mesmos<sup>(1)</sup>. Estudos clínicos relacionam efeitos colaterais sexuais, tais como disfunção erétil, ejaculação retardada, anorgasmia e

diminuição da libido tanto em ADT's como a nortriptilina, quanto em ISRS como a fluoxetina e paroxetina<sup>(30)</sup>.

Em termos numéricos, estima-se que a predominância de disfunção sexual em pacientes fazendo uso de ADT's é de cerca de 30%. Ademais, alguns ADT's podem apresentar efeitos colaterais sexuais mais intensos do que outros, como é o caso da clomipramina, presente em 100% dos CAPS do RB, em que o orgasmo tardio pode ser apresentado no dobro de pacientes, quando comparado a outros tricíclicos. Com efeito, mostrou-se em uma pesquisa que pacientes enfrentando transtorno obsessivo-compulsivo fazendo uso da clomipramina apresentavam níveis de disfunção sexual que alcançavam 95% dos indivíduos envolvidos nesse teste<sup>(29)</sup>.

A ausência de seletividade de ação em sistemas de neurotransmissores não representa o fator primordial para a presença dos efeitos colaterais sexuais. Antidepressivos da classe dos ISRS, mesmo apresentando um caráter seletivo para vias serotoninérgicas, apresentam elevados índices de disfunção sexual nos seus usuários. Como exemplo, é descrito um estudo feito com 344 pacientes, os quais foram tratados com fluoxetina, sertralina, fluvoxamina e paroxetina, todos esses levando a um índice superior a 50% de disfunção sexual<sup>(31)</sup>. Dos ISRS mencionados acima, a fluoxetina é o que apresenta a maior predominância (100%) nos CAPS do RB, seguido pela paroxetina (40%) e sertralina (20%).

Em estudo feito com três grupos de homens e mulheres fazendo uso de fluoxetina (67 pessoas), sertralina (64 pessoas) e trazodona (64 pessoas), constatou-se que os pacientes em uso de fluoxetina e sertralina apresentavam altos índices de efeitos colaterais sexuais. A comparação entre usuários de fluoxetina e sertralina versus trazodona apresentaram uma melhora nos seguintes aspectos sexuais: a diminuição do desejo sexual ocorreu em 50,75% com fluoxetina, 42,19% com sertralina e em apenas 20,31% no grupo em uso de trazodona. A redução na masturbação ocorreu em 43,28% dos pacientes em uso de fluoxetina, em 39,6% dos pacientes em uso de sertralina versus 17,19% nos pacientes em uso de trazodona. A redução de excitação sexual foi de 50% para o grupo fluoxetina, 35,48% no grupo sertralina e somente 16,67% no grupo trazodona. A dificuldade em obter a lubrificação vaginal ocorreu em 37,5% com fluoxetina, 22,58% com sertralina e 13,33% com trazodona, concluindo que a trazodona apresenta menor índice destes efeitos<sup>(32)</sup>. No presente estudo, a presença de trazodona ocorreu apenas no CAPS de Conceição do Jacuípe.

A disfunção sexual de 209 pacientes com depressão ou transtorno de ansiedade fazendo uso de fluoxetina, mirtazapina e sertralina foi citada por Montejo et al<sup>(33)</sup>. Concluiu-se que os antidepressivos serotoninérgicos fluoxetina e sertralina prejudicavam as funções sexuais, enquanto que a mirtazapina esteve associada com funções sexuais mais favoráveis. O mesmo aconteceu quando, em um outro estudo citado pelo mesmo autor, a fluoxetina foi substituída por bupropiona, levando a uma melhora das funções sexuais após 8 (oito) semanas de acompanhamento. Os resultados obtidos com estas substituições levaram os pesquisadores a inferirem que as chances de desenvolvimento de disfunção sexual estão relacionadas ao mecanismo de ação destes fármacos. A bupropiona, a mirtazapina bem como a trazodona estão em presentes, respectivamente, em três, dois e um dos CAPS do RB.

Os altos índices de efeitos colaterais sexuais, citados em literatura, deveriam entrar como importante fator a ser analisado pela saúde pública na decisão de quais antidepressivos prescrever e disponibilizar para a população, já que a literatura aponta a existência de fármacos

eficazes e com menor presença destes efeitos.

## CONCLUSÃO

Nos CAPS do RB, há dispensação de fluoxetina, clomipramina, amitriptilina, nortriptilina, paroxetina e sertralina, os quais a literatura apresenta como fármacos que estão associados aos maiores índices de efeitos colaterais sexuais. Destes, os três primeiros estão presentes em todos os CAPS pesquisados. No entanto, bupropiona, trazodona e mirtazapina estão entre os menos presentes nestes mesmos CAPS e são apresentados na literatura com menores índices de disfunção sexual, podendo contribuir para diminuir o risco de abandono do tratamento farmacológico. Sendo assim, sugere-se que a equipe multidisciplinar de saúde dos CAPS analise dentro das possíveis opções de antidepressivos e considere aqueles que apresentam uma menor debilitação das atividades sexuais do indivíduo.

## REFERÊNCIAS

1. Schweitzer I, Maguire K, Ng C. Sexual side-effects of contemporary antidepressants: review. *Aust N Z J Psychiatry*. 2009 Jan;43(9):795-808.
2. Keks NA, Hope J, Culhane C. Management of Antidepressant-induced sexual dysfunction. *Australas Psychiatry*. 2014;22(6):525-8.
3. Canale A, Furlan MMDP. Depressão. *Arq Mudi*. 2006;10(2):23-31.
4. Souza FGM. Tratamento da depressão. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 1999 Mai; 21(1):18-23.
5. Kessel JB, Simpson GM. Tricyclic and Tetracyclic Drugs. In: Kaplan HI, Sadock BJ, editors. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 6th ed. Baltimore: Williams e Wilkins; 1995. p. 2096-112.
6. Stahl SM. *Psychopharmacology of antidepressants*. London: Martin-Dunitz; 1997.
7. Romeiro LAS, Fraga CAM, Barreiro EJ. Novas estratégias terapêuticas para o tratamento da depressão: uma visão da química medicinal. *Química Nova*. 2003 Mai; 26(3):347-58.
8. Moreno RA, Moreno DH, Soares MBM. Psicofarmacologia de antidepressivos. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 1999 Mai; 21(1):24-40.
9. Szabo ST, de Montigny C, Blier P. Modulation of noradrenergic neuronal firing by selective serotonin reuptake blockers. *Br J Pharmacol*. 1999 Feb; 126(3):568-71.
10. Raap DK, Van de Kar LD. Selective serotonin reuptake inhibitors and neuroendocrine function. *Life Sci*. 1999; 65(12):1217-35.
11. Gurgel JA. Avaliação dos efeitos anti-inflamatórios dos antidepressivos clomipramina, amitriptilina e maprotilina [dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina—UFC; 2002.
12. Stahl SM. *Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications*.

4th ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2000. p. 187.

13. Rowland DL. Neurobiology of sexual response in men and women. Cambridge: Cns Spectrums; 2006.

14. Pfaus JG. Pathways of sexual desire. *J Sex Med.* 2009; 6(6):1506–33.

15. Leal EM. A experiência da violência na rede de assistência à saúde mental: notas. In: Rauter C, Passos E, Benevides R, organizadores. *Clínica e política: subjetividade e violação dos direitos humanos.* Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/ TeCorá; 2002. p.141-50.

16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº3088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF; 23 de dezembro de 2011.

17. Cardoso PF. Novos rumos, novos personagens. In: Brandão Maria de Azevedo, organizador. *Recôncavo da Bahia: sociedade e economia em transição.* Salvador: Fundação Casa de Jorge Amado; 1998. p.219-239.

18. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Cidades e Estados.* 2018.

19. Fleck MP, Berlim MT, Lafer B, Sougey EB, Del Porto JA, Brasil MA, et al. Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (Versão integral). *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2009 Mai; 31(1):7-17.

20. Segenreich D, Mattos P. Eficácia da bupropiona no tratamento do TDAH: uma revisão sistemática e análise crítica de evidências. *Rev. Psiquiatr. Clín.* 2004;31(3):117-23.

21. Garcias CMM, Pinheiro RT, Garcias GL, Horta BL, Brum CB. Prevalência e fatores associados ao uso de antidepressivos em adultos de área urbana de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, em 2006. *Cad. Saúde Pública.* 2008 Jul; 24(7):1565-71.

22. Soares MM, de Oliveira TGD, Batista EC. O uso de antidepressivos por professores. *Revasf.* 2017 abr; 7(12).

23. Istilli PT, Miasso AI, Padovan CM, Crippa JA, Tirapelli CR. Antidepressivos: uso e conhecimento entre estudantes de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2010; 18(3):131-39.

24. Khawam EA, Laurencic G, Malone DA Jr. Side effects of antidepressants: An overview. *Cleve Clin J Med.* 2006 Abr; 73(4):351-61.

25. Barboza PS, da Silva DA. Medicamentos Antidepressivos e antipsicóticos prescritos no Centro de Atenção Psicossocial (Caps) do município de Porciúncula – RJ. *Acta Biomed. Bras.* 2012 Jun; 3(1):85-97.

26. Schenkel M, Colet CDF. Uso de Antidepressivos em um município do Rio Grande do Sul. *Arq. Ciências saúde UNIPAR.* 2016 Abr; 20(1):33-42.

27. Franskoviak LD, da Silva TE, Carlotto MDS, Batista EC. Perfil epidemiológico de usuários

de psicotr3picos de um Caps da Zona da Mata do Estado de Rond3nia. RIES. 2018 Jun;7(1):68-82.

28. Afify M, Elmaksoud MDEA, Mosa T, Elshaer M, Kotb N. Differential effects of amitriptyline treatment on testicular liver functions in adult male rats. *New York Sci. J.* 2010; 3(3):10-18.

29. Jespersen S. Antidepressant induced sexual dysfunction Part1: epidemiology and clinical presentation. *Afr J Psychiatry.* 2006 Fev; 9(1):24-27.

30. Hueletl-Soto ME, Carro-Ju3rez M, Rodr3guez-Manzo G. Effects of bupropion on the ejaculatory response of male rats. *Int. J. Impot. Res.* 2014 Mai; 26(6): 205-12.

31. Rothschild AJ. New directions in the treatment of antidepressant-induced sexual dysfunction. *Clin Ther.* 2000 Mar; 22(1): 42-61.

32. Khazaie H, Rezaie L, Payam NR, Najafi F. Antidepressant-induced sexual dysfunction during treatment with fluoxetine, sertraline and trazodone; a randomized controlled trial. *Gen. Hosp. Psychiatry.* 2015 Fev;37(1):40-5.

33. Montejo AL, Becker J, Bueno G, Fern3ndez-Ovejero R, Gallego MT, Gonz3lez N, et al. Frequency of Sexual Dysfunction in Patients Treated with Desvenlafaxine: A prospective Naturalistic Study. *J. Clin. Med.* 2019 Mai; 8: 719-37.

Álison Neves Santos

alisson.nevz@outlook.com

Graduando(a) em Biomedicina pelo Centro Universitário FG – UniFG, Guanambi – BA, Brasil.

Myllena Rodrigues dos Santos

Graduanda em Biomedicina pelo Centro Universitário FG – UniFG, Guanambi – BA, Brasil.

Leila Vieira Pereira Gonçalves

Graduanda em Biomedicina pelo Centro Universitário FG – UniFG, Guanambi – BA, Brasil.



Faculdade Adventista da Bahia

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

Revista Brasileira de Saúde Funcional  
REBRASF

## PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA TUBERCULOSE EM UMA MICRORREGIÃO DA BAHIA (2008-2018)

*EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF TUBERCULOSIS IN A  
BAHIA MICRO-REGION (2008-2018)*

### RESUMO

**Introdução:** A tuberculose é uma doença infectocontagiosa que tem como agente causador o *Mycobacterium tuberculosis* ou bacilo de Koch. A infecção ocorre através das vias aéreas e pode acometer vários órgãos, no entanto a forma pulmonar é a mais comum e de maior relevância, visto que esta mantém a cadeia de transmissão da doença. **Objetivo:** O estudo objetiva traçar o perfil epidemiológico dos casos de Tuberculose em uma microrregião no interior da Bahia no período de 2008 a 2018. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, transversal e quantitativo dos casos disponíveis no Sistema de Informação de Agravos e Notificação. Todo o estudo foi desempenhado com nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ). **Resultados:** A pesquisa foi composta por 535 casos, sendo 68,60% referentes a pessoas do sexo masculino, 41,31% ensino fundamental incompleto, 37,76% com faixa etária entre 40 a 59 anos, 45,98% de cor parda, 88,04% de forma pulmonar, 48,97% não realizou a associação entre TB-HIV, 74,95% não apresentou associação com AIDS, 84,30% foram registrados como casos novos, 80,19% não realizou a cultura, 51,96% apresentou 1ª baciloscopia positiva e 18,88% não realizou a 2ª baciloscopia. **Conclusão:** entende-se que a tuberculose ainda consiste em um grave problema de saúde pública na microrregião estudada, onde é possível observar também a presença de ignorados demonstrando falhas por parte da vigilância epidemiológica, necessitando desta forma de mais

### PALAVRAS-CHAVE:

Epidemiologia. Tuberculose. Notificação de Doença.

estudos acerca do tema, visto que tais estudos podem servir de condutores para incentivo de ações governamentais no auxílio contra a TB.

## ABSTRACT

**Introduction:** The Tuberculosis is an infectious disease that has as its causative agent *Mycobacterium tuberculosis* or Koch's bacillus. Infection occurs through the airways and can affect many organs; however, the pulmonary form is the most common and most relevant, since it maintains the disease transmission chain. **Objective:** This study aimed to draw the epidemiological profile of tuberculosis cases in a microregion in the interior of Bahia from 2008 to 2018. **Method:** It's about a descriptive, cross-sectional and quantitative study of available cases on Events Health and Notification Information System. The entire study was performed with a significance level of 5% ( $p < 0.05$ ). **Results:** The study consisted of 535 cases, 68.60% of which were male, 41.31% incomplete elementary school, 37.76% with aged 40 to 59 years, 45.98% brown-skinned race, 88,04% pulmonary form, 48.97% did not associate TB-HIV, 74.95% did not associate with AIDS, 84.30% were registered as new cases, 80.19% did not make culture, 51.96% had the first positive smear and 18.88% did not perform the second smear. **Conclusion:** it is understood that tuberculosis is still a serious public health problem in the studied microregion, where it is also possible to observe the presence of ignored demonstrating flaws by epidemiological surveillance, thus requiring more studies on the subject, since they can serve as drivers to encourage government action to help with TB.

**Keywords:** Epidemiology. Tuberculosis. Disease Notification.

## INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa que tem como agente causador o *Mycobacterium tuberculosis* ou bacilo de Koch (BK). A infecção ocorre através das vias aéreas e pode acometer vários órgãos, no entanto a forma pulmonar é a mais comum e de maior relevância, visto que esta mantém a cadeia de transmissão da doença<sup>(1)</sup>.

A TB é uma infecção grave que apresenta um período longo de latência, entretanto o alcance da cura chega a quase 100% dos casos quando tratados corretamente. No entanto, alguns fatores favorecem o agravamento da doença, como a não adesão ao tratamento, coinfeção com o vírus HIV e o surgimento de cepas do bacilo multirresistentes<sup>(2)</sup>.

Essa infecção constitui um grave problema saúde pública, sendo que em 2017 foi estimado que aproximadamente 10 milhões de pessoas tiveram TB e que a enfermidade tenha provocado 1,6 milhão de óbitos no mundo (desses, 300 mil ocorreram entre pessoas HIV positivo). Esses dados revelam que a TB está inserida entre as dez causas de mortes mais comuns do planeta<sup>(3-4)</sup>.

Em maio de 2014, na Organização Mundial da Saúde (OMS), durante Assembleia Mundial da Saúde foi estabelecida uma nova resolução de estratégia global no combate à TB, com a expectativa de alcançar um mundo livre da TB até 2035. Para tanto, o Ministério da Saúde, mediante a Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (CGPNCT), definiu um

plano nacional com o propósito de erradicar a TB no Brasil, tencionando atingir até 2035 a meta de menos de 10 (dez) casos por 100 mil habitantes<sup>(5)</sup>.

Em 2017, os continentes que apresentaram maiores números de casos de TB foram a Ásia e África, e a nível de países a Índia e a China, ficando o Brasil na 19ª posição no ranking dos 30 países mais afetados<sup>(3)</sup>. Em 2018, o Brasil obteve 72.788 novos casos de TB representando um coeficiente de incidência de 34,8 casos para cada 100 mil habitantes, sendo a região Nordeste a que apresentou maior número de casos, perdendo apenas para a região Sudeste<sup>(4)</sup>. Já a Bahia, que está inserida na região Nordeste, registrou 4.241 casos novos de TB com coeficiente de incidência de 33,1 casos por 100 mil habitantes<sup>(4)</sup>.

Diante da magnitude da incidência de TB registrada no estado da Bahia, o presente estudo objetiva traçar o perfil epidemiológico dos casos de TB em uma microrregião no interior do estado da Bahia, no período de 2008 a 2018.

## **MATERIAIS E MÉTODO**

A análise trata-se de um estudo descritivo, transversal e quantitativos dos casos de tuberculose ocorridos na microrregião de Guanambi – Ba entre os anos de 2008 a 2018. Os municípios que fazem parte microrregião são: Caculé, Caetité, Candiba, Guanambi, Ibiassucê, Igaporã, Iuiu, Jacaraci, Lagoa Real, Licínio de Almeida, Malhada, Matina, Mortugaba, Palmas de Monte Alto, Pindaí, Riacho de Santana, Sebastião Laranjeiras e Urandi. Juntos, os municípios possuem uma população total de aproximadamente 374.180 habitantes<sup>(6)</sup>.

A coleta dos dados foi desempenhada através dos dados disponíveis no SINAN (Sistema de Informação de Agravos e notificação), sendo que foram considerados para análise todos os casos registrados no recorte temporal referente à pesquisa.

Diante dos dados foram avaliadas as variáveis: sexo, escolaridade, faixa etária, raça/cor, forma clínica, associação entre TB-HIV, associação entre TB-AIDS, tipo de entrada, cultura, 1ª baciloscopia e 2ª baciloscopia. Ainda foi-se calculado a incidência anual dos casos, tendo a fórmula como denominador o número de casos novos referente ao ano estudado dividido pela população do mesmo ano multiplicado por 100.000<sup>(7)</sup>.

Todos os dados da análise, assim como a confecção de tabelas e do gráfico, foram executados por meio do programa Microsoft Excel® 2013 e os testes estatísticos através do BioEstat 5.3, no qual foi aplicado o teste do Qui-quadrado de Pearson. A pesquisa por inteira foi efetuada com nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ).

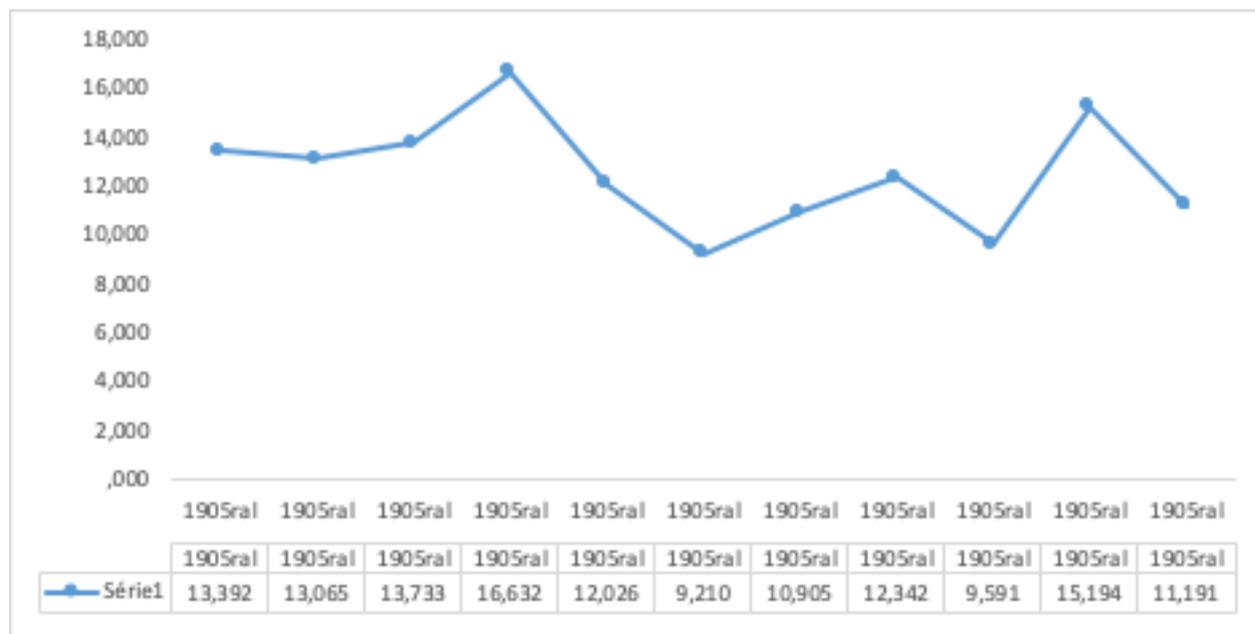
Por se tratar de um estudo realizado com dados secundários, a pesquisa tornou-se dispensa de avaliação do comitê de ética. Entretanto, foi executada consonante a todos os preceitos evidenciados na portaria de nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde<sup>(8)</sup>.

## **RESULTADOS**

No recorte temporal estudado, foram avaliados 535 casos, a partir dos quais verificou-se oscilações referentes ao coeficiente de incidência por ano, sendo 2011 o que apresentou maior

taxa e 2013 a menor (Figura 1).

**Figura 1** – Incidência dos casos notificados de tuberculose na microrregião de Guanambi-BA por 100.000 habitantes, (2008-2018).



Fonte: SINAN.

No que se refere aos dados sociodemográficos da pesquisa, é notório que a grande maioria dos casos foram referentes ao sexo masculino, com 68,60% dos casos; no que concerne ao grau de escolaridade, a maior incidência está no ensino fundamental incompleto, com 41,31%; já a faixa etária de 40 a 59 anos obteve 37,76%; e a cor parda teve um total de 45,98%, dentre o total de casos analisados.

**Tabela 1** - Dados sociodemográficos dos casos notificados de tuberculose na microrregião de Guanambi, Bahia, 2008-2018.

<b>Sexo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>P</b>
Masculino	367	68.60	74.021	< 0.0001
Feminino	168	31.40		
<b>Escolaridade</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>P</b>
Analfabeto	77	14.39		
Ensino fundamental incompleto	221	41.31		
Ensino fundamental completo	23	4.30		
Ensino médio incompleto	17	3.18	686.365	< 0.0001
Ensino médio completo	29	5.42		
Ensino superior incompleto	4	0.75		
Ensino superior completo	2	0.37		
Ign/Branco*	162	30.28		
<b>Faixa etária</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>P</b>
0 a 9 anos	12	2.24		
10 a 19 anos	36	6.73		
20 a 39 anos	125	23.36	245.084	< 0.0001
40 a 59 anos	202	37.76		

60 anos ou mais	160	29.91		
<b>Raça/cor</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>P</b>
Branca	130	24.30		
Preta	124	23.18		
Amarela	2	0.37	419.435	< 0.0001
Parda	246	45.98		
Indígena	1	0.19		
Ign/Branco*	32	5.98		

Fonte: SINAN, 2019 (Sistema de Informação de Agravos de Notificação).

\* Não compuseram a análise estatística.

Quanto à forma clínica dos casos, a maioria se apresentou como pulmonar, com 88,04%. Também foram encontrados os seguintes aspectos: negativo para associação entre tuberculose e HIV com 43,93%; não para associação entre tuberculose e AIDS, com 74,95%; e casos novos para tipo de entrada com 84,30%.

**Tabela 2** - Forma da doença, associação entre a tuberculose e HIV, associação entre a tuberculose e AIDS e tipo de entrada dos casos notificados de tuberculose na microrregião de Guanambi, Bahia, 2008-2018.

<b>Forma Clínica</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>P</b>
Pulmonar	471	88.04		
Extrapulmonar	51	9.53	730.957	< 0.0001
Pulmonar + Extrapulmonar	11	2.06		
Ign/Branco*	2	0.37		
<b>Tuberculose + HIV</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>P</b>
Positivo	12	2.24		
Negativo	235	43.93		
Em andamento	24	4.49	402.002	< 0.0001
Não realizado	262	48.97		
Ign/Branco*	2	0.37		
<b>Tuberculose + AIDS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>P</b>
Sim	11	2.06		
Não	401	74.95	369.175	< 0.0001
Ign/Branco*	123	22.99		
<b>Tipo de entrada</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>P</b>
Caso Novo	451	84.30		
Recidiva	33	6.17		
Reingresso após abandono	4	0.75	1400.049	< 0.0001
Não sabe	6	1.12		
Transferência	39	7.29		
Ign/Branco*	2	0.37		

Fonte: SINAN, 2019 (Sistema de Informação de Agravos de Notificação).

\* Não compuseram a análise estatística.

No que se refere à cultura, 80,19% dos casos não realizaram o procedimento; 51,95% apresentaram resultado positivo na 1ª baciloscopia e 18,69% positivos na 2ª baciloscopia.

**Tabela 3** - Caracterização dos casos de tuberculose na microrregião de Guanambi Bahia segundo a cultura, além da 1ª e 2ª baciloscopia, 2008-2018.

<b>Cultura</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>P</b>
Positivo	46	8.60		
Negativo	37	6.92		
Em andamento	21	3.93	877.634	< 0.0001
Não realizado	429	80.19		
Ign/Branco*	2	0.37		
<b>1ª baciloscopia</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>P</b>
Positivo	278	51.96		
Negativo	148	27.66	92.664	< 0.0001
Não realizado	104	19.44		
Ign/Branco*	5	0.93		
<b>2ª baciloscopia</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>P</b>
Positivo	100	18.69		
Negativo	69	12.90	7.356	0.0253
Não realizado	101	18.88		
Ign/Branco*	265	49.53		

Fonte: SINAN, 2019 (Sistema de Informação de Agravos de Notificação).

\* Não compuseram a análise estatística.

## DISCUSSÃO

No recorte temporal estudado, observou-se uma oscilação no número de casos notificados, demonstrando que não houve um crescimento constante neste número. Contudo, também não foi verificada uma redução significativa dos casos de tuberculose no decorrer da série histórica – este mesmo fato ocorreu em um estudo aplicado em uma cidade no estado de Maranhão<sup>(1)</sup>.

Diante dos resultados apresentados na presente pesquisa e no que diz respeito à variável sexo, observa-se que a predominância dos casos no sexo masculino se parecia com um estudo realizado em um município no estado de Maranhão<sup>(9)</sup>. Esta situação pode ser explicada muitas vezes pelo fato de os homens serem mais expostos a regiões com condições que perpetuam para o desenvolvimento da doença, além também da falta de atenção dos mesmos para com a própria saúde<sup>(10)</sup>.

No que se refere ao nível de escolaridade, apesar da ampla variedade no quesito de formação, foi verificado que o maior número de pessoas acometidas possuíam ensino fundamental incompleto, sendo que tal situação pode ser justificada devido à falta de entendimento destes sobre as formas de prevenção, cuidados e tratamento da doença. Isso faz com que essas pessoas estejam mais suscetíveis à infecção, desta mesma forma encontra-se o resultado de um estudo realizado no Brasil no período de 2012 a 2016<sup>(11)</sup>.

A faixa etária que se apresenta com maior relevância de ocorrências na referente pesquisa condiz com a idade em que as pessoas se encontram economicamente ativas, desenvolvendo suas atividades para o sustento familiar e conseqüentemente diminuindo a busca por atendimentos básicos de saúde. Entretanto na maioria das vezes, o horário comercial é quem rege o funcionamento das unidades básicas, sendo este o momento em que a maioria das pessoas estão

em seus trabalhos<sup>(12)</sup>. Resultado semelhante a este é encontrado em um estudo ocorrido no Piauí, no recorte temporal de 2010 a 2014<sup>(13)</sup>.

No que concerne à raça/cor, a TB afeta a população de maneira uniforme, sendo o que define a predominância na determinada variável é a região no qual o estudo está sendo realizado. Na presente análise, grande parte da população se considera de cor parda, evidenciando desta forma o aumento dos pardos na respectiva variável<sup>(14)</sup>. Pesquisas realizadas nos estados do Pará, Alagoas e ainda na cidade de São Luís – MA também relatam tais achados<sup>(15-17)</sup>.

Sobre a forma clínica da doença tal resultado também ocorre em outras pesquisas como em Juiz de Fora – MG e Caxias – MA<sup>(1,18)</sup>. Um dos motivos que pode explicar estes valores são as formas de contágio, o qual ocorre devido à inalação de gotículas contaminadas advindas da expectoração de pessoas infectadas<sup>(19)</sup>, outra justificativa é o fato de que a bactéria causadora desta infecção utiliza para sua sobrevivência o oxigênio, tendo assim o pulmão como órgão de escolha para seu alojamento, visto que este detém altos níveis de O<sub>2</sub><sup>(20)</sup>.

De acordo o Ministério da Saúde, é preconizado que todos os indivíduos diagnosticados com a TB sejam admitidos para a realização do teste rápido para HIV com intuito de controlar uma possível coinfeção TB-HIV<sup>(21)</sup>. Contudo, neste presente estudo, a maioria dos casos não realizaram o diagnóstico para HIV (48,9%). Isso revela uma falha na aplicação de testes rápidos cuja finalidade é identificar uma TB concomitante ao HIV. Achado semelhante a este é visto em um outro estudo desenvolvido em Camarões na África Central<sup>(22)</sup>.

Com relação à TB associada a AIDS, o estudo demonstra que somente 2% dos casos apresentavam-se positivos para ambas as condições. Em um estudo desenvolvido na cidade de Sobral – CE, uma pequena percentagem dos casos com TB expressava positividade para a AIDS, corroborando assim com os resultados vinculados ao atual estudo<sup>(19)</sup>. Apesar do pequeno número de casos de TB correlacionados a AIDS neste estudo, a coinfeção TB-AIDS é constantemente relatada em diversas regiões a nível mundial, sendo ela caracterizada como uma das principais doenças que evidencia a probabilidade da AIDS<sup>(23)</sup>.

Sobre o tipo de entrada, o resultado da presente pesquisa é visto também em um estudo desenvolvido no Espírito Santo<sup>(24)</sup>, sendo que a literatura aborda este fato como consequência da baixa qualidade nos serviços prestados em relação a saúde. Pode estar relacionado também a uma falha ao detectar a infecção na população, bem como mal acompanhamento da doença que pode perpetuar em desistência no tratamento da infecção<sup>(24)</sup>.

Referente à cultura, o procedimento não foi realizado na maioria dos casos. Um estudo epidemiológico realizado no Rio Grande do Sul apresenta achados que se pareiam com os encontrados na presente pesquisa<sup>(25)</sup>. Esse fato diverge com as recomendações estabelecidas pela OMS, onde preconiza a realização da cultura. Contudo, essa técnica ainda não é implantada em diversas regiões do Brasil<sup>(24)</sup>.

A 1ª baciloscopia foi realizada em 79,6% dos pacientes com TB, destes 51,9% apresentaram positividade, o que revela que mais da metade dos pacientes são bacilíferos. Valores semelhantes foram obtidos em um estudo realizado no município de Sobral – CE<sup>(26)</sup>.

Em relação à 2ª baciloscopia, a maioria dos casos expressou amostras positivas. Em Umuarama – PR também foi observado tal resultado<sup>(27)</sup>. A baciloscopia (BAAR) tem sido muito empregada no diagnóstico da TB, isso por conta de algumas particularidades como praticidade e eficácia<sup>(28)</sup>, além de ser um método de baixo custo e que conseguir revelar em torno de 60 a 80%

dos casos. Desta forma compreende-se que a baciloscopia apresenta-se como ponto positivo para o auxílio na determinação e medidas terapêuticas da doença<sup>(12)</sup>.

## CONCLUSÃO

Diante dos dados apresentados, entende-se que a tuberculose ainda consiste em um grave problema de saúde pública na microrregião estudada. Para tanto, considera-se que o controle da doença é um desafio que necessita de esforços adicionais visando a redução de sua incidência, melhor qualidade no tratamento e diminuição das taxas de coinfeção ligados à doença, principalmente entre TB-HIV e TB-AIDS.

Observa-se também a presença de ignorados em algumas variáveis estudadas, apontando assim falhas por parte do sistema de vigilância epidemiológica inerentes a cada município. Isto evidencia a necessidade da realização de mais estudos acerca do tema, visto que tais estudos podem servir de condutores para incentivo de ações governamentais no auxílio contra a TB.

## REFERÊNCIAS

1. Macedo JL, Oliveira ASSS, Pereira IC, Assunção MJSM. Epidemiological profile of tuberculosis in a Municipality of Maranhão. *Reon Facema*. 2017;3(4): 699-705.
2. Nogueira Af, Facchinetti V, Souza MVN, Vasconcelos TRA. Tuberculosis: a general approach of the main aspects. *Rev. bras. farm.* 2012; 93(1): 3-9.
3. WHO, World Health Organization. *Global Tuberculosis Report*. Geneva; 2018.
4. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Brasil Livre da Tuberculose: evolução dos cenários epidemiológicos e operacionais da doença*. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
5. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Brasil Livre da Tuberculose: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública*, Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
6. Oliveira TJ, Rios MA, Teixeira PN. Mortality of women of childbearing age in the health region of Guanambi/BA. *Mundo saúde (Impr.)*. 2017; 41(4): 711-719.
7. Brasil, Ministério da Saúde. Sala de apoio à gestão estratégica. [internet]. ano. [Citado em 2019 fev. 24]. Disponível em: [http://sage.saude.gov.br/pdf/morbidade/ler\\_pdf.php?file=lva](http://sage.saude.gov.br/pdf/morbidade/ler_pdf.php?file=lva)
8. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução N° 510, de 7 de abril de 2016. Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. 2016. Maio 24. Seção 1:44-6.
9. Moraes MFV, Corrêa RGCF, Coutinho NPS, Caldas AJM, Silva TC, Santos KCB, et al. Perfil epidemiológico de casos de tuberculose em um município prioritário no estado do Maranhão. *Rev. Pesq. Saúde*. 2017;18(3):147-150.
10. Costa MMR, Costa ES, Vilaça DHV, Tavares AVS, Menezes HL, Brito LM, et al. Tuberculose pulmonar: perfil epidemiológico do sertão Pernambucano, Brasil. *Braz. J. Hea. Rev.* 2019;2(3): 2228-2238.

11. Fontes GJF, Silva TG, Souza JCM, Feitosa ANA, Silva ML, Bezerra ALD, et al. Epidemiological profile of tuberculosis in Brazil from 2012 to 2016. *Rev. Bra. Edu. Saúde.* 2019;9(1): 19-26.
12. Silva LT, Felipini MCC, Oliveira TB, Brunello MEF, Orfão NH. Perfil epidemiológico da tuberculose no serviço de referência do estado de Rondônia. *Rev. Epidemiol. Controle Infecç.* 2019;9(1): 48-54.
13. Silva WA. Perfil epidemiológico de los casos de tuberculosis notificados en Piauí en el año de 2010 hasta 2014. *Revista Interdisciplinar.* 2017;10(1): 110-117.
14. Almeida AA, Barros HJM, Silva TC, Medeiros RLSFMM, Nascimento MMP, Temoteo RCA. Clinical-epidemiological profile of tuberculosis cases. *Rev. enferm. UFPE on line.* 2015;9(9):1007-1017.
15. Neves DCO, Loureiro LO, Paiva NP, Ohnishi MDO, Ribeiro CDT. Aspectos epidemiológicos da tuberculose nas Regiões de Integração do estado do Pará, Brasil, no período entre 2005 e 2014. *Rev. Pan-Amaz. Saúde.* 2018;9(3): 21-29.
16. Santos JGC, Rocha MAN, Santos RC, Ribas JLC. Perfil Clínico E Epidemiológico Da Tuberculose Em Alagoas De 2008 A 2017. *Revista Saúde e Desenvolvimento.* 2019;13(14): 36-48.
17. Câmara JT, Menezes JB, Pereira BM, Oliveira TRC, Oliveira TMP, Ribeiro NS. The epidemiological profile of patients with a diagnosis of resistance of mycobacterium tuberculosis. *Rev. enferm. UFPE on line.* 2016;10(11): 4082-4089.
18. Pereira JC, Silva MR, Costa RR, Guimarães MDC, Leite ICG. Perfil e seguimento dos pacientes com tuberculose em município prioritário no Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2015;49(6): 2-12.
19. Brandão MGSA, Vasconcelos JVP, Barros LM. Avaliação de indicadores epidemiológicos da tuberculose do município de Sobral, Ceará, 2006 a 2016. *Rev. UNINGÁ.* 2018;55(3): 41-51.
20. Basso GB, Franzoi CF, Silva JP, Nodari JP, Cyrino LR, Costardi JVV, et al. Perfil Epidemiológico da Tuberculose no Município de Curitiba no Período de 2001 A 2011. *Perspect. medicas.* 2017;28(3): 17-22.
21. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Recomendações para o manejo da coinfeção TB-HIV em serviços de atenção especializada a pessoas vivendo com HIV/AIDS, Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
22. Halle MP, Takongue C, kengne AP, Faze FF, Ngu K. Epidemiological profile of patients with end stage renal disease in a referral hospital in. Cameroon. *Bmc Nephrology.* 2015;16(1): 2-8.
23. Melo MC, Donalisio MR, Cordeiro RC. Sobrevida de pacientes com AIDS e coinfeção pelo bacilo da tuberculose nas regiões Sul e Sudeste do Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017;22(11): 3781-3792.
24. Fregona G, Cosme LB, Moreira CMM, Bussular JL, DettoniVV, Dalcolmo MP, et al. Fatores associados à tuberculose resistente no Espírito Santo, Brasil. *Rev. Saúde Públ.,* 2017;51(41): 1-11.
25. Mendes AM, Bastos JL, Bresan D, Leite MS. Situação epidemiológica da tuberculose no Rio Grande do Sul: uma análise com base nos dados do Sinan entre 2003 e 2012 com foco nos povos indígenas. *Rev. bras. epidemiol.* 2016;19(3): 658-669.

26. Souza AC, Custódio FR, Melo OF. Cenário epidemiológico da tuberculose no município de Sobral (CE) entre os anos de 2013 e 2017. Revista Eletrônica Acervo Saúde. 2019; 23; 445-453.

27. Cardoso LC, Melquiades R, Magalhães JA, Carvalho SS, Rosa G, Merlini LS, et al. Aspectos epidemiológicos dos pacientes notificados com tuberculose na microrregião de Umuarama – Noroeste Paranaense de 2009 a 2014. Arq. Cienc. Saúde UNIPAR. 2018;22(3):157-163.

28. Freitas WMTM, Silva MM, Santos CC, Rocha GA. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes portadores de tuberculose atendidos em uma unidade municipal de saúde de Belém, Estado do Pará, Brasil. Rev. Pan-Amaz Saude.2016;7(2): 45-50.

Lucas Gama Passos Silva

lucascgama.ps@hotmail.com

Enfermeiro. Graduado pelo Departamento Ciências da Vida (DCV) da Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Instituição/Afiliação - Universidade do Estado da Bahia (UNEB).

Denise Santana Silva dos Santos

denisenegal@hotmail.com

Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem Universidade Federal da Bahia - UFBA (2018). Mestre em Enfermagem UFBA (2011). Especialista em Neonatologia pela Universidade do Estado da Bahia (2008). Integrante do NUPEIS - Núcleo e Pesquisa Interfaces em Saúde. Instituição/Afiliação - Docente do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado da Bahia (UNEB).

Lucas Uanderson Lemos da Paz

lucasulpaz@gmail.com

Graduando de Enfermagem no Departamento Ciências da Vida (DCV) da Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Integrante do NUPEIS - Núcleo e Pesquisa Interfaces em Saúde. Instituição/Afiliação - Universidade do Estado da Bahia (UNEB).

Mayana Santos Silva

s.mayana@yahoo.com.br

Graduanda de Enfermagem no Departamento Ciências da Vida (DCV) da Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Integrante do NUPEIS - Núcleo e Pesquisa Interfaces em Saúde. Instituição/Afiliação: Universidade do Estado da Bahia (UNEB).

Tainara dos Santos Pereira

tainara.dos.santos.pereira2@gmail.com

Graduanda de Enfermagem no Departamento Ciências da Vida (DCV) da Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Integrante do NUPEIS - Núcleo e Pesquisa Interfaces em Saúde. Instituição/Afiliação - Universidade do Estado da Bahia (UNEB).

Tânia Christiane Ferreira Bispo

taniaenf@uol.com

Enfermeira, PhD em saúde coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (2013). Mestre em Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher pela Escola de Enfermagem da UFBA (2002). Especialista em Enfermagem Obstétrica (1998). Coordenadora do NUPEIS - Núcleo e Pesquisa Interfaces em Saúde. Instituição/Afiliação - Professora Titular da Universidade do Estado da Bahia (UNEB).

Faculdade Adventista da Bahia

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

Revista Brasileira de Saúde Funcional  
REBRASF

## MÃES EM SITUAÇÃO DE PRISÃO: OLHAR SOBRE FILHOS NA CASA DE ACOLHIMENTO DO COMPLEXO PRISIONAL

*MOTHERS IN PRISON SITUATION: A GLANCE AT  
CHILDREN IN THE HOST OF THE PRISON COMPLEX*

### RESUMO

**Introdução:** O Brasil possui a quinta maior população prisional feminina do mundo e a quarta maior de forma geral, quando contabilizados homens e mulheres. **Objetivo:** analisar a percepção de mães em situação de prisão acerca do abrigo onde residem seus filhos na cidade de Salvador-Bahia. **Métodos:** pesquisa de campo exploratória, com abordagem qualitativa. Os dados foram coletados através de uma entrevista semiestruturada. Para a análise foi utilizada a técnica de análise de conteúdo de Bardin na modalidade temática. **Resultados:** emergiram nos resultados duas categorias: 1) O distanciamento do binômio mãe-filho no contexto prisional; 2) A confiança das mães em relação aos profissionais do abrigo de seus filhos. **Conclusão:** verificou-se uma visão demasiadamente positiva das mães para com o abrigo de seus filhos, embora da invisibilidade e vulnerabilidade social em que se encontram.

### ABSTRACT

**Introduction:** Brazil has the fifth largest female prison population in the world and the fourth largest in general, when men and women are counted. **Objective:** to analyze the perception of mothers in prison situations about the host where their children live in the city of Salvador-Bahia. **Methods:** exploratory field research, with a qualitative approach. The data were collected through a semi-structured interview. For the analysis, the Bardin

### PALAVRAS-CHAVE:

Abriço. Prisão. Criança.

content analysis technique was used in the thematic modality. **Results:** two categories emerged in the results: 1) The distancing of the mother-child binomial in the prison context; 2) Mothers' confidence in their children's host professionals. **Conclusion:** there was an overly positive view of mothers towards the host of their children, although the invisibility and social vulnerability in which they find themselves.

**Keywords:** Host. Prison. Child.

## INTRODUÇÃO

O Brasil possui a quarta maior população prisional feminina do mundo e tem uma taxa elevada de encarceramento, quando contabilizados homens e mulheres. Numericamente isso correspondeu, entre os anos de 2000 até o primeiro semestre de 2016, a 42.355 mulheres do equivalente a 726.712 presos no geral. Embora o número de homens seja maior que o de mulheres neste quesito, a população absoluta prisional feminina tem crescido mais que a masculina ao passar dos anos<sup>(1)</sup>.

Foucault descreve que a prisão surge como um local de punição legal, sendo ela a própria pena quantificada por um viés de tempo, que se fundamenta juridicamente como um espaço disciplinar e de correção para o condenado<sup>(2)</sup>.

Neste sentido, a experiência do cárcere surge sempre por um viés punitivo. Ao trazer esta experiência para o contexto familiar, verifica-se que as mulheres enfrentam mais dificuldades do que os homens, uma vez que, quando a figura masculina deixa de ser o provedor da família devido ao encarceramento, a mulher tende a substituir este papel. Por outro lado, quando as mulheres são presas, frequentemente perdem o suporte familiar e dos seus companheiros, muito embora continuem tentando assumir o seu papel de mãe<sup>(3)</sup>.

De acordo com a Constituição Federal Brasileira<sup>(4)</sup>, as mães em situação de prisão que estiverem amamentando podem permanecer com seus filhos no presídio. Há, porém, diversas legislações infraconstitucionais que buscam assegurar o direito da mãe e do filho de ficarem juntos por mais tempo, a fim de melhorar o vínculo entre eles. Dentre tais direitos, estão inclusas creches e unidades de abrigo para as crianças.

Um estudo realizado em Porto Alegre em uma penitenciária feminina, analisou as percepções das mães em situação de prisão sobre a unidade da creche onde ficam seus filhos. Dentre os achados científicos, há dois vieses: embora as mães tenham se queixado a respeito da privação de liberdade na qual a criança é submetida a crescer no contexto prisional, há também relatos sobre a importância do apoio emocional vivenciado pela convivência entre mãe e filho<sup>(5)</sup>.

Outro estudo obteve, entre os resultados pesquisados, o significado de família atribuído por mulheres encarceradas. Destacam-se o entendimento de suporte afetivo e emocional. Em contrapartida, a vivência do abandono familiar após encarceramento demonstrou entre os relatos, palavras de sofrimento, mágoa e saudade, além de dificultar o processo de ressocialização destas mulheres<sup>(6)</sup>.

Para muitas mulheres, a creche é encarada positivamente, pois não sabendo com quem deixariam seus filhos, após o encarceramento, estes poderiam ser entregues ao Conselho Tutelar.

Além disso, o ambiente da creche é tido como espaço que garante boa assistência a saúde dos filhos, o qual permite que eles recebam uma boa alimentação, sem que sejam maltratados. Entretanto, muitas mães não conhecem a creche onde vivem seus filhos e o pouco que sabem é por relato de agentes penitenciários, ou através das visitas dos filhos<sup>(7)</sup>.

Ao tratar do distanciamento entre mãe-filho no ambiente prisional, muitas mulheres passam a relatar medo de se separarem dos filhos. A justificativa dada é de que além do apego que passaram a ter após o nascimento e durante a amamentação, os filhos as ajudam a esquecer da vida que levam no cárcere, a proximidade com as crianças diminui a tensão em que essas mulheres estão submetidas no dia a dia pelo ambiente que estão confinadas, um local frígido. Porém, a permanência da criança por longo período no complexo prisional ao lado da mãe pode influenciar o desenvolvimento da criança<sup>(8)</sup>.

Assim, neste contexto, surge a seguinte questão norteadora: Qual a percepção de mães em situação de prisão acerca do abrigo onde residem seus filhos na cidade de Salvador-Bahia? A partir desta questão, tem-se como objetivo analisar a percepção de mães em situação de prisão acerca do abrigo onde residem seus filhos na cidade de Salvador-Bahia.

## **MÉTODOS**

Trata-se de uma pesquisa de campo exploratória, com abordagem qualitativa. O campo em questão foi uma unidade prisional feminina alocada na cidade de Salvador/BA e o objeto de investigação foram mulheres em situação de prisão desta unidade.

Após contato estabelecido com as mulheres em situação de prisão, aquelas que se interessaram em participar foram registradas como voluntárias na medida em que consentiram e formalizaram sua intenção através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE e contemplassem os critérios de inclusão, sendo mulheres sentenciadas em regime fechado cujos filhos estavam na casa de acolhimento. Foram adotados como critérios de exclusão mulheres presas temporariamente e em regime semiaberto. Levando em consideração essas informações, apenas duas de 88 mulheres atenderam aos critérios.

Foi assegurado às voluntárias o direito de sigilo, sem referenciar os nomes das mesmas aos dados e resultados desta pesquisa, desta forma foram adotados os codinomes Musa e Eugênia, e coube ao autor deste estudo também explicar sobre o direito de não quererem participar mais da pesquisa. Assim, a elas era permitido desistir em qualquer etapa, sem serem prejudicadas por isso.

A coleta de dados deste estudo foi dividida entre etapas. A primeira correspondeu à realização de uma entrevista semiestruturada, áudio-gravada, seguida de dois roteiros, que ocorreu de forma individualizada com cada voluntária. O primeiro roteiro marcou o contato inicial do autor desta pesquisa para com as voluntárias. Com o uso de uma folha em branco de papel, o entrevistador, após se apresentar e fornecer informações do projeto, pediu para as voluntárias desenharem qualquer coisa inicialmente; em seguida, pediu para desenhar uma família, a partir daí, foram direcionadas perguntas para avaliar quais membros e tipo de relação familiar as mulheres-mães possuem.

Embora o objetivo geral seja a percepção dessas mães acerca do abrigo de seus filhos, o

autor desta pesquisa julgou necessário essa etapa metodológica, por considerar que não se pode compreender bem tais percepções sem buscar compreender o tipo de relação afetiva que elas possuem com seus filhos e/ou outros membros familiares.

A segunda etapa da coleta de dados ocorreu no mesmo dia, em uma única entrevista com cada voluntária. O que diferenciou da primeira etapa foi o uso do segundo roteiro construído para essa pesquisa, o qual continha perguntas sobre a creche a fim de responder alguns objetivos deste estudo. Tanto a primeira quanto a segunda etapa ocorreram no mês de abril de 2016.

A terceira etapa equivaleu-se a aplicação individual da ficha de dados pessoais criada pelo autor deste estudo, na qual possui perguntas sociodemográficas que contribuiu para caracterizar as mães em situação de prisão.

A quarta etapa refere-se à coleta de dados sobre o crime cometido pelas voluntárias do estudo. Essas informações foram obtidas, confidencialmente, através de um profissional do presídio. A terceira e quarta etapa ocorreram em setembro de 2016, e não foram realizadas antes das entrevistas para manutenção da ética e de tal forma não se ater às informações particulares da vida das voluntárias.

Este estudo concorda e atende aos aspectos éticos envolvendo seres humanos previstos na resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Assim como está de acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem definido na resolução nº 311/07. Trabalho aprovado sob o parecer substanciado do CEP nº 1.333.685.

Para a análise das entrevistas foi utilizada a técnica de análise de conteúdo de Bardin<sup>(9)</sup> na modalidade temática. Assim, após análise dos dados, os mesmos foram correlacionados aos achados literários e discutidos a fim de compreender as múltiplas percepções apresentadas pelas mães em situação de prisão com relação ao abrigo onde seus filhos residem.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados que serão descritos aqui permitiram a categorização analógica dos conteúdos coletados, acompanhados da fundamentação teórica, e seguidos por inferências e interpretações do autor desta pesquisa.

Os conteúdos analisados, tanto aqueles oriundos das entrevistas quanto da aplicação do questionário criado pelo autor, deram margem para a criação de duas categorias:

- 1) O distanciamento do binômio mãe-filho no contexto prisional;
- 2) A confiança das mães em relação aos profissionais do abrigo de seus filhos.

### **O distanciamento do binômio mãe-filho no contexto prisional**

Ao querer tratar do distanciamento de membros familiares devido ao processo de encarceramento de mulheres em situação de prisão, mais especificamente, da separação entre mães-filhos, requereu, para o autor deste estudo, buscar compreender inicialmente a percepção de família para estas mulheres. Longe de querer conceituar e normatizar padrões familiares, buscou-se apenas tentar identificar significados nas relações afetivas entre este binômio.

Segundo a antropóloga Fonseca<sup>(10)</sup>, as circunstâncias socioeconômicas levam as pessoas a se organizarem de forma diferente, e embora a compreensão de família traga significados

distintos entre ricos e pobres, ambas se modificam com o tempo e contrariam a realidade, qual foge da visão jurídica de que a família conjugal nuclear (mãe, pai, filho) é a ideal.

Em um encontro com conselheiros tutelares, Fonseca<sup>(10)</sup> propôs que esses se sentassem em grupos e elaborassem uma árvore genealógica de um dos componentes do grupo. Entre os resultados, a autora percebeu que os conselheiros apresentavam dúvidas em definir a própria família, com dificuldade se colocariam ou não no diagrama casos de recasamentos, mãe desconhecida, a inclusão do marido da ex-esposa, ou seja, percebeu-se que haviam diversos diagramas que apresentavam o conceito de família bem eclético, alguns incluíam empregadas, professores, enquanto outros incluíam apenas as ligações de sangue. .

Consonante, Rios<sup>(11)</sup> nos lembra que “Vemos sempre a realidade com os óculos da nossa cultura, da nossa classe social, do nosso tempo. Ainda assim, podemos ver com clareza. Mas, às vezes, algo pode embaçar o olhar: os preconceitos, as ideologias”. Ancorado nisso, ao direcionarmos o olhar para as relações familiares no contexto presídio-abrigo, buscou-se, ao entrevistar Musa e Eugênia, não entrar no quesito do motivo da pena, “razão” pelo qual estão presas e as distanciam dos seus filhos.

A iniciativa de não se envolver com o motivo pelo qual as mulheres entrevistadas estão presas foi uma medida assumida para não “embaçar o olhar”, não gerar pré-julgamentos, estereótipos. Entretanto, essa postura adotada não significou desconsiderar a realidade em que vivem essas mães, em deixar de lado os significados e consequências que o presídio traz para a vida delas, mas sim manter a fidedignidade do estudo.

Longe da ideia reduzida de família nuclear, percebeu-se que dois dos três filhos de Eugênia atualmente moram com uma tia e um tio, os quais ela considera seus pilares familiares; e apenas seu filho mais novo reside no abrigo vinculado à unidade prisional. O contexto familiar de Musa também não é muito diferente, ela possui dois filhos que moram com sua ex-sogra, enquanto o filho mais novo reside também no abrigo. Mães solteiras, o motivo pelo qual o filho caçula de ambas não está morando com algum de seus familiares não está muito claro, mas o que se sabe pelo decorrer da entrevista foi que elas preferiram manter o filho mais novo no abrigo.

Como também já foi pontuado, a separação presídio-abrigo e entre mãe-filho ocorreu quando os filhos de Eugênia e de Musa tinham seis meses de vida. Não há estudos que cheguem a um consenso sobre o momento ideal para a separação da criança e sua mãe em situação de prisão, tampouco sobre qual o período mínimo e máximo adequado para a permanência da criança em ambiente prisional. Entretanto, há a Lei de Execução Penal que estabelece o prazo mínimo de seis meses até menores de sete anos como prazo limite para a permanência da criança no presídio com sua genitora<sup>(12)</sup>.

Quando questionadas sobre o significado de família para elas, notou-se uma abordagem holística, percebendo o uso do termo “tudo” entre a fala de Musa a fim de abranger um significado positivo frente à realidade social em que se encontram (longe de seus familiares, de amigos e sem poder se relacionar com outras pessoas livremente devido ao seu processo de encarceramento). Como podemos perceber no relato abaixo:

*Ai, eu acho que família é tudo. Eu acho. Mesmo com a ausência de minha mãe. Mas tem pessoas que você encontra que não é parente seu e se tornam família também. Eu tenho vontade de ver meus dois filhos, e conviver mais tempos com eles, e ter mais esses minutinhos, que daqui a pouco ele já vai embora [refere-se ao filho no colo] (Musa, grifos nossos).*

Não é o objetivo desta pesquisa se aprofundar no conceito de família, mas busca-se chamar a atenção para a importância de discutir estas conformações familiares cada vez mais comuns em nossa sociedade. É importante trabalhar a desconstrução do padrão nuclear de família e entender os seus novos formatos.

Fica evidente a insatisfação de ambas sobre o curto período em que elas permanecem com seus filhos no ambiente prisional. Quando questionada como é ser mãe em situação de prisão, Eugênia utiliza a palavra “difícil” para descrever o sentimento que sente, como revelado no relato abaixo:

*É difícil, pra mim fica mais difícil agora que eu já estou no tempo de ir, aí toda hora que eu vou lá eles falam “não, já tá resolvendo” aí chega e diz que já tem outra coisa. Eu quero ir embora daqui. Dizem que está perto e depois não... Quando eu for embora eu vou embora para ficar com a família, ir embora para tirar ele da creche [refere-se ao filho no abrigo], para dar amor, aprender com coisas boas, para não vim, para não passar o mesmo papel que eu passei. (Eugênia, grifos nossos).*

A institucionalização dessas mães no presídio e a institucionalização de seus filhos no abrigo geram um impacto negativo nas suas relações familiares. Nota-se o desejo de Eugênia e Musa conviverem e desenvolverem uma relação mais sólida com seus filhos, tendo o presídio como uma grande barreira que dificulta a otimização da afetividade dessas relações.

Podemos encontrar no artigo nº 92 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)<sup>(13)</sup> também como uma garantia legal o direito à convivência familiar entre mulheres e crianças, ao dispor que cabe, entre alguns princípios conferidos ao abrigo, não só o da preservação dos vínculos familiares, mas também da promoção da reintegração familiar.

Quando tratamos de vínculo, estamos falando de relações de união. Segundo Bowlby<sup>(13)</sup>, o vínculo é um laço relativamente duradouro que se estabelece com um parceiro. Também conhecida como autora da Teoria do Apego, Bowlby trata do vínculo mãe-filho, e das consequências negativas para a criança no rompimento dos laços afetivos estabelecidos na infância.

Para Bowlby<sup>(14)</sup>, os cuidados realizados por uma mãe substituta são imprescindíveis para o desenvolvimento das crianças institucionalizadas e para a formação do seu psiquismo. Embora não sejam uma situação totalmente adequada, esse contexto contribui para a minimização de possíveis efeitos nocivos após a separação entre mãe-filho.

Ao considerar a relação periódica de encontros com os filhos durante as visitas no presídio ou raramente quando vão ao abrigo, Eugênia foi questionada sobre como avaliava o relacionamento afetivo com seu filho, podendo-se perceber sua resposta no relato abaixo:

*É bom. Eu acho que lá [refere-se ao abrigo] ensina ele [refere-se ao filho] porque a pessoa [o filho] fica dizendo assim que é tia, sabe dizer quem é a mãe e quem é a tia (Eugênia, grifos nossos).*

Mediante o que já foi abordado no que se refere à insatisfação de Eugênia e Musa pelo pouco tempo que ficam com seus filhos, nos questionamos se era possível, ainda assim, avaliarem o tipo de relacionamento criado e mantido com seus filhos como positivo.

Pelo que podemos perceber através dos depoimentos até aqui, o abrigo é visto como um espaço com ambiência agradável, marcado por profissionais que cuidam de crianças e as ensinam alguns códigos de convivência social ou “bons modos”, sem negá-las a compreensão de quem é sua mãe biológica. Nesta perspectiva, nota-se por parte de Eugênia a gratidão por seu “símbolo

de genitora” ser preservado na relação abrigo-presídio, e por parte de Musa, mesmo com as mazelas inerentes ao processo de encarceramento ainda estar perto do filho mais novo, encarar positivamente o relacionamento afetivo delas com os filhos.

Logo, ao se deparar com relatos positivos sobre o tipo de relacionamento afetivo no ambiente prisional, muito embora perceba-se a falta de uma reflexão sobre a vulnerabilidade social em que fazem parte, podemos tecer um olhar cuidadoso ao sentido de “bom” referido por Eugênia e Musa. Nesse sentido, atribuímos como sinônimo a palavra “resiliência”, um esforço diário encontrado por essas mulheres para encarar suas histórias de vida.

### **A confiança das mães em relação aos profissionais do abrigo de seus filhos**

Em uma visita feita pelo autor desta pesquisa ao abrigo vinculado ao presídio, verificou-se que a unidade é composta por uma equipe interdisciplinar: uma psicóloga, uma assistente social, uma pedagoga, uma psicóloga, cinco cuidadores que trabalham durante a semana e mais dois que trabalham integralmente aos finais de semana.

A criação deste tópico foi necessária ao perceber durante as entrevistas que as mães confiam na assistência pedagógica e relação afetiva estabelecida pelos profissionais do abrigo para com seus filhos. Inicialmente, ao ser questionada sobre que profissionais são estes, qual a profissão, quantos são e se os conhecem, percebeu-se que ela pouco sabe sobre estes profissionais, podendo-se notar uma enorme desproporção sobre a quantidade de profissionais no imaginário de uma das mães frente a realidade em que se encontra no abrigo, como nos apresenta o relato abaixo:

*Sobre os funcionários eu acho bom. Gosto da psicóloga de lá, da assistente social de lá, eu sei que tem a diretora de lá e tem uma que é vice de lá também, mas não sei quantos profissionais tem não (Musa).*

O resultado desse tipo de relacionamento – inconstante e geralmente à distância, parece não abalar a confiança que possuem a respeito desses profissionais. Notou-se que a tranquilidade e a certeza das mães de que os filhos não sofrem maus tratos no abrigo ganham força por um motivo principal: o ato de observarem o comportamento de seus filhos, de perceberem que estes não temem em estar com os profissionais do abrigo, como demonstrado no relato a seguir:

*Eu sei que lá ela cria [refere-se a uma profissional da creche], se ela chegar aí agora para buscar ele, e ver ele sair...e se a pessoa maltratar, a pessoa [refere-se ao filho] não quer ir logo com a pessoa. É que nem os animal, né? (Eugênia).*

Se essas crianças tão precocemente aprenderam a conviver longe de suas mães, a residirem no abrigo – uma casa cheia de crianças e com áreas de lazer – e ao se depararem com o presídio, que não possui adequadamente uma ambiência para receber crianças, pode-se esperar dessas crianças outra reação a não ser querer ficar próximo dos profissionais do abrigo, com quem passam a maior parte do tempo? É um questionamento que não pretende e nem caberia trazer respostas prontas, mas nos ajuda a instigar um debate frente à complexidade dessa realidade.

Bernardi<sup>(15)</sup> nos ajuda a elucidar essa questão ao pontuar que o acolhimento realizado por abrigos desde o momento da chegada de criança e adolescente, facilita o sentimento de segurança destas, e os permite interagir e integrar, gradativamente, à rotina do abrigo, em um processo capaz de despertar seu interesse para as atividades coletivas e individuais que se desenrolam,

sucedendo o período inicial de acolhimento.

A autora salienta que muitas crianças e adolescentes desconhecem ou não compreendem o motivo pelo qual foram afastadas do convívio familiar. Isso pode levá-los a encarar a vivência no abrigo como uma punição e despertar sentimentos de insegurança, rejeição, agressividade, revolta, abandono, entre outros.

Assim, quando não é garantido a uma criança ou adolescente a vivência do acolhimento no ato da recepção em um ambiente novo, a experimentar a vivência do aprisionamento, pois a forma como esta fase de entrada é desempenhada pelo profissional do abrigo, pode influenciar no processo de adaptação ou rejeição a unidade institucional<sup>(15)</sup>.

É importante destacar que o trabalho educativo desenvolvido por profissionais do abrigo nunca começa do “zero”, mesmo com bebês. Isso porque é preciso levar em consideração, e de forma respeitosa, a origem, a história de vida e os valores relacionados aos familiares de cada criança e adolescente, levando os profissionais do abrigo a vincular-se de forma cuidadosa, a possibilitar a autonomia e a favorecer o desenvolvimento de todos abrigados, mas nunca a estimular sua dependência<sup>(16)</sup>.

Neste sentido, para o desenvolvimento saudável de crianças e adolescentes abrigadas, é importante também que essas não sejam discriminadas ou estigmatizadas como “adulto em miniatura” ou “crianças do abrigo” (ou no contexto desta pesquisa, como “filhos de presas”), já que passaram ou passam por situações especialmente difíceis. No mínimo, são expostas à violência decorrente da desigualdade social e da precoce e indesejada separação dos familiares<sup>(16-17)</sup>.

Quando se avalia que os filhos de Eugênia e de Musa foram desde os seis meses de vida para o abrigo – período em que eles eram muito novos assim como os vínculos estabelecidos com suas genitoras – pode-se inferir que este tenha sido um dos prováveis motivos à adaptação dos filhos de Eugênia e Musa ao abrigo. Assim como ao desenvolvimento de suas relações sócio afetivas, que se frisaram atualmente de forma positiva para com os profissionais que lá atuam. Cabe ressaltar, entretanto, que estas mesmas crianças podem vir a vivenciar futuramente o abrigo como punição, conforme destacado por Bernardi<sup>(15)</sup>.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os poucos estudos bibliográficos voltados para o binômio mãe-filho no contexto presídio-abrigo nos levam a refletir sobre a invisibilidade destas pessoas frente ao Estado e à sociedade científica, incluso o papel da universidade para com a realidade que remonta a vida de crianças abrigadas e mulheres encarceradas.

A realização desta pesquisa possibilitou compreender a percepção das mães em situação de prisão que possuíam filhos abrigados no primeiro semestre de 2016 na cidade de Salvador-Bahia. Como protagonistas desta pesquisa, participaram duas mães. Notou-se que mesmo com o negativo impacto de viverem separadas dos filhos, ambas as mães preferem que seus filhos residam no abrigo, ao invés do presídio ou na casa de outros familiares.

O abrigo para elas é uma instituição que oferece aos filhos uma boa educação, é o local mais adequado para estes crescerem, pois estão próximos de outras crianças, e, de certa forma, próximo delas também.

Igualmente importante nessa pesquisa foi perceber a dicotomia entre as falas de Eugênia e Musa sobre o tempo que possuem para ficar com seus filhos. Se, por um lado, existe uma crítica ao sistema prisional sobre o curto período de visita dos filhos ao presídio (média de quatro horas por semana), em contrapartida, elas avaliam que possuem um bom relacionamento afetivo familiar, mesmo convivendo com os filhos somente neste curto período. Tal discurso pode ser um reflexo da vulnerabilidade social em que vivem, que por estarem presas, acabarem internalizando – e isso o ambiente prisional contribui e muito – que não possuem direitos, que o crime que cometeram não as permite reclamar ou cobrar dos profissionais do presídio/abrigo mais meios que facilitem a manutenção de suas relações familiares de forma qualitativa.

Pode-se inferir que esta pesquisa atingiu seus objetivos no que diz respeito a ter analisado a percepção das mães, que tiveram filhos dentro do presídio, acerca do abrigo onde estes últimos passaram a residir. Contudo, faz-se necessário o desenvolvimento de mais pesquisas, da importância de implementar e dar continuidade a projetos sociais, tais como o do Núcleo de Pesquisa Saúde e Violência (NUPESV), que lida com a vulnerabilidade destas famílias, e contribuem, entre outras coisas, para o fortalecimento dos vínculos familiares e para a garantia de uma melhor saúde física e mental desta população.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias - Infopen Mulheres, 2ª edição - junho de 2016. Departamento Penitenciário Nacional. Ministério da Justiça. 2018. [citado 2020 Mar 04] Disponível em: [http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopenmulheres/infopenmulheres\\_arte\\_07-03-18.pdf](http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopenmulheres/infopenmulheres_arte_07-03-18.pdf).
2. Foucault M. Vigiar e punir: nascimento da prisão; tradução de Raquel Ramallete. 42. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2014.
3. Geniole LI, Kodjaoglanian VL, Vieira CCA. A saúde da família em populações carcerárias, Ed. UFMS: Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal. 2011[citado 2016 Apr 10] Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/152>.
4. Brasil. Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Da atribuição que lhe confere o art. 180 da Constituição (1988), decreta a lei do Código Penal. [citado 2016 Sep 28] Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2848-7-dezembro-1940-412868-publicacaooriginal-1-pe.html>.
5. Armelin BDF. Filhos do cárcere: estudo sobre mães que vivem com seus filhos em regime fechado. v.3, nº 2, Ed. Universitária da PUCRS. 2010. [citado: 2016 mar 27] Disponível em: 49 <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/graduacao/article/view/7901/5586>.
6. Jesus ACF et al. O significado e a vivência do abandono familiar para presidiárias, rev. ciência & saúde. 2015[citado 2016 Apr 26] jan- abr; 8 (1): 19 - 25. Disponível em: <file:///C:/Users/Grupo%20Crescer%20EEUFBA/Downloads/19535-84652-2-PB.pdf>.
7. Quintino SA. Creche na prisão feminina do Paraná – humanização da pena ou intensificação do controle social do estado? Dissertação (Mestrado). Curso de Pós-Graduação em Sociologia, Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Paraná. 2005.
8. Stella C, Sequeira VS. Guarda de filhos de mulheres presas e a ecologia do

desenvolvimento humano. São Paulo: PUC-SP, 2015.

9. Bardin L. Análise de Conteúdo. 5 ed. Lisboa/Portugal: Edições 70, 2011.
10. Fonseca C. Concepções de família e práticas de intervenção: uma contribuição antropológica. Rev. Saude Soc. 2005;14( 2):50-59.
11. Rios TA. As pessoas que a gente não vê. In: NECA, Associação de Pesquisadores dos Núcleos de Estudos e Pesquisas sobre a Criança e o Adolescente. Abrigo: comunidade de acolhida e socioeducação. São Paulo: Instituto Camargo Corrêa, 2006.
12. Brasil. Lei nº 11.942 de 28 de maio de 2009. Dá nova redação aos artigos 14, 83 e 89 da lei no 7.210, de 11 de julho de 1984 – lei de execução penal, para assegurar às mães presas e aos recém-nascidos condições mínimas de assistência. 2009. [citado: 2016 mar 15] Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/lei/l11942.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l11942.htm).
13. Brasil. Lei nº 12.962 de 8 de abril de 2014. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente, para assegurar a convivência da criança e do adolescente com os pais privados de liberdade. Brasília, 2014. [citado: 2016 mar 27] Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato20112014/2014/Lei/L12962.htm#art1](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20112014/2014/Lei/L12962.htm#art1).
14. Bowlby J. Formação e rompimento dos laços afetivos. São Paulo: Martins Fontes, 1982.
15. Bernardi DCF. Acolhida e socioeducação em abrigos In: Cada caso é um caso: estudos de caso, projetos de atendimento / [coordenação da publicação Dayse C. F. Bernardi] . 1. ed. São Paulo: Associação Fazendo História: NECA - Associação dos Pesquisadores de Núcleos de Estudos e Pesquisas sobre a Criança e o Adolescente, 2010.
16. Sayão Y. Desenvolvimento infantil e abrigo. In: Cada caso é um caso: estudos de caso, projetos de atendimento / [coordenação da publicação Dayse C. F. Bernardi]. 1. ed. São Paulo: Associação Fazendo História: NECA - Associação dos Pesquisadores de Núcleos de Estudos e Pesquisas sobre a Criança e o Adolescente, 2010.
17. Gulassa, MLCR. A fala dos abrigos. In: NECA, Associação de Pesquisadores dos Núcleos de Estudos e Pesquisas sobre a Criança e o Adolescente. Abrigo: comunidade de acolhida e socioeducação. São Paulo: Instituto Camargo Corrêa, 2006.

Jessyca Alves das Neves Costa  
jessyanc@gmail.com

Acadêmico de Fisioterapia da Universidade do Estado do Pará. Belém, Pará, Brasil.

Glaucia Andréa Santana da Silva  
gal.watsu@gmail.com

Acadêmico de Fisioterapia da Universidade do Estado do Pará. Belém, Pará, Brasil.

Erica Feio Carneiro Nunes  
erica@perineo.net

Doutora em Ciências da Reabilitação. Professora da Universidade do Estado do Pará. Belém, PA, Brasil.

Angélica Homobono Nobre  
angelica.homobono@gmail.com

Doutora em Psicologia. Professora da Universidade do Federal do Pará. Belém, PA, Brasil.



Faculdade Adventista da Bahia

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

Revista Brasileira de Saúde Funcional  
REBRASF

## TERAPIA HORMONAL NA COMPOSIÇÃO CORPORAL, PERFIL LIPÍDICO, FUNÇÃO PULMONAR E DENSIDADE ÓSSEA DE HOMENS TRANSGÊNEROS

*HORMONE THERAPY IN BODY COMPOSITION, LIPID PROFILE, PULMONARY FUNCTION AND BONE DENSITY OF TRANSGENDER*

### RESUMO

**Introdução:** A terapia com testosterona possui vários efeitos desejados, bem como efeitos adversos. Estes últimos estão descritos como colesterol HDL reduzido, triglicerídeos aumentados e um possível aumento da densidade mineral óssea. **Objetivo:** Verificar a influência da terapia hormonal na composição corporal, perfil lipídico, função pulmonar e densidade óssea de homens transgêneros. **Método:** Estudo observacional, transversal e de caráter quantitativo, aplicado em homens transgêneros do Ambulatório Transexualizador de Belém/PA sob tratamento hormonal há pelo menos 1 (um) ano e mulheres cisgênero do mesmo município. Os voluntários realizaram exames de espirometria, exames laboratoriais e densitometria óssea. **Resultados:** Participaram 60 (sessenta) voluntários, divididos em Grupo experimental (GE) e Grupo Controle (GC). Houve um aumento significativo no Índice de Massa Corporal em comparação com os valores basais, diminuição no HDL e aumento do LDL, significativamente. Houve um aumento significativo dos níveis de triglicerídeos e colesterol após 12 (doze) meses de tratamento. Nenhuma diferença significativa foi encontrada da Densidade Mineral Óssea (DMO) basal na coluna lombar e no colo do fêmur depois de 12 (doze) meses de terapia, ressalvado a DMO do quadril. Na espirometria, o índice de Tiffeneau do GE foi 75% acompanhado de alteração negativa significativa da

### PALAVRAS-CHAVE:

Transexualismo. Testosterona. Espirometria. Tecido Adiposo.

Capacidade Vital Forçada em relação ao GC, porém, ainda dentro do valor previsto de normalidade. **Conclusão:** A administração de testosterona exógena para homens transgêneros foi associada a alterações na composição corporal, perfil lipídico, função pulmonar e densidade mineral óssea. Estudos são necessários para avaliar os riscos a longo prazo da terapia de testosterona.

## ABSTRACT

**Background:** The testosterone therapy has several desired effects as well as unwanted and unknown effects. The latter are described as reduced HDL cholesterol, increased triglycerides and a possible increase in bone mineral density. **Objective:** To verify the influence of hormone therapy on body composition, lipid profile, pulmonary function and bone density of transgender men. **Method:** Observational, Cross-sectional, quantitative study applied in transgender men from the Transsexual Ambulatory of Belém/PA under hormonal treatment for at least 1 (one) year and cisgender women from the same municipality. The volunteers performed a spirometry, laboratory tests and bone densitometry. **Results:** Participated 60 (sixty) volunteers, divided into Experimental Group (EG) and Control Group (CG). There was a significant increase in Body Mass Index compared with baseline, HDL and LDL increase significantly. There was a significant increase in triglyceride and cholesterol levels after 12 (twelve) months of treatment. No significant difference was found in basal bone mineral density (BMD) at the lumbar spine and at the femoral neck after 12 (twelve) months of therapy, except for hip BMD. In spirometry, the EG Tiffeneau index was the 75% accompanied by a significant negative change in Forced Vital Capacity in relation to the CG, however, still within the expected normal value. **Conclusion:** The administration of exogenous testosterone to transgender men was associated with changes in body composition, lipid profile, pulmonary function and bone mineral density. Studies are needed to evaluate the long-term risks of testosterone therapy.

**Keywords:** Transexualism. Testosterone. Spirometry. Adipose Tissue.

## INTRODUÇÃO

As categorias de corpo/sexo/sexualidade são estabelecidas socialmente, baseada na teoria dicotômica masculino/feminino. Entretanto, nas últimas décadas, a transgeneridade ganhou projeção modificando as ideias de gênero<sup>(1,2)</sup>.

Em meio ao segmento de pessoas transexuais, encontram-se os homens transgêneros que são indivíduos designados ao sexo feminino ao nascer, porém se identificam com o gênero masculino. No intuito de alcançar modificações corporais que se assemelhem ao gênero de identificação, estas pessoas recorrem à hormonioterapia, com testosterona e intervenções cirúrgicas, como redesignação sexual e mastectomia<sup>(3)</sup>.

Como forma de atender a essas demandas sociais, foi estabelecido na Portaria n. 2.803 o Ambulatório Transexualizador (TT), a fim de viabilizar a terapia hormonal. Esta destina-se a induzir alterações físicas para simular o sexo desejado. O uso contínuo da testosterona desencadeia efeitos benéficos como alteração na voz e crescimento de pêlos, em contrapartida, existem efeitos colaterais, tais como diminuição do HDL, aumento dos triglicerídeos, mudança na densidade óssea, entre outros<sup>(4)</sup>.

Sabe-se que esses efeitos acarretam riscos à saúde do sujeito, caracterizando um problema de saúde pública. Sob esta perspectiva, nota-se a importância de analisar os efeitos da hormonização nestes indivíduos, de forma que o intuito principal deste trabalho foi verificar como a hormonioterapia com testosterona influencia na composição corporal, perfil lipídico, função pulmonar e densidade óssea de homens transgêneros.

## MÉTODOS

Este foi um estudo observacional, transversal, de caráter quantitativo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Pará (UEPA) (CAAE 75817317.3.0000.5174, parecer 2.451.073). A coleta de dados ocorreu na Unidade de Ensino e Assistência de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (UEAFTO), situada no município do Belém/Brasil, no turno matutino, no período de setembro a novembro de 2017.

Para avaliar os efeitos da hormonioterapia, os participantes do estudo foram divididos em dois grupos: grupo experimental (GE), formado por homens transgêneros matriculados no ambulatório TT; e grupo controle (GC), formado por mulheres cisgêneros, recrutadas na UEAFTO. A amostragem foi por conveniência.

Foram incluídos no estudo homens transgêneros, regulares na hormonioterapia com Durateston® há no mínimo 1 (um) ano, com doses quinzenais, na faixa etária de 18 a 30 anos, cujo prontuário incluisse exames de densitometria óssea e exame de sangue, anteriores ao início da hormonização. No GC foram incluídas mulheres cisgêneros, na faixa etária de 18 a 30 anos. Os critérios de exclusão no GE foram: irregularidade das doses de hormônio e que apresentassem doenças respiratórias. Já no GC, mulheres que tivessem administrado ou com indicação atual ou prévia de testosterona e que apresentassem doenças respiratórias.

A coleta de dados se deu da seguinte forma: os participantes eram convidados a participar da pesquisa e após os cuidados éticos eram encaminhados para a UEAFTO. Os dados colhidos dos prontuários do GE foram: exame de densitometria óssea e bioquímicos de sangue além de outras informações disponíveis (antecedentes médicos e hábitos de vida).

Na UEAFTO foram coletados os dados físicos de ambos os grupos. A antropometria foi dividida em 3 (três) grupos de medidas, que visavam descrever o perfil morfológico dos indivíduos. Foram utilizados os seguintes instrumentos para medição: adipômetro da marca Saehan®, para medição de dobras cutâneas; as medidas de peso e altura foram aferidas em balança antropométrica Welmy® digital modelo PL 150, com capacidade de 150 kg e precisão de 100 g e estadiômetro de alumínio acoplado à balança com capacidade para 2,0 m e precisão de 5 mm.; fita métrica antropométrica com precisão de 0,1cm para as medidas de circunferência da marca Sanny®.

Os dados dos voluntários foram inseridos no programa de computador que conta com o espirômetro de autocalibração empregado (*OneFlow Soft 1.2*). Após cada voluntário ter sido instruído quanto ao procedimento adequado, a espirometria foi realizada com o indivíduo em sedestação e obtidas três curvas espirométricas de acordo com os critérios de aceitabilidade do II Consenso Brasileiro de Espirometria de 2002<sup>(5)</sup>. O teste com os maiores valores de Capacidade Vital Forçada (CVF) e Volume Expiratório Forçado no Primeiro Segundo (VEF1) foi utilizado na análise.

A densidade óssea foi avaliada por meio de densitometria óssea de dupla emissão de raios X (DXA) em três sítios: coluna lombar, colo do fêmur e quadril, expressa em g/cm<sup>2</sup>. O exame foi realizado com densitômetro Hologic – dexta com tecnologia “**FAN BEAM**”.

As medidas de circunferência foram conduzidas da seguinte forma: cintura; abdome e quadril. A circunferência abdominal foi obtida na menor curvatura localizada entre as costelas e a crista ilíaca com fita métrica flexível e inelástica sem comprimir os tecidos. Dobras cutâneas, segundo protocolo de Guedes<sup>(6)</sup> adaptado: bicipital; axilar; tricipital; abdominal; supra ilíaca; Estatura: medida em posição ortostática do chão ao topo da cabeça com o olhar dirigido para frente com estadiômetro com precisão de mm.

Para classificar o estado nutricional dos participantes, utilizou-se o Índice de Massa Corporal (IMC= peso (Kg)/altura (m)<sup>2</sup>). Os valores do IMC foram classificados de acordo com os pontos de corte preconizados pela Organização Mundial da Saúde.

As amostras de sangue foram coletadas por um técnico treinado no Laboratório de Análises Clínicas da UEPA (lipidograma). Os valores de corte para níveis lipídicos anormais (Triglicerídeos, HDL, LDL e Colesterol Total) foram determinados pela diretriz da Sociedade Brasileira de Análises Clínicas<sup>(7)</sup>.

O software Excel 2010 foi adotado para o armazenamento dos dados e confecção das tabelas. Para análise estatística foi empregado o software BioEstat 5.0. Todas as variáveis foram testadas quanto à sua normalidade pelo teste Shapiro-Wilk. Os resultados foram apresentados como média (DP), quando as variáveis apresentaram distribuição normal. O teste t -Student foi utilizado para comparação de duas médias quando a variável apresentou distribuição normal. Adotou-se como nível de significância estatística o valor de  $p \leq 0,05$ .

## RESULTADOS

O estudo iniciou com 40 participantes no GE, porém 10 (dez) foram excluídos por não regularidade do uso das doses de hormônio (7) e desistência do estudo (3), finalizando com 30 voluntários. O GC iniciou com 35 participantes, porém 5 desistiram do estudo, finalizando também com 30 voluntárias. A média de idade do grupo GE foi 25,5 ( $\pm 4,38$ ) e no GC 22,5 ( $\pm 2,06$ ).

A partir da avaliação da totalidade de indivíduos participantes do GE, 21 (70%) eram fumantes e 9 (30%) não fumantes; todos faziam uso de álcool e informaram realizar algum tipo de atividade física regularmente, em contrapartida a 12 (40%) do GC que afirmaram ser sedentárias.

## Composição Corporal (CC)

Ambos os grupos tinham peso comparável, embora os homens trans tivessem menor estatura do que as mulheres controle. O estado nutricional avaliado pelo IMC apontou que 53,3% dos voluntários foram classificados eutróficos (IMC 18,5 – 24,9 Kg/m<sup>2</sup>), 26,6% acima do peso (IMC entre 25 e 29,9 Kg/ m<sup>2</sup>) e 20% estavam obesos (IMC≥30 Kg/m<sup>2</sup>). O IMC aumentou ligeiramente, mas significativamente em relação aos valores basais (início da terapia); O IMC inicial foi de 22,2 Kg/m<sup>2</sup>, em comparação com 25.7 Kg/m<sup>2</sup> após 12 meses.

Verificou-se que os homens transgênero apresentaram valores percentuais de gordura corporal maiores (0,19) que das mulheres controle (0,18). Verificou-se também que na categoria de sobrepeso no GE indivíduos já apresentavam medida de circunferência abdominal elevada. No GE foi encontrada uma composição corporal diferente, com uma cintura significativamente maior e menor circunferência do quadril e uma relação cintura-quadril maior que no grupo feminino (0,89 vs 0,75).

Quanto à classificação do estado nutricional pelo índice de massa corporal e a classificação do risco de complicações metabólicas pela circunferência abdominal (CA), neste estudo, a maioria dos homens apresentou-se eutrófico (53,3%), porém com uma CA desejável em apenas (30%). O IMC ≥25kg/m<sup>2</sup> e CA ≥80cm foram observados, respectivamente, em 46,6% e 70% da amostra. Em contrapartida, o GC apresentou valores aceitáveis destas variáveis em consonância com valores de referência previstos<sup>(8)</sup>.

Estão apresentados na Tabela I as médias, desvio padrão e o p-valor obtido pelo teste t-student acerca do IMC, da relação cintura/quadril e do percentual de gordura.

**Tabela I – IMC e relação cintura/quadril.**

Variáveis	Média	Desvio Padrão	P-valor
<b>IMC</b>			
GE	25,2	± 4,05	p=0,04*
GC	22,7	± 2,77	
<b>Relação C/Q**</b>			
GE	0,89	± 0,04	p=0,0001*
GC	0,75	± 0,04	
<b>Percentual de Gordura</b>			
GE	0,19	± 0.04	p=0,83
GC	0,18	± 0.03	

Fonte: Dados da Pesquisa.

\*Teste t-Student. \*\*Relação C/Q: Relação Cintura/Quadril.

A partir da avaliação da totalidade de indivíduos participantes do GE, 21 (70%) eram fumantes e 9 (30%) não fumantes; todos faziam uso de álcool e informaram realizar algum tipo de atividade física regularmente, em contrapartida a 12 (40%) do GC que afirmaram ser sedentárias.

## Perfil Lipídico

O valor médio dos níveis séricos basais de colesterol total foi  $139,2 \pm 33$  mg/dL, da fração HDL foi  $50,3 \pm 10,6$  mg/dL, da fração LDL foi  $93,6 \pm 27$  mg/dL e dos triglicerídeos foi  $139 \pm 11,42$  mg/dL. Constatou-se que houve diminuição no HDL estatisticamente significativa e tendência ao aumento do LDL, porém sem significância. Houve um aumento significativo dos níveis de triglicerídeos e colesterol após 12 (doze) meses de tratamento. A Tabela II demonstra os valores para colesterol total (CT), LDL, HDL e triglicerídeos (TG).

Os valores de colesterol e triglicerídeos do GE revelaram-se superiores ( $p=0,05$  e  $p=0,02$ ) em relação aos valores basais. Mesmo nesta condição, o colesterol estava em conformidade com o valor de referência. O GE apresentou menores valores do nível de HDL e abaixo do valor de referência.

Nos dados apresentados, examinou-se valores alterados de perfil lipídico quando comparados com os valores de referência, sendo que 22,5% dos homens estavam hipercolesterolêmicos, 19,4% possuíam níveis altos de TG, 39,7% tinham HDL baixo, 8,9% tinham LDL alto e 12,7% LDL muito alto.

**Tabela II - Variáveis relacionadas ao perfil lipídico.**

Variáveis	Média	Desvio Padrão	P-valor
<b>Colesterol Total</b>			
Antes	139,2	$\pm 33$	$p= 0,05^*$
Depois	171,7	$\pm 25,2$	
<b>HDL</b>			
Antes	50,3	$\pm 10,62$	$p= 0,01^*$
Depois	39,1	$\pm 4,12$	
<b>LDL</b>			
Antes	93,6	$\pm 27,0$	$p= 0,78$
Depois	95,2	$\pm 24,6$	
<b>Triglicerídeos</b>			
Antes	139,0	$\pm 11,42$	$p= 0,02^*$
Depois	153,4	$\pm 12,22$	

Fonte: Dados da pesquisa.

\*Teste t-Student.

## Espirometria

A Tabela III mostra os valores médios de Pico de Fluxo Expiratório (PFE), VEF1, CVF e Índice de Tiffeneau (VEF1/CVF) obtidos na amostra. Notou-se que o GE apresentou menor média em relação ao GC do Pico de Fluxo Expiratório e do Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo, porém não houve significância estatística. Entre os voluntários, a média da CVF diferiu significativamente, apontando maior valor para o GC ( $3,41 \pm 0,83$ ;  $p = 0,02$ ). O Índice de Tiffeneau apresentou o valor de 75,5% para os homens trans e 94,1% para mulheres controle.

**Tabela III - Variáveis relacionadas à Espirometria.**

Variáveis	Média	Desvio Padrão	P-valor
<b>PFE</b>			
GE	257,0	± 76,0	p=0,30
GC	284,0	± 34,5	
<b>VEF1</b>			
GE	2,58	± 0,33	p = 0,62
GC	2.82	± 0,71	
<b>CVF</b>			
GE	2,98	± 0,15	p = 0,02*
GC	3,41	± 0,83	
<b>VFE1/CVF</b>			
GE	75,5	± 7,72	p < 0,0001*
GC	94,1	± 4,67	

Fonte: Dados da Pesquisa.

\*Teste t-Student. PFE: Pico de Fluxo Expiratorio; VEF1: Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo, CVF: Capacidade Vital Forçada; VFE1/CVF: Índice de Tiffeneau.

### Densitometria

Foi encontrada diferença na Densidade Mineral Óssea (DMO) basal e DMO depois de 12 (doze) meses no GE. Conforme mostrado na Tabela IV, houve aumento significativo na área do colo do fêmur ( $5,1 \pm 0,53 \text{ cm}^2$ ) e na área e massa óssea do quadril ( $35,3 \pm 3,0 \text{ cm}^2$ ;  $33,9 \pm 5,0 \text{ g}$ ). A DMO na coluna lombar manteve-se inalterada após 12 (doze) meses de tratamento hormonal.

**Tabela IV – Média e desvio padrão dos valores mensurados pela DMO da coluna lombar, colo do fêmur e do quadril esquerdo antes e após a hormonização do GE.**

	Antes	Depois
<b>Coluna Lombar</b>		
Área óssea( $\text{cm}^2$ )	59.4 (6,1)	59.5 (5.5)
CMO(g)	61.3 (10.2)	63.2 (10.8)
DMO( $\text{g}/\text{cm}^2$ )	1.03 (0.10)	1.06 (0.11)
<b>Colo do Fêmur</b>		
Área óssea( $\text{cm}^2$ )	5.0 (0.3)	5.1 (0.53)
CMO(g)	4.1 (0.7)	4.2 (0.5)
DMO( $\text{g}/\text{cm}^2$ )	0.82 (0.11)	0.84 (0.10)
<b>Quadril</b>		
Área óssea ( $\text{cm}^2$ )	34.5 (2.9)	35.3 (3.0)
CMO (g)	32.9 (4.4)	33.9 (5.0)
DMO( $\text{g}/\text{cm}^2$ )	0.96 (0.12)	0.95 (0.10)

Fonte: Dados da Pesquisa.

CMO: Conteúdo Mineral Ósseo. DMO: Densidade Mineral óssea.

## DISCUSSÃO

A mudança física para harmonizar a identidade de gênero com o gênero designado ao nascer traz implicações em vários aspectos: físicos, psicossociais, familiares e legais. Neste sentido, este estudo constatou que a hormioterapia altera a composição corporal, perfil lipídico, função pulmonar e densidade óssea de homens transgêneros.

Dessa forma, observou-se que os homens transgêneros deste estudo tiveram a CC alterada após 12 (doze) meses de uso de testosterona, principalmente o IMC e a relação cintura quadril. O IMC destes homens, de acordo com os valores de referência do Ministério da Saúde<sup>(8)</sup>, os classifica com sobrepeso. Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos<sup>(9-11)</sup> que indicam o aumento do IMC após 12 (doze) meses de terapia.

Foi observado na categoria sobrepeso que os homens trans já apresentavam medida de CA de risco, confirmando a presença de obesidade abdominal mesmo em indivíduos com IMC inferior a 30. Esse dado pode ser explicado pelo fato de que os indivíduos avaliados por este estudo não realizavam acompanhamento nutricional ou hábitos alimentares saudáveis.

Considerando essa tendência crescente do sobrepeso e obesidade na população transgênero e a sua associação com fatores de risco cardiovasculares reforçada em nosso estudo, intervenções visando reduzir o peso corporal, em especial a gordura central, são de extrema importância para a prevenção e controle das doenças cardiovasculares nessa população<sup>(9)</sup>.

Análise de dados bioquímicos mediante o tratamento com testosterona tem sido alvo de diversos estudos<sup>(10-12)</sup>. No presente estudo, a amostra apresentou um perfil lipídico predominantemente desfavorável, apontando elevado percentual do GE com hipercolesterolemia e HDL baixo, o que alerta para um maior risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares neste grupo.

A hipercolesterolemia apresentada pelos homens trans deste estudo também foi observada por Deutsch et al<sup>(11)</sup>.

Considerando a importância de fatores ligados ao estilo de vida na etiologia da obesidade e doenças cardiovasculares, avaliou-se a frequência do tabagismo, do sedentarismo e do consumo de bebidas alcoólicas e verificou-se que, ao contrário de resultados encontrados em outros estudos<sup>(13,14)</sup>, todos os indivíduos praticavam alguma atividade física, e desses, 77% a faziam pelo menos três vezes por semana por quarenta minutos. Maior frequência de tabagismo e de consumo de bebidas alcoólicas foi observada entre os homens transgênero, como encontrado em outros estudos<sup>(13,15)</sup>.

Observou-se, neste estudo, que o CT e LDL tendem a aumentar conforme se eleva o IMC, e que os homens com sobrepeso e obesos apresentaram a menor média de HDL se comparados àqueles eutróficos. Otti et al.<sup>(13)</sup> e Velho et al.<sup>(14)</sup>, em seus estudos, observaram associação entre aumento do peso corporal e níveis aumentados de TG e reduzidos de HDL.

Observou-se ainda que quanto maior a CA, menor foram os valores médios de HDL e maior de LDL dos participantes do estudo. Otti et al.<sup>(13)</sup> observaram que indivíduos com obesidade abdominal apresentaram maior prevalência de hipertensão arterial sistêmica, diabetes e dislipidemias em relação àqueles que não apresentaram excesso de gordura abdominal, consequentemente, maior risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

O aumento do colesterol total e triglicerídeos também foi observado em outros estudos<sup>(13,17,18)</sup>

com homens transgêneros, porém, Jacobeit et al.<sup>(19)</sup> encontraram uma diminuição no colesterol total e colesterol LDL, e Langsted et al.<sup>(7)</sup> não encontraram mudanças significativas nestas variáveis. Diversos pesquisadores indicaram que os níveis de triglicerídeos não mudaram após 12 (doze) meses de hormonioterapia<sup>(20)</sup>, já os níveis de HDL diminuíram em outros estudos<sup>(11,12,17,20)</sup>. Uma revisão sistemática e meta-análise sobre os efeitos de diferentes andrógenos sobre o risco cardiovascular encontraram um aumento significativo dos triglicerídeos em homens transgêneros que utilizavam testosterona<sup>(21)</sup>.

A espirometria é uma ferramenta imprescindível na detecção de alterações ventilatórias obstrutivas em indivíduos sem história de alterações pulmonares, que estão na base das doenças respiratórias crônicas mais prevalentes e subdiagnosticadas no Brasil<sup>(22)</sup>.

Quanto ao Índice de Tiffeneau, os valores de ambos os grupos apresentaram-se no valor de referência previsto, porém em relação ao GC, os homens trans expressaram menor valor de Índice, significativamente. O índice de Tiffeneau evidencia um padrão obstrutivo quando menor que 75%. Este resultado sugere que o uso do *binder* por tempo prolongado implica em possível alteração da função pulmonar, com dificuldade de passagem de fluxo aéreo. Sob uma perspectiva global, os dados espirométricos apresentados aqui refletem possíveis efeitos deletérios do uso contínuo do *binder*. Os voluntários relataram falta de ar, tolerância reduzida ao exercício e dificuldade na fala. A monitorização da função pulmonar em usuários da faixa de compressão torácica é recomendada<sup>(23)</sup>.

Em relação ao DMO, no presente estudo, o aumento modesto observado na área do colo de fêmur e área e massa óssea do quadril pode ser atribuída aos efeitos indiretos da testosterona. Da mesma forma, Van Kesteren et al.<sup>(24)</sup> relataram maior DMO em cortes locais (colo do fêmur, quadril e coluna lombar), bem como maior tamanho ósseo em homens trans em comparação com mulheres cisgênero. Isso se deve à aquisição de massa óssea trabecular e consequentemente trabéculas ósseas mais espessas comparadas com o valor basal. O aumento no marcador de formação óssea em homens trans foi relatado durante os primeiros 2 (dois) anos de tratamento com testosterona e aumentos maiores foram observados em homens trans após o tratamento a longo prazo com testosterona em comparação com mulheres controle<sup>(24,25)</sup>.

Em contraste com Turner et al.<sup>(26)</sup>, que descreveram um aumento da DMO no sítio da coluna lombar (CL) durante o tratamento com testosterona em pacientes transexuais ao longo de um período de 2 (dois) anos, verificou-se no presente estudo que não houve aumento significativo, mas sim a manutenção da DMO na CL (L2-L4) durante um período de 12 (doze) meses. Van Wiepjes et al.<sup>(27)</sup> também não relataram aumento na DMO ocorrida na coluna lombar em homens transgênero tratados com testosterona.

As limitações deste estudo foram: devido à raridade da condição, o tamanho da amostra foi pequeno, com implicações para poder estatístico. Para além disso, a adaptação individual dos homens transgêneros pode ter sido subestimada. Os resultados podem não ser representativos para homens trans em outras idades, raças, nível educacional, locais ou disponibilidade de internet. Medicamentos e doses notificados pela amostra transgênera podem diferir do que é realmente adotado pelos sujeitos.

Sabe-se ainda que a administração de testosterona antes do acompanhamento no Ambulatório TT é muito comum, apesar de não haver relatos entre o GE. Contudo, de acordo com a literatura atual, os parâmetros ósseos basais (início do tratamento) foram semelhantes àqueles

que não fazem terapia hormonal. Além disso, faltam informações sobre ingestão geral de cálcio, que pode ser relevante na interpretação dos dados ósseos<sup>(27)</sup>.

## CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo sugerem que a terapia hormonal à base de testosterona pode influenciar em variáveis corporais e metabólicas de homens transgêneros. Entre elas, destacam-se: alterações significativas na composição corporal e densidade mineral óssea de quadril total. Soma-se a estas alterações hábitos adotados por estes indivíduos para suprimir características típicas do sexo de nascença como o uso contínuo de *binder* com prejuízos secundários aos valores pulmonares. Porém, reconhecem-se as limitações deste estudo, como as características e tamanho da amostra e o curto período observado. Novos ensaios devem ser realizados a fim de elucidar os efeitos da terapia hormonal a longo prazo.

Mediante os dados encontrados neste estudo, é notória a necessidade de vigilância primária multiprofissional no tocante ao processo transexualizador, haja vista suas implicações no organismo. Entre elas, destacam-se as repercussões respiratórias e lipídicas que coincidem com a gama de atuação profissional do fisioterapeuta. Neste sentido, a atuação fisioterapêutica na equipe se dá com o intuito de ações de conscientização, vigilância, prevenção e, quando necessário, reabilitação de possíveis comprometimentos.

## REFERÊNCIAS

1. Sampaio LLP, Coelho MTAD. Transexualidade: aspectos psicológicos e novas demandas ao setor saúde. *Interface*. 2012;6(42):637-49.
2. Bento B, Pelucio L. Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. *Rev. Est. Fem.* 2012;20(2):559-68.
3. Silva MJM, Bezerra AD, Sousa RA, Ferreira FPF, Fernandes FFP. (Trans)pondo os limites do corpo e da mente estudo sobre transgeneridade. In: Colóquio nacional representações de gênero e sexualidades, 12. 2016, Campina Grande. 12 CONAGE. Campina Grande: Realize, 2016;1(1):12.
4. Costa EMF, Mendonça BB. Clinical management of transsexual subjects. *Arq. Brasil. Endoc. Metab.* 2014;58(2):188-196.
5. Pereira CAC. II Consenso de Espirometria. *J Pneumol.* 2002; 28 (3 Supl): s1-s80.
6. Guedes DP. Composição corporal: princípios, técnicas e aplicações. 2 ed. Londrina: APEF; 1994
7. Langsted A, Mora S, Kolovou G, Baum H, Bruckert E, et al. Fasting is not routinely required for determination of a lipid profile: clinical and laboratory implications including flagging at desirable concentration cutpoints *Clin Chem.* 2016 Jul 1;37(25):1944-58.
8. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. *Cad Aten Bas.* 2014; (38): 212.
9. Mueller A, Kieseewetter F, Binder H, Beckmann MW, Dittrich R. Long-term

administration of testosterone undecanoate every 3 months for testosterone supplementation in female-to-male transsexuals. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2007 Set; 92(9): 3470-75.

10. Quirós C, Patrascioiu I, Mora M, Aranda GB, Hanzu FA, Gómez-Gil E, et al. Effect of cross-sex hormone treatment on cardiovascular risk factors in transsexual individuals. Experience in a specialized unit in Catalonia. *Endocrinología y Nutrición (English Edition)*. 2015; 62(5): 210-16.

11. Deutsch MB, Bhakri V, Kubicek K. Effects of cross-sex hormone treatment on transgender women and men. *Obstetrics and Gynecology*. 2015; 125(3): 605-610.

12. Gooren L, Hormone Treatment of the Adult Transsexual Patient. *Horm Res*. 2005; 64(suppl 2): 31-6.

13. Ott J, Aust S, Promberger R, Huber JC, Kaufmann U. Cross-sex hormone therapy alters the serum lipid profile: a retrospective cohort study in 169 transsexuals. *The Journal of Sexual Medicine*. 2011;(8):2361-9.

14. Velho I, Figuera TM, Ziegelmann, PK, Spritzer, PM. Effects of testosterone therapy on BMI, blood pressure, and laboratory profile of transgender men: a systematic review. *Andrology*. 2017;5(5):881-88.

15. Velásquez-Meléndez G, Kac G, Valente JG, Tavares R, Silva CQD, Garcia ES. Evaluation of waist circumference to predict general obesity and arterial hypertension in women in Greater Metropolitan Belo Horizonte, Brazil. *Cad. Saúde Pública*. 2002; 18(3): 765-771.

16. Cupisti S, Giltay EJ, Gooren LJ, Kronawitter D, Oppelt PG, Beckmann MW, et al. The impact of testosterone administration to female-to-male transsexuals on insulin resistance and lipid parameters compared with women with polycystic ovary syndrome. *Fertility and Sterility*. 2010;(94):2647-53.

17. Wierckx K, Mueller S, Weyers S, Van Caenegem E, Roef G, Heylens G, et al. Long-term evaluation of cross-sex hormone treatment in transsexual persons. *Journal of Sexual Medicine*. 2012; (9); 2641–2651.

18. Giltay E, Toorians A, Sarabdjitsingh A, De Vries N, Gooren L. Established risk factors for coronary heart disease are unrelated to androgen-induced baldness in female-to-male transsexuals. *Journal of Endocrinology*. 2004; 180; 107-112.

19. Jacobeit JW, Gooren LJ, Schulte HM. Safety aspects of 36 months of administration of long-acting intramuscular testosterone undecanoate for treatment of female-to-male transgender individuals. *European Journal of Endocrinology*. 2009;4(5):1479-84.

20. Jacobeit JW, Gooren LJ, Schulte HM. Long-acting intramuscular testosterone undecanoate for treatment of female-to- male transgender individuals. *The Journal of Sexual Medicine*. 2007;4(5):1479-84.

21. Elamin MB, Garcia MZ, Murad MH, Erwin PJ, Montori VM. Effect of sex steroid use on cardiovascular risk in transsexual individuals: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Endocrinology*. 2010;72:1-10.

22. Castro PCA, Sato T, Rodrigues SC. Novos valores de referência para espirometria forçada em brasileiros adultos de raça branca. *J. Bras. Pneumol*. 2006; 33(4): 397-406.

23. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Transexualidade e travestilidade na saúde*. Brasília.

2015; 194.

24. Van Kesteren P, Lips P, Gooren LJ, Asscheman H, Megens J. Long-term follow-up of bone mineral density and bone metabolism in transsexuals treated with cross-sex hormones. *Clinical Endocrinology*. 1998; (48); 347–354.

25. Van Caenegem E, Wierckx K, Taes Y, Schreiner T, Vandewalle S, Toye K, et al. Body composition, bone turnover, and bone mass in trans men 34 during testosterone treatment: 1-year follow-up data from a prospective case -controlled study (ENIGI). *European Journal of Endocrinology*. 2015; (172): 163-171.

26. Turner A, Chen TC, Barber TW, Malabanan AO, Holick MF, Tangpricha V. Testosterone increases bone mineral density in female-to-male transsexuals: a case series of 15 subjects. *Clinical Endocrinology*. 2004; 61(5); 560–566.

27. Wiepjes CM, Mariska CV, Maartje K, Nienke MN, Christel JMDB, Renate TDJ et al. Bone Mineral Density Increases in Trans Persons after One Year Hormonal Treatment: A Multicenter Prospective Observational Study. *Journal Of Bone And Mineral Research*. 2017: 32(6): 1252-60.

# 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](http://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](http://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”