

CONSELHOS DE SAÚDE: ANÁLISE DO FUNCIONAMENTO DOS ESPAÇOS DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Health Councils: Analysis of the Functioning of Spaces of Social Participation

Suzely Adas Saliba Moimaz¹, Luciana Schneider², Ana Valéria Pagliari Tiano³, Cléa Adas Saliba Garbin⁴, Gabriella Barreto Soares⁵, Nemre Adas Saliba⁶

-
1. Professora titular da Faculdade de Odontologia de Araçatuba da Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho.
 2. Doutoranda em Sociologia da Universidade Federal do Paraná.
 3. Coordenadora de Prevenção em Saúde Bucal da Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu.
 4. Professora Adjunta da Faculdade de Odontologia de Araçatuba da Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho
 5. Mestranda da Faculdade de Odontologia de Araçatuba da Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho.
 6. Professora titular da Faculdade de Odontologia de Araçatuba da Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho.

► **CONTATO:** Gabriella Barreto Soares | Unesp | Rua José Bonifácio, 1193 | Vila Mendonça | CEP 16015-050 | Araçatuba | SP | Brasil | E-mail: gabriella.barreto@yahoo.com.br | Telefone: 01836363249

Financiamento: Auxílio Pesquisa / Agência FAPESP

Resumo

Os Conselhos de Saúde surgem no cenário brasileiro, após inúmeras tentativas de conquista da descentralização e municipalização político-administrativa, como importante instrumento de controle social na saúde. Nesta perspectiva, objetivou-se neste estudo analisar as bases legais e o funcionamento dos Conselhos de Saúde de cinco municípios adstritos à 2ª Regional de Saúde do Estado de São Paulo. A abordagem metodológica foi descritiva exploratória, sustentada a partir de pesquisa documental realizada por meio de análise da legislação municipal em vigor, das atas referentes às reuniões ocorridas em um período de dois anos, além de entrevistas semiestruturadas com os presidentes dos Conselhos Municipais de Saúde. Os resultados evidenciaram o caráter figurativo dos membros dos conselhos estudados no exercício de suas funções, revelando a presença apenas física de representantes dos segmentos previstos na resolução 333/03, sem, portanto, a efetiva participação dos mesmos.

PALAVRAS-CHAVE: Conselhos de Saúde, Gestão em saúde, Política de saúde.

Abstract

The Health Councils appears in the Brazilian scene, after innumerable attempts of improvement in the political and administrative's decentralization and regionalization, like subsystems of the social

security's in the health, whose main function is to improve the social control in this area. In this perspective, this article has as objective to analyze the legal basis and functioning of the Health Councils in five municipalities from 2nd Regional Health in the state of São Paulo. The methodological approach was descriptive exploratory, sustained from desk research conducted by analysis of municipal legislation in force, the minutes of the meetings held over a period of two years, and semi-structured interviews with the Presidents of Municipal Councils Health. The results show the figurative character of the studied councils' members in their functions, revealing only the physical presence of the representative segments' in the resolution 333/03, without their effective participation.

KEYWORDS: Health Councils, Health management, Health Policy.

Introdução

Os Conselhos de Saúde (CS), vistos como elementos primordiais na construção da cidadania e importante instrumento de controle social^{1,2}, surgem no cenário brasileiro no período Pós-Reforma Sanitária, após inúmeras tentativas de conquista da descentralização e municipalização político-administrativa na saúde³. Apresentam caráter permanente e deliberativo, e são órgãos que têm por finalidade consolidar uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde, a participação social⁴. O CS atua na construção, execução e fiscalização das políticas de saúde, defendida pela Constituição Cidadã⁵, regulamentada pela Lei nº 8.142/906, que dispõe sobre a sua formação, bem como da realização de conferências de saúde nas três esferas de governo.

Nesse sentido, apesar da aquisição de um respaldo jurídico consistente, foi necessária, ainda, a criação de uma regulamentação prática para o funcionamento dos conselhos que culminou na aprovação da Resolução nº 33/927, atualizada pela Resolução nº 333/038. Constam nesses documentos orientações importantes para a estruturação dos CS, na qual contribui para que o conselheiro de saúde conheça as suas atribuições e os aspectos relevantes do exercício da sua função, imprescindível para a resolução dos principais problemas relacionados à saúde no âmbito de cada esfera de gestão.

Embora os CS tenham importante papel na descentralização das ações de saúde, no controle

do cumprimento de seus princípios e na promoção da participação da população no pensar e fazer saúde⁹, percebe-se a existência de uma série de problemas que comprometem sua eficácia. Inúmeras evidências têm demonstrado apenas a existência formal dos espaços de controle social, o que não assegura a participação política da sociedade^{2,10}.

Os problemas relacionados à composição e representatividade nos conselhos têm sido frequentes e difíceis de serem solucionados. Muitos dos espaços de participação social não respeitam os princípios da paridade, e os critérios de escolha de seus membros não são claros. Observam-se, em muitos casos, interesses políticos na escolha de conselheiros e, desta forma, estes acabam por não representar verdadeiramente os interesses dos cidadãos comuns¹¹. Outra questão que compromete a eficácia dos CS é o fato de estes serem pouco conhecidos pela população, e suas propostas e iniciativas não são divulgadas para a comunidade. Isso leva a um desconhecimento sobre o conselho, representando uma baixa adesão da população nos processos decisórios locais¹².

Nessa perspectiva, estudos sobre a composição do CS, bem como sua atuação, são fundamentais para contribuir na formação de lideranças comunitárias, além de informar a população a respeito da importância da participação social. Diante disso, nessa pesquisa o objetivo foi analisar o funcionamento dos Conselhos de Saúde de cinco

municípios pertencentes à 2ª Regional de Saúde do Estado de São Paulo, para conhecer o perfil dos conselheiros e sua participação nos processos decisórios, verificar os assuntos abordados nas reuniões, além de avaliar a legislação municipal em vigor.

Metodologia

A pesquisa foi realizada nos CS de cinco municípios integrantes da 2ª Regional de Saúde do Estado de São Paulo, os quais são distritos de pequeno porte, localizados na região noroeste paulista, que guardam entre si características geográficas, políticas e socioeconômicas semelhantes, com populações em média de 5.300 habitantes¹³, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) calculado entre 0,757 e 0,80914 e agricultura como a principal atividade econômica.

O estudo caracterizou-se metodologicamente como uma abordagem descritiva e exploratória, sustentada a partir de pesquisa documental realizada por meio de análise da legislação municipal em vigor, das atas referentes às reuniões ocorridas em um período de dois anos, além de entrevistas semiestruturadas com os presidentes dos Conselhos Municipais de Saúde.

Na análise da legislação municipal as seguintes variáveis foram consideradas: ano de instituição do CS, a composição, os segmentos representados, a forma de escolha do presidente e o respeito às normas previstas na Resolução 333/03 sobre o seu funcionamento⁸.

Na avaliação das atas das reuniões consideraram-se os registros relativos à periodicidade das reuniões, número de conselheiros presentes, e a frequência das áreas temáticas contempladas, cujos temas foram categorizados em: responsabilidades e administração interna do conselho municipal de saúde, orçamento em saúde, programação e organização da prestação de serviços, vigilância em saúde, comunidade e ações intersetoriais, notícias e eventos em saúde¹⁵.

As entrevistas com os presidentes foram realizadas com auxílio de um roteiro composto por questões abertas e fechadas sobre os seguintes aspectos: perfil do presidente (idade, gênero, nível de escolaridade e ocupação), sua representação no conselho e forma de escolha para presidi-lo, composição do conselho, existência de Regimento Interno, periodicidade das reuniões, participação dos conselheiros em cursos de capacitação, realização de Conferências Municipais de Saúde, organização e infraestrutura disponíveis, opinião pessoal sobre a existência de dificuldades para o exercício das funções de conselheiro e de presidente do conselho.

Esse estudo atendeu aos procedimentos previstos na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovada previamente pelo Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos da instituição em que este trabalho foi realizado (processo nº 0217-05).

Resultados e Discussão

Apontado como a principal inovação política do SUS, o sistema de participação social adotado no Brasil difere da maioria das experiências internacionais pela função deliberativa exercida, podendo o cidadão participar diretamente do processo de tomada de decisões¹⁶, o que destaca a importância de conhecer o funcionamento dos Conselhos para que a população entenda e participe dos processos decisórios sobre o SUS.

No entanto, como afirma Fucks¹⁷: *“A mera institucionalização dessas arenas, embora tenha valor em si, não é condição suficiente para que a participação política ocorra em ‘sintonia fina’ com o espírito da Constituição Federal de 1988...”*.

Os documentos analisados aliados às informações fornecidas pelos presidentes dos conselhos estudados permitiram a constatação de alguns elementos de entrave ao adequado andamento dos mecanismos de controle social e participação comunitária nestes municípios. Estes problemas, muitas vezes vivenciados em outras localidades brasileiras, podem ser atribuídos à falta

de tradição de participação e de cultura cívica do país¹⁸.

Legislação referente à criação, composição e funcionamento dos conselhos

Na análise da legislação referente aos CS, foi observado que os mesmos foram instituídos por leis municipais entre 1991 e 1997, sendo que três deles passaram por modificações na legislação, com as últimas adequações realizadas entre os anos de 2004 e 2006, ou seja, após a elaboração da resolução 333/038, entretanto em um dos Conselhos, mesmo após as mudanças, as novas leis estavam em desacordo com a resolução. Nos outros que não atualizaram a legislação havia irregularidades no texto em relação à eleição do presidente e à paridade dos representantes. Segundo levantamento realizado pelo Conselho Nacional de Saúde, 11% dos Conselhos Municipais de Saúde instalados no país e 14% dos instalados no Estado de São Paulo apresentam alguma irregularidade na legislação no que se refere a adequações em relação à resolução 333/0319.

Em relação à composição dos CS estudados, pode-se observar que a nomeação dos membros se efetivava por publicação de decretos (2 CS), por portarias (2CS) ou utilizavam-se ambas as formas (1 CS), sendo verificada discrepâncias desses documentos com a legislação municipal, de modo que o número de conselheiros nomeados e as entidades por eles representadas diferiam do que é exigido por lei.

O pluralismo é a primeira característica exigida na composição desses órgãos, já que garante a força dos Conselhos. Caso não seja observada essa diversidade, e algum segmento predomine sobre os demais, sejam usuários, trabalhadores da saúde, prestadores de serviços ou o próprio governo, o Conselho se enfraquece⁴.

Quanto ao Regimento Interno dos Conselhos, apenas dois CS apresentavam tal documento, e o restante informou sobre a necessidade de

elaboração. No único documento disponibilizado para análise, notou-se que constava a regulamentação do funcionamento do CS, de acordo com as resoluções e 333/03.

Presidência dos conselhos

A entrevista com os presidentes dos conselhos estudados revelou que a idade média foi de 42 anos, variando entre 27 e 60 anos, 3 deles eram do gênero masculino, 4 tinham curso superior completo e 1, ensino médio completo. Apenas 2 dos responsáveis pelos conselhos tinham formação na área da saúde.

Quanto ao segmento de origem, assim como na maioria dos municípios brasileiros e paulistas, a presidência da maioria dos conselhos estudados era exercida pelo gestor da saúde²⁰. A Resolução nº 333/03 informa que o presidente do CS deve ser eleito entre os membros do mesmo conselho, o que não se observou na legislação de dois dos municípios estudados, na qual foi informado que a presidência é ocupada pelo gestor da saúde no município (Secretário ou Diretor Municipal da Saúde), membro nato do conselho. Foi observado também em um dos CS que os documentos oficiais não registravam a forma de escolha do presidente e quem desempenhava este papel era o Secretário da Saúde. Nos dois conselhos em que a legislação informava que o presidente deveria ser escolhido por eleição, apenas em um ocorreu a votação de fato e o ocupante do cargo provinha do segmento dos usuários, e no outro o presidente era novamente o gestor da saúde, “convidado” a exercer o cargo. Essa irregularidade também foi detectada nos estudos de Van Stralen et al.¹⁰ e Cotta et al.²¹.

As dificuldades no cumprimento das tarefas foram relatadas pelos presidentes, devendo ser destacadas: falta de tempo, dificuldade de solicitar ampliação dos serviços de saúde, e até mesmo falta de conhecimento. Quanto às dificuldades enfrentadas pelos conselheiros foram relatadas: a dificuldade de conciliar os horários, o curto prazo para análise dos documentos, além da falta de qualificação dos membros. Com isso, destaca-se a

importância da capacitação dos conselheiros, na qual é possível obter mudanças na compreensão das suas funções, o que comprova uma melhora na sua atuação nos CS22.

As iniciativas de capacitação dos conselheiros têm sido propostas para reforçar a relação da formação profissional com o controle social na gestão em saúde²³. A realização de capacitações dos conselheiros é de suma importância para o fortalecimento do controle social, visto que o repasse de informações sobre as leis que regem o SUS e os conteúdos que os conselheiros precisam dominar para o exercício pleno de suas atribuições são essenciais para a consolidação e a compreensão do princípio de participação social^{24,25}.

Atuação, Estrutura e funcionamento dos conselhos

A realização de Conferências Municipais de Saúde deve acontecer a cada dois anos, com a finalidade de avaliar e propor as diretrizes para formulação da política de saúde⁶ e, entretanto, no presente estudo, apenas em dois dos municípios analisados foram realizadas Conferências de Saúde.

Em relação à infraestrutura, nenhum dos conselhos estudados possuía uma sede própria, em geral esses conselhos se utilizavam de salas emprestadas nas Unidades de Saúde, hospitais ou clubes locais, que ofereciam pouco ou nenhum espaço para participação da população nas reuniões. O acesso aos meios de comunicação, como telefone, fax, computador, internet e copiadora, se deu por meio dos equipamentos das Unidades de Saúde ou Prefeitura. Esta situação mostra a falta de apoio político do município para a atuação dos conselhos, o que torna um impasse para realização da gestão participativa¹⁰.

A comunicação das deliberações ocorria por meio de jornal local em 3 conselhos, enquanto que os demais não estabeleceram forma própria. Segundo Van Stralen et al.¹⁰, a divulgação precária das ações dos conselhos, por intermédio de apenas um instrumento, não garante que a população tome conhecimento das decisões e afeta a legitimidade

do processo. Esse fato tem sido destacado em outros estudos^{16, 26-28} como aspecto importante a ser aprimorado, no sentido dos conselhos serem mais eficientes no contato com a população e com as próprias entidades representadas.

Registros das reuniões

Na tabela 1 pode-se observar o número de reuniões realizadas em cada CS de saúde estudado, sendo a periodicidade proposta pela legislação municipal não cumprida, tal fato também é observado na maioria dos conselhos instalados no país e no estado de São Paulo¹⁹. A ausência de uma agenda predefinida sobre a data de realização das reuniões implica no não cumprimento da legislação, sendo recomendado que o plenário do conselho se reúna no mínimo a cada mês e, extraordinariamente, quando necessário, sendo essencial que sejam encaminhados com antecedência aos conselheiros a pauta e material de apoio para as reuniões²⁴.

Tabela 1. Número de reuniões e interrupções ocorridas nos Conselhos de Saúde estudados pertencentes à 2ª Regional de Saúde do Estado de São Paulo, Brasil.

MUNICÍPIO	PERÍODO DE ESTUDO	NÚMERO DE REUNIÕES	INTERRUPÇÕES
A	4 meses	08	0
B	24 meses	19	6 meses
C	18 meses	10	10 meses
D	21 meses	18	8 meses
E	21 meses	20	4 meses

Em todos os conselhos os assuntos mais debatidos trataram da programação e organização dos serviços municipais de saúde e das questões relativas ao orçamento, esses dados corroboram com os achados de Alves-Souza e Saliba¹⁵, que afirma que o registro de várias intervenções relacionadas ao orçamento mostra o avanço na sistemática de investimentos em saúde, além do reconhecimento como um importante aliado na investigação do destino do dinheiro a ser gasto com a saúde (Tabela2).

Tabela 2. Frequência das principais temáticas abordadas nas reuniões dos Conselhos de Saúde estudados pertencentes à 2ª Regional de Saúde do Estado de São Paulo, Brasil.

MUNICÍPIO	Responsabilidades e administração interna do CS	Orçamento em saúde	Programação e organização dos serviços	Vigilância em saúde	Notícias e Eventos	Comunicações e Ações Intersetoriais
A	3	5	7	2	1	0
B	3	12	6	4	2	0
C	2	7	7	2	3	1
D	2	10	8	2	1	1
E	2	5	9	3	3	0
TOTAL	12	39	37	13	10	2

Assim como constatado em estudos realizados com outros conselhos^{3,17,18}, o vocabulário utilizado pelos gestores e técnicos nas reuniões tem sido apontado como empecilho à participação, o que muitas vezes influencia a tomada de decisões ou silencia os demais membros, constituindo, dessa forma, um importante recurso de poder, na medida em que as informações podem ser sonegadas, divulgadas em parte ou manipuladas. Em uma das atas analisadas a pauta da reunião era sobre esclarecimentos em relação a “atitudes de contenção de despesa”. Ao ser questionado, o Secretário de Saúde (Presidente) informou que “estava agindo segundo a lei de responsabilidades fiscais” e assim não houve mais questionamentos.

Embora em todos os municípios a maioria das reuniões contasse com a presença de representantes de usuários em maior número que os outros segmentos, em poucas situações há registro da sua manifestação. Quando o fizeram, percebeu-se que falaram por si e não pelas entidades que representavam. Os temas apresentados fizeram parte de situações vivenciadas por eles e não por assuntos discutidos entre seus pares e levados ao conhecimento do conselho. Para Serapioni e Romaní¹⁶ o termo “representante” não deveria ser empregado, já que na maioria dos casos não há mecanismos formais de delegação para que grupos e categorias elejam seus representantes. Wendhausen e Caponi³ afirmam que não parece claro para alguns

conselheiros que sejam representantes de um grupo ao qual tem obrigação de prestar contas.

Considerações Finais

Embora a instituição dos CS seguramente contribua com o exercício da democracia no Brasil, os resultados deste estudo demonstraram que a participação social na saúde constitui ainda em um grande nó do sistema.

Pode-se observar com análise do funcionamento dos CS o caráter figurativo nos conselhos estudados, com a presença apenas física de representantes dos usuários, trabalhadores da saúde e prestadores de serviço, sem a esperada participação.

Diante do exposto, algumas recomendações devem ser dadas, no sentido de fortalecer o controle social na saúde por meio da realização de Conferência Municipal de Saúde, atualização da lei municipal em conformidade com a Resolução 333/03, regularização da escolha do presidente por eleição, formulação de Regimento Interno, respeito à periodicidade das reuniões, estabelecimento de formas de comunicação das decisões para a população, organização dos registros das reuniões de forma a identificar conselheiros e outros presentes, bem como conter de forma completa os assuntos tratados, as dúvidas levantadas, esclarecimentos prestados e os autores das falas, além de capacitação dos conselheiros em exercício.

Agradecimentos

Os autores agradecem à FAPESP (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo) pelo apoio financeiro a este projeto (Processo nº 0217-05) e às autoridades dos municípios estudados pela colaboração e fornecimento de documentos e informações para a pesquisa.

Referências Bibliográficas

1. Alves-Souza RA, Koyashiki GAK, Almeida MJ. Um olhar sobre a informação no espaço de fortalecimento da cidadania. *Espaço Saúde*. 2007; 8(2): 26-32.
2. Martins PC, Cotta RMM, Mendes FF, Franceschini SC, Priore SE, Dias G, Batista RS. Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia. *Physis*. 2008; 18(1): 105-21.
3. Wendhausen A, Caponi S. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2002; 18(6): 1621-8.
4. Batista AA, Muniz JN; Ferreira Neto JÁ, Cotta RMM. A contribuição da pesquisa avaliação para o processo de implementação do controle social no SUS. *Saúde Soc*. 2010; 19(4): 784-93.
5. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
6. Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990: dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1990*.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 33, de 23 de dezembro de 1992: aprova o documento Recomendações para a Constituição e Estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1993*.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003: aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2003*.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes nacionais para a capacitação de conselheiros de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
10. Van Stralen CJ, Lima AMD, Fonseca Sobrinho D, Saraiva LES, Van Stralen TBS, Belisário SA. Conselhos de saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 11(3): 621-32.
11. Guizardi FL, Pinheiro R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11(3): 797-805.
12. Labra ME. Capital social y consejos de salud en Brasil: um círculo virtuoso? *Cad Saúde Pública*. 2002; 18 Suppl: 47-55.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas da população [citado 2012 Jan 31]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao>.
14. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Índice de Desenvolvimento Humano [citado 2011 Jan 31]. Disponível em: [http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDHM%2091%2000%20Ranking%20decrecente%20\(pelos%20dados%20de%202000\).htm](http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDHM%2091%2000%20Ranking%20decrecente%20(pelos%20dados%20de%202000).htm)
15. Alves-Souza RA, Saliba O. A saúde bucal em pauta: análise de registros dos Conselhos Municipais de Saúde de municípios pertencentes à 17ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(5): 1381-8.
16. Serapioni M, Romaní O. Potencialidades e desafios da participação em instâncias colegiadas dos sistemas de saúde: os casos de Itália, Inglaterra e Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(11): 2411-21.

17. Fucks M. Participação e influência política no conselho municipal de saúde de Curitiba. *Rev Sociol Polit.* 2005; (25): 47-61.
18. Labra ME, Figueiredo JSA. Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos conselhos de saúde. *Cienc Saúde Coletiva.* 2002; 7(3) :537-47.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resultados do cadastro nacional de conselhos de saúde [citado 2012 Jan 31]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_cadastro/index.html.
20. Brasil. Ministério da Saúde. SIAB: Sistema de Informação de Atenção Básica [citado 2012 Jan 31]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/siab/siab.htm>.
21. Cotta RMM, Cazal MM, Martins PC. Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010; 15(5): 2437-45.
22. Saliba NA, Moimaz SAS, Ferreira NF, Custódio LBM. Conselhos de saúde: conhecimento sobre as ações de saúde. *Rev Adm Pública.* 2009; 43(6): 1369-78.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
24. Cotta RMM, Martins PC, Batista RS, Franceschini SCC, Priore SS, Mendes FF. O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de Saúde. *Physis.* 2011; 21(3): 1121-38.
25. Fabre HSC. Conselho Municipal de Saúde de Londrina: perfil dos representantes dos usuários. *Espaço Saúde.* 2004; 5(2): 1-16.
26. Gonçalves ML, Almeida MCP. Construindo o controle social e a cidadania em uma experiência concreta: o Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Ribeirão Preto (SP). *Saúde Debate.* 2002; 26(61): 167-75.
27. Landerdhal MC, Unfer B, Braun K, Skupien JA. Resoluções do Conselho de Saúde: instrumento de controle social ou documento burocrático? *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010; 15(5): 2431-6.
28. Vanderlei MIG, Witt RR. Conselhos de saúde: espaços de participação social, constituição de sujeitos políticos e co-produção de sujeitos coletivos. *Saúde Debate.* 2003; 27(64): 131-7.

ESTUDO COMPARATIVO ENTRE HÁBITOS VOCAIS, SEDENTARISMO E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS FREQUENTADORES DA UNIDADE DE SAÚDE VILA NOVA

Comparative Study between Vocal Habits, Sedentarism and Quality of Life in Elderly Frequent Health Unit Vila Nova

Juliana de Camargo Pereira Gomes¹, Giovanna Frizzera Pires Burns², Giovana Forechi
Coelho³, Pâmella Nogueira Costa⁴, Kalline Pereira Aroeira⁵, Denise Coutinho Endringer⁶

-
1. Especialista em Voz pelo CEV, Preceptora da Fonoaudiologia no Programa de Educação pelo trabalho para a Saúde (Pet-Saúde) pela Universidade Vila Velha.
 2. Acadêmica de Fonoaudiologia, Monitora da Fonoaudiologia no Programa de Educação pelo trabalho para a Saúde (Pet-Saúde) pela Universidade Vila Velha.
 3. Acadêmica de Fonoaudiologia, Monitora Bolsista da Fonoaudiologia no Programa de Educação pelo trabalho para a Saúde (Pet-Saúde) Universidade Vila Velha.
 4. Acadêmica de Fonoaudiologia, Monitora Bolsista da Fonoaudiologia no Programa de Educação pelo trabalho para a Saúde (Pet-Saúde) Universidade Vila Velha.
 5. Doutora em Educação, Tutora Acadêmica no Programa de Educação pelo trabalho para a Saúde (Pet-Saúde) Universidade Vila Velha.
 6. Doutora em Ciências Farmacêuticas, Tutora Acadêmica no Programa de Educação pelo trabalho para a Saúde (Pet-Saúde) Universidade Vila Velha.

► **CONTATO:** Denise C Endringer | Universidade Vila Velha | Rua Comissário José Dantas de Melo, 21 - Boa Vista | Vila Velha | Espírito Santo | CEP 29102-770 | Telefone: (27) 3031-2228 | E-mail: denise.endringer@uuv.br e endringe@gmail.com

Bolsas do Ministério da Saúde por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (registro n. 25000.009846/2010-16). A Universidade Vila Velha e a Prefeitura Municipal de Vila Velha contribuíram com a infraestrutura e material na realização deste estudo.

Resumo

OBJETIVO: Verificar se as orientações sobre a saúde vocal e a prática de atividade física oferecem melhores formas de prevenção, retardando o envelhecimento vocal precoce e melhorando a qualidade de vida. **MÉTODOS:** Participaram deste estudo 30 idosos, de ambos os sexos, com faixa etária entre 60 e 83 anos, sendo 10 fisicamente ativos e 20 sedentários. Os idosos foram separados em três grupos, a saber: GSS: Grupo sedentário, sem orientação de saúde vocal; GSC: Grupo sedentário, com orientação de saúde vocal e GFAC: Grupo fisicamente ativo, com orientação de saúde vocal. Aplicaram-se dois questionários, um com questões do tipo fechadas e outro com questionário de qualidade de

vida em voz (QVV). **RESULTADOS:** Os grupos sedentários apresentaram valores dos escores total do QVV menores e uma porcentagem maior de problemas de saúde quando comparados com os fisicamente ativos, porém sem impactar na qualidade de vida. **CONCLUSÃO:** O estilo de vida saudável e a prática regular de atividade física ajudam a reduzir a ocorrência de problemas de saúde, no entanto não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos quanto à orientação sobre a saúde vocal, não se mostrando uma medida preventiva importante quando isolada. É possível que outros fatores concorram de forma mais significativa para o retardo do envelhecimento vocal e melhoria na qualidade de vida, sendo necessárias mais pesquisas para identificá-los e colocá-los em prática.

PALAVRAS-CHAVE: Fonoaudiologia, Voz, Qualidade de Voz, Qualidade de Vida.

Abstract

OBJECTIVE: To assess whether vocal health guidance and physical activity offer better ways of preventing and slowing down early vocal aging and improving the overall quality of life. **METHODS:** A group of 30 elderly people, male and female, aged between 60 and 83 years, 10 physically active and 20 sedentary, were divided into three groups: GSS: sedentary without vocal health guidance; GSC: sedentary with vocal health guidance and GFAC: physically active with vocal health guidance. To each elderly person was applied two questionnaires, the first one was consisted of closed-type questions created by the researchers and the second one was the questionnaire of quality of life in voice (QVV). The data collected were analyzed and the results submitted to statistical analysis using the statistical package GraphPad Prism version 4.0. **RESULTS:** The sedentary group presented smaller overall scores on the QVV and a larger percentage of health problems compared with physically active but without causing any impact on the quality of life. **CONCLUSION:** A healthy lifestyle and regular physical activity can help reduce the occurrence of health problems although there was no statistically significant difference between the groups regarding vocal health guidance, therefore vocal health guidance did not prove to be an important preventive measure when applied isolated. It is possible that other factors contribute more significantly to the retardation of vocal aging and improvement in the overall quality of life and more research is needed to identify them and put them into practice

KEYWORDS: Language and Hearing Sciences, Voice, Voice Quality, Quality of Life

Introdução

A Organização das Nações Unidas prevê um aumento da população idosa (acima de 65 anos) em cerca de 25%, enquanto a previsão para a faixa de 0 a 14 anos é de redução de 2%¹. No Brasil, a expectativa é que, em 2025, as pessoas acima de 60 anos representem 14% da população total².

O avanço da expectativa de vida saudável gera perspectivas de desenvolvimento para a fase tardia do ciclo de vida, o que significa que o perfil biopsicossocial do ser humano passa a exigir novos

enfoques culturais e sociais. Torna-se necessária a compreensão do envelhecimento e a promoção das condições de capacitação física e mental do idoso para que possam cumprir suas tarefas sociais e culturais legitimando sua condição de cidadão³.

O envelhecimento é uma etapa natural do desenvolvimento em que cada pessoa passa por mudanças fisiológicas. As principais características encontradas do avanço da idade são: a redução da capacidade de adaptação ambiental, a diminuição

da velocidade de desempenho e o aumento da susceptibilidade a doenças⁴, ou seja, trata-se de uma degenerescência biológica, psicossocial e funcional do ser humano⁵.

Muitas dessas mudanças são acompanhadas do envelhecimento natural da voz, o que é conceitualmente chamado de presbifonia^{6,7}. Essa deterioração vocal do indivíduo idoso é bem típica e tem um grande impacto, que, muitas vezes, reforça o estereótipo do idoso.

O início da presbifonia, seu desenvolvimento e grau de deterioração dependem de cada indivíduo, de saúde física e psicológica e de uma história de vida, além de fatores constitucionais, raciais, hereditários, alimentares, sociais e ambientais⁸.

As principais queixas e sintomas vocais relatados por uma pessoa idosa podem ser de alteração na qualidade vocal, como a rouquidão e a afonia, cansaço associado à produção da voz, esforço para melhorar a projeção vocal, sopro, falta de modulação vocal, voz trêmula, dificuldade no controle da intensidade vocal, dor na região da cintura escapular e sensação de ardor, queimação ou corpo estranho na laringe^{9,10}.

De acordo com muitos gerontologistas, a atividade física regular é ingrediente fundamental para um envelhecimento saudável e que o risco de doenças como osteoporose, câncer e do sistema cardiovascular diminui. Além disso, os idosos ativos dormem melhor, são menos vulneráveis a doenças virais e apresentam melhor qualidade de vida do que os sedentários¹¹.

A saúde vocal dos idosos merece atenção nas ações fonoaudiológicas, uma vez que a voz é primordial para a comunicação, a socialização, a expressividade e a qualidade de vida dos indivíduos, além disso, o processo de envelhecimento humano implica em transformações estruturais e funcionais que afetam e modificam a qualidade vocal^{12,13}.

Independente da idade deve-se ter consciência de manter alguns hábitos saudáveis para promover

uma boa saúde vocal. Dentre elas destacam-se uma alimentação saudável evitando alimentos condimentados, gorduras e frituras; ingestão hídrica (média de 4 a 6 copos); sono regular; atividade física, bem como evitar pigarrear, fumar e ingerir bebidas alcoólicas.

Sendo assim, o presente trabalho visa verificar se as orientações sobre a saúde vocal e a prática de atividade física oferecem melhores formas de prevenção, retardando o envelhecimento vocal precoce e melhorando a qualidade de vida. Com isso, busca-se caracterizar as necessidades dessa população, mostrando a importância de se instituir programas de prevenção e assistência fonoaudiológica na terceira idade.

Métodos

Idosos de ambos os sexos, todos frequentadores da Unidade de Saúde Vila Nova e grupo Hiperdia, com faixa etária entre 60 e 83 anos, ativos e sedentários foram convidados a participar da pesquisa. Foram considerados fisicamente ativos os indivíduos que realizavam atividade física regular duas vezes por semana com duração de uma hora, fazendo parte do Grupo de Ginástica para a terceira idade de Vila Nova sob orientação de um educador físico com formação plena. Os sedentários foram considerados aqueles que nunca realizaram atividade física ou que estão há mais de cinco anos sem realizá-la.

Os idosos foram separados em três grupos, a saber: GSS: Grupo sedentário e que não recebeu orientação de saúde vocal; GSC: Grupo sedentário e que recebeu orientação de saúde vocal e GFAC: Grupo fisicamente ativo e que recebeu orientação de saúde vocal.

Os critérios de inclusão dos indivíduos foram: idade superior a 60 anos e ausência de doenças neurológicas diagnosticadas. Além disso, os sujeitos do grupo GSS não deveriam ter passado por orientações de Saúde Vocal e os do grupo

GSC e GFAC deveriam ter recebido orientações, previamente pelos pesquisadores. Foram excluídos os idosos com comprometimento cognitivo que os incapacitasse de responder aos questionários apresentados e que não são frequentadores da Unidade de Saúde Vila Nova

A pesquisa foi realizada por meio da aplicação de questionário (ANEXO 2), com questões do tipo fechadas, previamente elaboradas pela pesquisadora e baseadas em textos das seguintes literaturas: Higiene vocal – cuidando da voz¹⁴ e Intervenção Fonoaudiológica na terceira idade (Russo, 1999) e pela utilização do protocolo de Qualidade de Vida em Voz – QVV, versão validada para o português brasileiro¹⁵ (ANEXO 3).

O QVV é um protocolo de autoavaliação vocal ligado à análise dos aspectos de qualidade de vida relacionado à voz. Possui dez itens, sendo seis de domínio físico e quatro de domínio socioemocional. As afirmativas deste protocolo são diretas e o tempo de preenchimento é rápido. O protocolo oferece em escore total (variando de 0 a 100, onde 0 indica pior qualidade de vida e 100, melhor qualidade de vida) e um escore para cada domínio.

A aplicação do questionário ocorreu após um mês da palestra de Orientação Vocal que os sujeitos dos grupos 2 e 3 receberam e foi realizada individualmente com cada participante. Para maior confiabilidade dos dados, os acadêmicos de fonoaudiologia auxiliaram na leitura de cada questão apresentada e, ao final, repetiram as respostas obtidas, para checar a exatidão do material colhido.

O projeto do presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Vila Velha com protocolo de registro nº 48-2010,

tendo todos os indivíduos estudados assinado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

Os dados coletados com os questionários foram analisados e os resultados submetidos à análise estatística descritiva, utilizando-se o pacote estatístico GraphPad Prism versão 4.0 com o qual o nível mínimo de significância adotado foi de $p < 0,05$.

Resultados

Participaram deste estudo 30 idosos, de ambos os sexos, com faixa etária entre 60 e 83 anos, sendo 10 fisicamente ativos e 20 sedentários. Os idosos foram separados em três grupos, a saber: GSS: Grupo sedentário e que não recebeu orientação de saúde vocal; GSC: Grupo sedentário e que recebeu orientação de saúde vocal e GFAC: Grupo fisicamente ativo e que recebeu orientação de saúde vocal. A idade média do GSS foi de $72,1 \pm 7,2$; GSC foi de $73,4 \pm 7,1$ e do GFAC foi de $70,5 \pm 7,2$ anos ($p=0,68$). Nota-se que a amostra foi constituída de idades semelhantes mostrando homogeneidade entre os grupos estudados, caracterizando um grupo de terceira idade conforme dados da Organização Mundial de Saúde.

Tabela 1. Comparação das médias dos escores total do QVV e desvio padrão entre os grupos sedentários e ativos.

	QVV	QVV	p-valor
	Sedentário	Ativo	
Score	87,7 ($\pm 12,6$)	$p = 0,02^*$	$p = 0,02^*$

As demais comparações entre grupos não foram estatisticamente significantes.

Tabela 2. Comparação das médias dos escores total do QVV e desvio padrão por intervalo dos escores entre os grupos estudados.

Score médio QVV	GSS	GSC	GFAC	p-valor*
91 ----- 100	6	8	$p = 0,5$	$p = 0,5$
71 ----- 90	2	1	$p = 0,5$	$p = 0,5$
50 ----- 70	2	1	$p = 0,5$	$p = 0,5$

Teste Qui-Quadrado para comparação dos escores entre os grupos estudados. – Legenda: GSS – Grupo sedentário sem Orientação Vocal; GSC – Grupo sedentário com Orientação Vocal; GFAC – Grupo fisicamente ativo com Orientação Vocal.

Tabela 3. Distribuição quanto aos sintomas vocais entre os grupos 1 (sedentários e sem orientação), 2 (sedentários e com orientação) e 3 (fisicamente ativos e com orientação).

Sintomas Vocais	GSS	GSC	GFAC	TOTAL %
VOZ FRACA	5	3	4	40,0%
VOZ ROUCA	1	3	1	16,6%
VOZ TRÊMULA	-	1	-	3,33%
CANSAÇO VOCAL	4	5	2	36,6%
PIGARRO	6	8	3	56,6%
NENHUM	2	2	4	26,6%

Legenda: GSS – Grupo sedentário sem Orientação Vocal; GSC – Grupo sedentário com Orientação Vocal; GFAC – Grupo fisicamente ativo com Orientação Vocal.

Tabela 4. Distribuição quanto às formas de prevenção entre os grupos 1 (sedentários e sem orientação), 2 (sedentários e com orientação) e 3 (fisicamente ativos e com orientação).

Formas de Prevenção	GSS	GSC	GFAC	TOTAL %
MEDICAÇÃO	-	-	-	-
RECEITAS CASEIRAS	2	3	1	20,00%
SPRAYS E PASTILHAS	-	-	2	6,66%
TREINAMENTO VOCAL	-	-	-	-
NENHUMA	8	7	7	73,33%

Legenda: GSS – Grupo sedentário sem Orientação Vocal; GSC – Grupo sedentário com Orientação Vocal; GFAC – Grupo fisicamente ativo com Orientação Vocal.

Tabela 5. Distribuição quanto aos problemas de saúde entre os grupos 1 (sedentários e sem orientação), 2 (sedentários e com orientação) e 3 (fisicamente ativos e com orientação).

Problemas de Saúde	GSS	GSC	GFAC	TOTAL %
HIPERTENSÃO	4	3	4	36,60%
DIABETES	1	-	-	3,33%
CARDIOPATIAS	1	2	-	10,00%
PROBLEMAS CIRCULATÓRIOS	1	-	1	6,66%
PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS	4	4	3	36,60%
PROBLEMAS GÁSTRICOS	6	9	3	60,00%
TIREÓIDE	-	-	1	3,33%
PROBLEMAS AUDITIVOS	4	6	2	40,00%
OSTEOPOROSE	-	-	2	6,66%

Legenda: GSS – Grupo sedentário sem Orientação Vocal; GSC – Grupo sedentário com Orientação Vocal; GFAC – Grupo fisicamente ativo com Orientação Vocal.

Tabela 6. Distribuição quanto aos hábitos vocais presentes entre os grupos 1 (sedentários e sem orientação), 2 (sedentários e com orientação) e 3 (fisicamente ativos e com orientação).

Hábitos Vocais	GSS	GSC	GFAC
TABAGISMO	1	-	-
FOI TABAGISTA	4	3	-
ETILISMO	2	1	-
FOI ETILISTA	-	-	-
FALAR ALTO	2	-	-
PIGARREAR	6	8	3
NENHUM	2	2	7

Legenda: GSS – Grupo sedentário sem Orientação Vocal; GSC – Grupo sedentário com Orientação Vocal; GFAC – Grupo fisicamente ativo com Orientação Vocal.

Discussão

O envelhecimento populacional revela-se como uma tendência positiva, que está intimamente ligada à maior eficácia das medidas preventivas em saúde, ao progresso da ciência no combate à doença, a uma melhor intervenção no meio ambiente e, sobretudo, à conscientização progressiva de que somos (nós) os principais agentes da nossa própria saúde. Nesta perspectiva, devemos considerar que as pessoas idosas são o primeiro recurso para a promoção da sua própria saúde, representando um segmento cada vez mais visível da sociedade na conquista de espaços, criando novas demandas para instituições, como as universidades da terceira idade, clubes e centro de convivência, entre outros¹⁶.

A expectativa de vida cresce e exige de toda sociedade e principalmente das áreas de saúde melhorias na qualidade de vida dessa população. A integralidade do SUS é o princípio que determina que as pessoas têm o direito de ter suas necessidades atendidas e os serviços de saúde devem estar organizados de modo a oferecerem todas as ações requeridas por esta atenção integral - prevenção primária, secundária e terciária¹⁷.

Dados da Organização Mundial da Saúde confirmam um número menor de indivíduos do sexo masculino, acima de 60 anos, sendo que a

expectativa de vida no Brasil é de 65,7 anos para os homens e 72,3 anos para as mulheres. Tem-se assim uma feminilização da velhice, ainda mais evidente quanto mais velha a população estudada^{18,19}. Esses dados vão ao encontro da amostra estudada onde se observa um número maior de mulheres 83,3% em relação aos homens 16,6%.

Com o envelhecer vários sistemas do corpo humano se modificam: o sistema circulatório, esquelético, neuromuscular e endócrino⁶. Há ainda mudanças em funções como a velocidade, força, resistência, estabilidade, coordenação, velocidade de condução nervosa, ossificação das cartilagens²⁰. Destaca-se que todas essas mudanças podem afetar, de alguma forma, o mecanismo de produção da voz^{6,20}.

Como vimos, o envelhecimento traz uma série de mudanças anátomo-fisiológicas que atingem a laringe paralelamente a outras partes do corpo. Muitas dessas mudanças são acompanhadas do envelhecimento da voz, o que é conceitualmente chamado de presbifonia, no qual os marcadores são mais evidentes após os 60 anos. No entanto, estudos na direção de um marcador da senilidade vocal que fosse único esbarram no próprio processo de envelhecimento e sua heterogeneidade, que,

em si, não propõe um período definido, deixando a cargo do organismo humano e seu desenvolvimento estabelecerem suas próprias regras²¹.

A voz presbifônica é uma voz com grau variado de deteriorização, que se expressa na falta de sustentação de frequência, intensidade e qualidade de emissão, sendo constante a quebra de sonoridade. É observada nos indivíduos idosos com alterações mais evidentes após os 65 anos de idade, e mais acentuadas no sexo masculino²².

Analisando as queixas e sintomas vocais presentes na amostra estudada (tabela III), encontramos voz fraca (40%), voz rouca (16,6%), voz trêmula (3,33%), cansaço ao falar (36,6%) e pigarro (56,6%) como os mais relatados entre os grupos estudados, sendo que 26,6% não referem queixas ou sintomas vocais. Esses relatos vão de encontro a outras pesquisas que descrevem alteração na qualidade vocal, como a rouquidão e a afonia, cansaço associado à produção da voz, esforço para melhorar a projeção vocal, soprosidade, falta de modulação vocal, voz trêmula, dificuldade no controle da intensidade vocal, dor na região da cintura escapular e sensação de ardor, queimação ou corpo estranho na laringe como as principais queixas e sintomas relatados por uma pessoa idosa.

Como se pode verificar, a presbifonia não causa as mesmas queixas de qualidade vocal em todos os indivíduos idosos ou aparece na mesma proporção nos de mesma idade cronológica, confirmando em recente estudo brasileiro sobre o impacto da voz na qualidade de vida²³. Na população estudada, sem distinção entre os grupos, e considerando apenas as alterações vocais características da presbilaringe, estas ocorreram em um terço dos idosos. Também não podemos deixar de referir que a queixa da qualidade vocal está associada às necessidades que cada indivíduo possui para sua voz. Segundo Boulet, o uso profissional da voz exige ótimas condições de produção vocal fazendo-o sentir mais insatisfação com a deteriorização da qualidade vocal^{24,25}. A instalação da fenda glótica é gradual no idoso, causando menos queixa da qualidade vocal habitualmente²⁶.

Outro dado importante a ser considerado é o fato dos participantes não utilizarem a voz profissionalmente, já que a amostra dessa pesquisa é constituída em sua maioria por idosos aposentados ou do lar. A literatura pesquisada refere que pacientes que possuem maior uso da voz apresentam pior qualidade de vida, em comparação aos que possuem pouca demanda vocal²⁷. Outros pesquisadores encontraram que a qualidade de vida relacionada à voz em indivíduos acima de 66 anos era melhor quando comparada à de pessoas com idade inferior a 66 anos, e também atribuem esse achado à atividade profissional²⁸.

Como podemos perceber, a saúde vocal dos idosos merece atenção nas ações fonoaudiológicas, uma vez que a voz é primordial para a comunicação, a socialização, a expressividade e a qualidade de vida dos indivíduos, além disso, o processo de envelhecimento humano implica em transformações estruturais e funcionais que afetam e modificam a qualidade vocal^{12,13}.

A atividade física regular e sistemática aumenta ou mantém a aptidão física da população idosa e melhora seu bem-estar funcional, configurando-se num benefício para aqueles que a praticam em relação à sua saúde física, mental, psicológica e social. Nas propriedades funcionais e estruturais das células, tecidos e órgãos do corpo humano evidenciam-se plasticidade e adaptabilidade quando submetidas a vários estímulos, como no caso da atividade física regular²⁹.

Sabendo disso, discutimos se orientações sobre a saúde vocal e a prática de atividade física oferecem melhores formas de prevenção, retardando o envelhecimento vocal precoce e melhorando a qualidade de vida uma vez que oferece melhorias em outros sistemas como cardiovascular, neurológico, muscular e respiratório^{30,31}.

Em nosso estudo (tabela 1) observamos que o grupo sedentário apresentou valores dos escores total do QVV menores quando comparados ao grupo fisicamente ativo, porém sem impactar a qualidade de vida dos mesmos mostrando que os indivíduos da pesquisa possuem uma autoimagem vocal

positiva. Embora o número não seja expressivo, na tabela 2 podemos observar que apenas três indivíduos apresentaram escores de QVV abaixo de 70 considerando a voz como ruim e impactantes, sendo todos sedentários.

Dentre os cuidados com a voz de idosos com base na cultura e no saber popular estão a utilização de receitas caseiras, chás, xaropes, sopas, gargarejos, medicamentos e outros, sendo que os ingredientes mais utilizados são o limão, o sal, a romã, o vinagre, o gengibre e o alho³².

Entre as formas de prevenção mais utilizadas entre os grupos estudados estão a utilização de receitas caseiras 20% e sprays e pastilhas 6,6% (tabela 4). Verifica-se que as orientações vocais recebidas não impediram a utilização de métodos paliativos não recomendáveis indo de encontro a outras pesquisas³³.

Problemas na voz e nos cuidados com a voz / saúde vocal estão ocorrendo sem que sejam interpretados como tal, ou seja, os impactos do envelhecimento na voz ou aspectos do processo saúde-doença vocal não vêm sendo percebidos devidamente pelos idosos. Em nosso estudo 40% dos idosos referem não perceber alteração vocal. Isso nos faz levantar as mesmas questões para reflexão conforme Penteado, 2009³⁴: Será que os sujeitos não estão percebendo que estão velhos? A falta de queixas estaria indicando dificuldades perceptivas ou, por outro lado, justamente uma adaptação saudável ao processo natural de envelhecimento, com aceitações e adequações às circunstâncias da idade? A presença de perdas auditivas dificultando o monitoramento da voz?

Uma das explicações para a falta de percepção do envelhecimento da própria voz pode estar relacionada à falta de experiências vocais dos indivíduos ou porque quando falamos a nossa voz é percebida por via óssea e via aérea e, ao escutarmos a gravação, existe a percepção do som somente por via aérea. Tal citação pôde ser confirmada quando, ao ouvir a própria voz gravada, vários idosos se surpreenderam dizendo que aquela voz era feia e parecia de uma pessoa muito idosa³⁵.

A autopercepção vocal tem sido objeto de vários estudos. Num estudo com 107 mulheres, com idade entre 37 e 71 anos, que passaram por avaliação fonoaudiológica e otorrinolaringológica, 54% não perceberam mudanças em suas vozes, mas aquelas que perceberam associaram à menopausa³⁶. Outra pesquisa sobre a percepção vocal na terceira idade foi realizada com uma população de 100 mulheres entre 60 e 95 anos que responderam questões de autopercepção sobre corpo, voz e rejuvenescimento vocal, e obtiveram como resultado que idosas perceberam o envelhecimento físico de forma similar, não ocorrendo o mesmo com a percepção do envelhecimento vocal e muitos desconhecem a possibilidade de rejuvenescer a voz³⁷.

Estudos comprovam que a perda auditiva na população idosa ocorre de 5 a 20% nos indivíduos com 60 anos de idade; essa incidência aumenta para 60% nos indivíduos a partir dos 65 anos. A deficiência auditiva no idoso, denominada de presbiacusia, resulta em efeitos negativos não só do ponto de vista social e emocional, como também na qualidade de vida do idoso. É um dos distúrbios da comunicação mais incapacitantes, impedindo-lhe de desempenhar o seu pleno papel na sociedade, porque não só provoca uma privação sensorial, mas acarreta uma dificuldade de compreensão da fala daqueles que o cercam, dificultando a comunicação³⁸. Esse aspecto pode ter influenciado nossos resultados, uma vez que boa parte da amostra refere dificuldades auditivas, o que pode ter prejudicado na percepção da própria voz já que alteram o monitoramento auditivo²⁸.

Em revisão sobre a biologia do envelhecimento, foi descrita a existência de dois tipos de envelhecimento: o biológico normal e o usual. O envelhecimento normal envolve as mudanças biológicas inexoráveis e universais, características do processo, tais como cabelos brancos, rugas, menopausa, perda da função renal, etc. Entretanto, no envelhecimento usual, além destas alterações biológicas, observamos o aumento da prevalência de doenças crônicas. Essas doenças se originam do acúmulo de danos, ao longo da vida, oriundos, sobretudo da interação entre fatores

genéticos com hábitos não saudáveis, como uma dieta desbalanceada, tabagismo, etilismo e sedentarismo. Um estilo de vida inapropriado acaba aumentando a ineficiência metabólica, que contribui substancialmente para a quebra da homeostasia corporal. Dentre as patologias associadas à idade, a doença cardiovascular é uma das principais representantes do cenário usual de doenças associadas ao envelhecimento. Esta constatação pode ajudar na identificação de causas intrínsecas (genes) e extrínsecas (ambiental) que afetam de maneira singular e diferencial o processo de envelhecimento em cada indivíduo³⁹.

Em nosso estudo observamos em ordem decrescente de prevalência os seguintes problemas de saúde (tabela 5): Problemas gástricos não diagnosticados (60%), Problemas auditivos (40%), Hipertensão (36,6%), Problemas respiratórios (36,6%), Cardiopatias (10%), Problemas circulatórios (6,66%), diabetes (3,33%) e Tireóide (3,33%). Um dado interessante entre os grupos analisados é que o grupo de idosos fisicamente ativos apresenta uma porcentagem menor de problemas de saúde quando comparados ao grupo de idosos sedentários. Uma das possíveis explicações é o estilo de vida mais saudável ao longo da vida, ausência de tabagismo e etilismo entre esse grupo e a realização de atividade física regular mostrando mais uma vez sua importância no envelhecer com qualidade.

Não observamos em nosso estudo diferença estatisticamente significativa entre os grupos que receberam orientação vocal do que não recebeu, não se mostrando uma medida preventiva importante quando isolada, contribuindo pouco no retardo do envelhecimento vocal precoce e na melhoria da qualidade de vida. No entanto, o tempo entre a orientação vocal e a aplicação do questionário foi muito pequeno para mudanças de hábitos e comportamentos que pudessem refletir na diminuição de queixas e sintomas, devendo ser levado em consideração em outras pesquisas.

Outro dado relevante e que deve ser levado em consideração é que a amostra deste estudo é pequena, o que pode ter interferido no fato de não termos encontrado uma diferença tão expressiva entre os parâmetros estudados. Por outro lado, é possível que outros fatores concorram de forma mais significativa para o retardo do envelhecimento vocal e melhoria na qualidade de vida, sendo necessárias mais pesquisas para identificá-los e colocá-los em prática. Assim sendo, sugerimos a realização de estudos mais aprofundados nesta área, a fim de auxiliar na melhor compreensão e melhor direcionar nos tratamentos para essa população.

Conclusões

Após a apreciação dos dados obtidos na comparação entre hábitos vocais, sedentarismo e qualidade de vida de idosos, podemos concluir que não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos que receberam orientação vocal do que não recebeu, não se mostrando uma medida preventiva importante quando isolada. Ainda que os grupos sedentários tenham apresentado valores dos escores total do QV menores quando comparados com os fisicamente ativos, porém sem impactar na qualidade de vida. Por fim, conclui-se que estilo de vida saudável e prática regular de atividade física ajudam a reduzir a ocorrência de problemas de saúde.

Agradecimentos

Os autores agradecem à Coordenação Pet Saúde – Departamento de Gestão da Educação na Saúde – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde- Ministério da Saúde pelo financeiro por meio de bolsa-auxílio (25000.009846/2010-16). Agradecem igualmente à Universidade Vila Velha e à Prefeitura Municipal de Vila Velha pelo fornecimento de infraestrutura para a realização deste estudo.

Referências Bibliográficas

1. MA. Mastigação no processo de envelhecimento. Rev CEFAC, 2001; 3(1):27-35.
2. Frare SM, Limas PA, Albarello FJ, Pedot G, Régio RAS. Terceira idade: quais os problemas bucais existentes? Rev da APCD 1997; 51(6):573-6.
3. Bertachini L, Gonçalves MJ. Comunicação na terceira idade. Mundo Saúde; 2002; 26(4): 483-89.
4. Soyama CK, Espassatempo CL, Gregio FN, Camargo Z. Qualidade vocal na terceira idade: parâmetros acústicos de longo termo de vozes masculinas e femininas. Rev CEFAC 2005; 7(2):267-79.
5. Menezes LNM, Vicente LCC. Envelhecimento vocal em idosos institucionalizados. Rev CEFAC, São Paulo, v.9, n.1, 90-8, jan-mar, 2007.
6. Bertelli PP. O envelhecimento vocal. Pró-Fono R Atual Cient. 1995;7:41-2.
7. Soares EB; Borba DT; Barbosa TK; Medved DM; Montenegro ACA. Hábitos Vocais em dois grupos de idosos. Rev CEFAC, São Paulo, v.9, n.2, 221-27, abr-jun, 2007.
8. Behlau M. Voz: o livro do especialista. V. 1. Rio de Janeiro, Revinter, 2001;348p.
9. Verdonck DE; Leeuw IM; Mahieu HF. Vocal aging and the impact on daily life: a longitudinal study. J Voice. 2001; 18(2):193-202.
10. Bilton T, Viúde A, Sanchez EP. Fonoaudiologia. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 820-7.
11. Nieman DC. Exercício e saúde: como se prevenir da doença usando o exercício como seu medicamento. Trad.: Dr. Marcos Ikeda. São Paulo, 1999.
12. Baken RJ. The aged voice: a new hypothesis. J Voice. 2004; 19(3):317-25.
13. Venites JP, Bertachini L, Ramos LR. Atuação fonoaudiológica na presbifonia: a efetividade de uma proposta terapêutica. Rev Fonoaudiol Brasil. 2004; 4(1):1-8.
14. Behlau M, Pontes P. Higiene Vocal: cuidando da voz. Rio de Janeiro, Revinter, 1999; 61p.
15. Gasparini G, Behlau M. Quality of Life: validation of the Brazilian version of the Voice-Related Quality of Life Measure (V-RQOL). J. Voice; 2009; 23(1): 76-81.
16. Martins LMR. Envelhecimento e Saúde: um problema social emergente. Milenium – Revista do ISPV, n27, abril de 2003.
17. Goulart GNB. A fonoaudiologia e suas inserções no sistema único de saúde: análise prospectiva. Revista Fonoaudiologia Brasil, vol.2, nº4, dezembro de 2003.
18. Talbot LA, Metter EJ, Fleg JL. Leisure-time physical activities and their relationship to cardiorespiratory fitness in healthy men and women 18-95 years old. Med. Sci Sports Exerc. 2000;32:417-25.
19. Zugck C, Kruger C, Durr S, Gerber SH, Haunstetter A, Hornig K, et al. Is the 6-minute walk test a reliable substitute for peak oxygen uptake in patients with dilated cardiomyopathy? Eur Heart J. 2000; 21:540-9.
20. Sataloff RT, Rosen DC, Hawkshaw M, Spiegel JR. The aging adult voice. Jvoice 1997; 11(2): 156-60.
21. Gampel D, Karsch UM, Ferreira LP. Envelhecimento, voz e atividade física de professores e não professores. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2008;13(3):218-25.
22. Behlau M, Azevedo R, Pontes P. Voz Normal e Voz Alterada: conceito e classificação das disfonias. São Paulo: Centro de Estudos da Voz, 1999.
23. Morris RJ, Brown WS Jr. Age-related differences in speech intensity among adult females. Folia Phoniatr Logop. 1994;46:64-9.

24. Bloch I, Behrman A. Quantitative analysis of videostroboscopic images in presbylarynges. *Laryngoscope* 2001; 111:2022-7.
25. Woo P, Casper J, Colton R, Brewer D. Dysphonia in the aging: physiology versus disease. *Laryngoscope* 1992; 102: 139-44.
26. Pinho SMR. Fonoterapia nos distúrbios vocais. In: Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia. Tratado de otorrinolaringologia. São Paulo: Roca; 2003. v.4, p.596-605.
27. Ma EPM, Yiu EML. Voice activity and participation profile: assessing the impact of voice disorders on daily activities. *J Speech Lang Hear Res.*, 2001; 44: 511-24.
28. Murry T; Medrado R; Hogikyan ND; Aviv JE. The Relationship between ratings of voice quality and quality of life measures. *J Voice*, 2004; 18(2): 183-92.
29. Astrand P. Why exercise? *Medicine Science Sports Exercise* 1992;24:153-162.
30. Ringel RL, Chodzko-Zajko WJ. Vocal índices of biological age. *Journal of Voice* 1987; 1(1): 31-7.
31. Anhoque CF. Análise perceptivo-auditiva e acústica da voz de idosas fisicamente ativas e sedentárias. Monografia para a obtenção do título de Especialista em Voz. São Paulo, Centro de Estudos da Voz, 2003.
32. Moraes ACR, Rodrigues SS. Saber popular e saber científico sobre cuidados com a voz. [monografia]. Piracicaba (SP): Universidade Metodista de Piracicaba; 2004.
33. Soares EB, Borba DT, Barbosa TK, Medved DM, Albuquerque Montenegro AC. Hábitos vocais em dois grupos de idosos. *Revista CEFAC*, São Paulo, 2007, v.9, n.2, 221-27.
34. Penteado ZR, Penteado BPAL. Percepção da voz e saúde vocal em idosos coralistas. *Revista CEFAC*, São Paulo, 2009.
35. Cassol M. Avaliação de Percepção do Envelhecimento Vocal em Idosos. *Estud. interdiscip. envelhec.*, Porto Alegre, v. 9, p.41-52, 2006.
36. Schneider B; Van Trotsenburg M; Hanke G; Bigenzahn, W; Huber, J. Voice Impairment and Menopause. *Menopause*, New York, v.11, n.2, p.151-158, 2004.
37. Polido, AM; Martins, MASUR; Hanayama, EM. Percepção do Envelhecimento Vocal na Terceira Idade. *Revista CEFAC*, São Paulo, v.7, n. 2, p. 241-51, abr.-jun., 2005.
38. Sousa CGN, Russo PCI. Audição e Percepção da perda auditiva em idosos. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, São Paulo, 2009.
39. Troen RB. The biology of aging. *The Mount Sinai Journal of Medicine* 2003, 70(1): 3-22.

CONCORDÂNCIA ENTRE RESULTADOS DE EXAMES LABORATORIAIS AUTORREFERIDOS E OBTIDOS EM PRONTUÁRIOS DE PORTADORES DE DIABETES MELLITUS

Agreement Between Self-reports Laboratory Tests Results and Results From Records the Patients With Diabetes Mellitus

Maira Sayuri Sakay Bortoletto¹, Maria do Carmo Lourenço Haddad², Selma Maffei de Andrade³, Tiemi Matsuo⁴, Alberto Durán González⁵

-
1. Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Docente do Departamento de Saúde coletiva da Universidade Estadual de Londrina.
 2. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Docente do Departamento de Saúde coletiva da Universidade Estadual de Londrina.
 3. Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (PR).
 4. Matemática. Doutora em Estatística. Docente do Departamento de Estatística da Universidade Estadual de Londrina (PR).
 5. Farmacêutico. Doutor em Saúde Coletiva. Docente do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina (PR).

► **CONTATO:** Maira Sayuri Sakay Bortoletto | Universidade Estadual de Londrina | Rua José Manoel de Souza, 37, casa 7 - Vale dos Tucanos | Londrina | Paraná | CEP 86046-541 | E-mail: mairabortoletto@hotmail.com

Resumo

Este estudo objetivou verificar a concordância entre resultados de exames laboratoriais autorreferidos e resultados contidos em prontuários de portadores de diabetes mellitus. Trata-se de um estudo transversal realizado em unidades de saúde da família no município de Londrina-PR nas quais foram entrevistados 337 portadores de diabetes mellitus que tiveram seus prontuários analisados posteriormente ao consentimento dos indivíduos. As perguntas contidas no instrumento de coleta de dados eram referentes a dados socioeconômicos, demográficos e resultados de exames registrados nos prontuários e autorreferidos. O período de coleta ocorreu entre dezembro de 2008 e março de 2009. Os dados descritivos foram analisados no programa Epi Info 3.5.1 e o cálculo do coeficiente de concordância de kappa foi realizado no programa R versão 2.11.1. Entre os resultados referentes à concordância entre as informações, a concordância foi boa no colesterol ($k=0,623$), pobre na glicemia ($k= 0,394$) e ausente nos exames de HDL, LDL e no triglicérides ($k < 0$). Os resultados demonstraram pouco conhecimento da população portadora de diabetes em relação ao controle metabólico e baixa concordância entre os resultados de exames laboratoriais autorreferidos e resultados contidos em prontuários.

PALAVRAS-CHAVE: Validade dos testes, testes laboratoriais, glicemia, colesterol, triglicérides, diabetes mellitus.

Abstract

This study aims to verify the correlation between self-reported laboratory tests results and results contained in diabetics patients records. This is a cross-sectional study realized in family health units in Londrina-PR in which were interviewed 337 patients with diabetes mellitus who have had their records reviewed after individuals consents. The questions were related to demographic, socioeconomic and test results from medical records and self-reported. The collection period was between december 2008 and march 2009. Descriptive data were analyzed using Epi Info 3.5.1 and the calculation of kappa agreement coefficient, was performed in R program version 2.11.1. In the correlation between the informations was good in cholesterol ($k = 0.623$), poor in blood glucose ($k = 0.394$) and absent in the examination of HDL, LDL and in triglycerides ($k < 0$). The results demonstrated poor knowledge of the diabetic population in relation to metabolic control and low agreement between self-reported laboratory test results and results obtained in patients records.

KEYWORDS: Validity of tests, laboratory test, blood glucose, cholesterol, triglycerides, diabetes mellitus.

Introdução

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica universal e destaca-se por suas altas taxas de morbidade e mortalidade e suas repercussões sociais e econômicas configurando-se como um dos principais problemas de saúde pública na atualidade¹⁻⁴

A sua prevalência aumenta exponencialmente em vários países e prevê-se que, em 2030, 366 milhões de indivíduos sejam portadores de DM, dos quais dois terços habitarão países em desenvolvimento³. As projeções para esta doença e os fatores associados ao seu crescimento justificam a crescente preocupação com os custos gerados por ela, seja para o sistema de saúde ou para o portador de diabetes⁵⁻⁶.

Dessa forma, destaca-se a importância dos estudos realizados com intuito de identificar os fatores associados ao controle e as complicações do DM, sejam eles diretamente relacionados ao indivíduo ou ao contexto no qual se dá o cuidado ao portador de diabetes^{5, 7-13}.

Entre os meios de se avaliar o controle da doença encontra-se a avaliação metabólica mensurada pelo resultado de exames laboratoriais. Resultados esses que são estudados por meio de valores obtidos ora com a realização de exames laboratoriais ou pela análise de dados secundários^{5,9}, ora pelo relato dos indivíduos com DM¹⁴⁻¹⁵.

A realização dos exames laboratoriais durante uma pesquisa eleva o custo, aumenta a sua duração e, em algumas situações, limita a escolha do delineamento e restringe o tamanho amostral. Por outro lado, autores¹⁶ reforçam que em pesquisas que consideram a informação autorreferida existem algumas fragilidades como o viés de memória, a influência do acesso ao serviço de saúde, além de sofrer interferências dependendo do tipo de enfermidade estudada. Diante deste fato as informações autorreferidas obtidas em entrevistas diretas ou por telefone têm sido utilizadas frequentemente na avaliação da condição de saúde da população¹⁷⁻¹⁸.

Dessa forma, estudos que busquem identificar a confiabilidade das informações autorreferidas são relevantes. Todavia, estudos que comparem a concordância entre resultados de exames autorreferidos e mensurados ou verificados em fontes secundárias são escassos. No entanto, em relação às medidas antropométricas, estudos¹⁹⁻²¹ demonstram elevada concordância entre as informações relatadas e mensuradas. Todavia esses achados não podem ser tomados como referência para os resultados de exames laboratoriais, uma vez que o peso e altura são informações que a população, de maneira geral, tem acesso facilitado, enquanto as informações de controle metabólico dependem de diversos fatores dificultadores.

Em face do exposto, esse estudo objetiva verificar a concordância entre informações autorreferidas e de informações extraídas de prontuários de pacientes portadores de diabetes, referentes aos resultados de exames laboratoriais de portadores de DM.

Materiais e Métodos

Trata-se de um estudo transversal, individuado e observacional, realizado em duas unidades de saúde da família do município de Londrina.

A escolha das unidades ocorreu pelos seguintes critérios: apresentar o maior número de portadores de DM cadastrados entre todas as unidades de saúde do município, realizar assistência ao portador de DM conforme o protocolo municipal de saúde do adulto e apresentar semelhanças populacionais. A população de estudo foi constituída pelos portadores de DM tipo 2 cadastrados no sistema de informação da atenção básica, com prontuários e acompanhados nessas unidades de saúde. A população estudada foi composta pela totalidade de indivíduos portadores de DM tipo 2 desses serviços (362 indivíduos).

Os dados foram obtidos mediante entrevista e preenchimento de um formulário e foram coletados pela pesquisadora e quatro alunas de graduação de enfermagem previamente treinadas.

Após o consentimento dos indivíduos, foi utilizado um instrumento de coleta de dados com campos para dados da entrevista (socioeconômicas e demográficas) e dados dos prontuários dos pacientes (resultados de exames laboratoriais). A coleta de dados foi realizada entre dezembro de 2008 e março de 2009 nas referidas unidades de saúde, após a aprovação do comitê de ética em pesquisa da Universidade Estadual de Londrina.

Entre as variáveis do estudo socioeconômicas e demográficas; sexo (feminino/masculino), idade (anos completos para posterior categorização), situação conjugal (com e sem parceiro), cor de pele (branca, preta, parda e outras), classe econômica (segundo o critério de consumo da ABEP que classifica o consumo em classes de A a E)²² e escolaridade (anos completos de estudo); resultados de exames laboratoriais (glicemia de jejum, colesterol total, HDL colesterol, LDL colesterol e triglicérides) registrados nos prontuários nos últimos seis meses, em caso de mais de um registro nesse intervalo de tempo optou-se pelo último registro, já para a coleta da informação referida pelos pacientes com diabetes perguntou-se o valor do último resultado de exame. Para análise, os dados de resultados de exames laboratoriais foram categorizados como “adequados” e “inadequados” de acordo com os parâmetros apresentados pela America Diabetes Association¹ e pela Sociedade Brasileira de Diabetes²³ nos valores apresentados para o controle do diabetes.

Para entrada e análise dos dados foi utilizado o programa Epi Info versão 3.5.1 e, posteriormente, no programa R versão 2.11.1. foi calculado o coeficiente Kappa (k) entre as variáveis relacionadas aos resultados de exames laboratoriais. A interpretação do coeficiente foi realizada mediante a seguinte classificação: excelente concordância se os valores de k forem iguais ou superiores a 0,75, boa concordância para valores entre 0,41 e 0,74, fraca concordância para valores iguais e menores a 0,40 e ausência de concordância para valores iguais ou menores que 0 (zero)²⁴.

O coeficiente kappa foi aplicado somente nos casos em que havia registro das informações necessárias no prontuário e os entrevistados referiam os resultados dos exames laboratoriais.

Resultados

Dos 362 indivíduos elegíveis para o estudo foram entrevistados 337 (93,1%), pois 25 se recusaram a participar do estudo. Entre os 337 entrevistados, 165 (49,0%) eram da unidade na região oeste 172 (51,0%) da unidade na região central.

Entre os portadores de DM que participaram do estudo, 201 (60,0%) eram mulheres. A idade variou de 30 a 71 anos com média de 64,6 anos, desvio padrão de 12,5 anos, mediana de 65 anos e 68,2% tinha 60 anos ou mais. Apenas 27,0% tinham oito anos ou mais de estudo e aproximadamente 68,8% referiram cor da pele branca, 63,2% tinham companheiro e 13,1% eram da classe econômica A ou B. (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos portadores de diabetes mellitus segundo características sociodemográficas em unidades central e na região oeste, Londrina - PR, 2013.

Características		n	%
Sexo	Feminino	201	60,0
	Masculino	136	40,0
Faixa etária (anos)	20 - 39	17	5,1
	40 - 59	90	26,7
	60 - 69	108	32,0
	70 ou mais	122	36,2
Escolaridade	< 4 anos	125	37,1
	4 - 7 anos	121	35,9
	8 anos ou mais	91	27,0
Cor de pele	Branca	232	68,8
	Preta/Parda	78	23,1
	Outras	27	8,1
Situação conjugal	Com parceiro	213	63,2
	Sem parceiro	124	36,8
Classe ABEP	A-B	44	13,1
	C	230	68,2
	D-E	63	18,7

A frequência do registro dos exames laboratoriais nos 337 prontuários e o autorreferimento sobre os mesmos encontram-se na tabela 2. Nos prontuários encontrou-se o registro da maioria dos resultados dos exames laboratoriais, com exceção LDL (7,1%). Em relação à glicemia em jejum autorreferida, aproximadamente 60% relataram o resultado, para os demais exames, menos de 50% mencionaram o resultado, com destaque para o LDL com apenas 3,6%.

Tabela 2. Distribuição dos resultados totais de exames laboratoriais autorreferido e nos prontuários dos portadores de diabetes mellitus, Londrina - PR, 2013.

Exame	Resultados Obtidos	
	Prontuário	Autorreferido
Glicemia de jejum	336 (99,7%)	205 (60,8%)
Colesterol	314 (93,2%)	161 (47,8%)
HDL	287 (85,2%)	60 (17,8%)
LDL	24 (7,1%)	12 (3,6%)
Triglicerídeos	313 (92,9%)	98 (29,1%)

Na tabela 3 estão apresentados os resultados de exames contidos nos prontuários e autorreferidos pelos portadores de diabetes e que foram classificados em adequados e inadequados segundo a classificação de American Diabetes Association¹ e pela Sociedade Brasileira de Diabetes²³. Entre eles os resultados nos prontuários de maior inadequação segundo tais parâmetros foram o LDL (66,6%), o triglicerídeos (67,3%), a glicemia de jejum (58,6%) e o colesterol (43,5%). A concordância bruta dos resultados adequados foi observada em 22% dos casos para a glicemia, 46% para o colesterol, 43,3% para o HDL, nenhum caso para o LDL e 8,2% para o triglicérides. A discordância mais importante em relação ao autocuidado seria o resultado inadequado e referido como adequado, o que foi observado em 8,8% para o exame da glicemia, 8,1% para o colesterol, 38,3% para o HDL, 33,3% para o LDL e 35,7% para triglicerídeos.

Tabela 3. Resultados dos exames laboratoriais segundo a classificação da *American Diabetes Association* e Sociedade Brasileira de Diabetes. Londrina - PR, 2013.

	Exame	Resultados Autorreferidos				
		Inadequado		Adequado		
RESULTADOS DOS PRONTUÁRIOS	Glicemia	INADEQUADO	102	(49,8%)	18	(8,8%)
		ADEQUADO	40	(19,5%)	45	(22,0%)
	Colesterol	INADEQUADO	57	(35,4%)	13	(8,1%)
		ADEQUADO	17	(10,6%)	74	(46,0%)
	HDL	INADEQUADO	3	(5,0%)	23	(38,3%)
		ADEQUADO	8	(13,3%)	26	(43,3%)
	LDL	INADEQUADO	4	(33,3%)	4	(33,3%)
		ADEQUADO	4	(33,3%)	-	-
	Triglicerídeos	INADEQUADO	31	(31,6%)	35	(35,7%)
		ADEQUADO	24	(24,5%)	8	(8,2%)

Na Tabela 4 são apresentados os valores dos coeficientes k com seus respectivos intervalos de confiança de 95% e a classificação do grau de concordância segundo Paulino e Singer²⁴. O coeficiente de concordância para a glicemia de

jejum foi classificada como pobre com $k = 0,394$ (I.C. 95%: 0,262 – 0,526) e o colesterol apresentou boa concordância com coeficiente $k = 0,623$ (I.C. 95%: 0,502 a 0,745). Os demais não foram significativos.

Tabela 4. Distribuição dos coeficientes kappa por exame realizado dos portadores de diabetes mellitus, Londrina - PR, 2011.

Exame	Coefficiente Kappa	I.C. 95%	Classificação da concordância
Glicemia de jejum	0,394	0,262 – 0,526	Pobre
Colesterol	0,623	0,502 – 0,745	Boa
HDL	-0,129	-0,405 – 0,148	Ausente
LDL	-0,500	-1,001 – 0,100	Ausente
Triglicerídeos	-0,258	-0,460 – 0,055	Ausente

Discussão

O perfil sociodemográfico da população deste estudo se assemelha a outros estudos com predomínio da população feminina, com idade acima de 60 anos, com escolaridade menor que sete anos, com cor de pele branca, com parceiro fixo e de classe econômica intermediária^{6,11,15}.

Observa-se que entre os portadores de DM deste estudo o autoconhecimento do controle metabólico foi pequeno e com pouca qualidade, ou seja, quando os indivíduos se lembravam dos seus últimos resultados de exames, poucas vezes eram coerentes com os resultados registrados nos últimos seis meses nos seus prontuários. Esses achados ressaltam a importância dos profissionais de saúde em buscar cotidianamente meios para tornar os portadores de DM mais proativos na prevenção de complicações da doença e conhecedores do seu controle metabólico²⁵⁻²⁷.

Situação positiva foi encontrada em relação ao controle do colesterol total, no entanto o mesmo não ocorreu com suas frações. Talvez haja nesse resultado uma influência da valorização do indivíduo portador de diabetes ao que se refere ao controle do colesterol, vinculando o seu controle à prevenção de outros agravos em saúde que possam ocorrer em virtude de um mau controle desses indicadores.

Quando comparado o nível de concordância com outros estudos que comparam medidas antropométricas¹⁹⁻²¹ com informações autorrelatadas, nossos resultados demonstram valores concordantes muito inferiores. Nessa comparação é necessário considerar aspecto relacionado à facilidade do acesso que a população tem a essas informações o que não ocorre com o controle metabólico.

Nesse sentido a abordagem multidisciplinar tem sido apresentada como uma ação de sucesso no acompanhamento e tratamento do portador de diabetes^{1,23}. Principalmente ao que se refere à educação em saúde na busca de maior autonomia e qualidade na realização autocuidado²⁷.

Além da necessidade de ações em saúde que melhorem o conhecimento da população portadora

de DM sobre o seu controle metabólico, esses achados instigam o pensar sobre a confiabilidade de informações autorreferidas em inquéritos populacionais referentes aos resultados de exames.

A discussão sobre a qualidade dos dados obtidos em inquéritos populacionais é crescente e algumas considerações têm sido abordadas na direção da confiabilidade de tais dados^{17,28-29}. Não buscamos aqui contestar tais achados, mas instigar a reflexão se o mesmo pode ser afirmado quando se trata de resultados de exames, pois talvez esses não sejam dados conhecidos da maioria da população. Destaca-se, também, a dificuldade para interpretar os resultados dos exames laboratoriais e para rememorá-los a qualquer momento, ao contrário de informações relativas à situação econômica, demográfica, medidas antropométricas entre outras que perpassam o cotidiano das pessoas^{21,28}, 30. Dessa forma, estudos¹⁴⁻¹⁵ que utilizem informações autorreferidas para resultados de exames talvez mereçam um destaque em sua discussão, tendo esse fato como um possível viés.

Uma das limitações do presente estudo é o pequeno tamanho amostral encontrado em alguns exames laboratoriais que inviabilizaram sua análise simples e estratificada por sexo e idade. Fatores esses que têm sido apresentados como possíveis influenciadores na concordância entre dados autorreferidos e mensurados/coletados^{21,30}. Dessa forma, sugere-se a realização de outros estudos buscando verificar a confiabilidade das informações autorreferidas relacionadas aos resultados de exames controlados por esses fatores.

Considerações Finais

Este estudo indica que a informação autorreferida para resultados de exames laboratoriais entre portadores de DM ainda é pouco lembrada pelos indivíduos e com pouca concordância com os valores reais. Estes resultados são contrários aos obtidos em estudos que avaliam concordância de informações antropométricas que indicam boa concordância entre tais informações. Assim, estudos que trabalham com informações de exames

laboratoriais autorreferidas podem sofrer limitações graves que podem comprometer os resultados. Nestes estudos, os autores devem prever recursos para realizar os exames ou buscar resultados em fontes secundárias.

Referências Bibliográficas

1. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes in 2008. *Diabetes Care* 2008; 31(Supl.1):12-54.
2. Barceló A, Aedo C, Rajpathak S, Robles S. The cost of diabetes in Latin America and the Caribbean. *Bull World Health Organ* 2003; 81(1):19-26.
3. World Health Organization. Diabetes Programme. Disponível em www.who.int/diabetes/facts/world_figures/en. [Acessado em 10 de fevereiro de 2010].
4. Rigon R, Rossi AG, Cóser PL. A. Achados otoneurológicos em indivíduos portadores de Diabetes mellitus tipo 1. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2007; 73(1):106-11.
5. Panarotto D, Teles AR, Schumacher MV. Fatores associados ao controle glicêmico em pacientes com diabetes tipo 2. *Rev Assoc Med Bras* 2008; 54(4):314-21.
6. Vieira-Santos ICR, Souza WV, Carvalho EF, Medeiros MCWC, Nóbrega MGL, Lima PMS. Prevalência de pé diabético e fatores associados nas unidades de saúde da família da cidade do Recife, Pernambuco, Brasil, em 2005. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(12):2861-70.
7. Assunção MCF, Santos I, Gigante DP. Atenção primária em diabetes no Sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. *Rev Saúde Pública* 2001; 35(1):89-95.
8. Avogaro A, Giorda C, Maggini M, Mannucci E, Raschetti R, Lombardo F, et al. Incidence of coronary heart disease in type 2 diabetic men and women. *Diabetes Care* 2007; 30(5):1241-7.
9. Bianchi C. Primary prevention of cardiovascular disease in people with dysglycemia. *Diabetes Care* 2008; 31(Supl.2):208-14.
10. Bruce SG, Young TK. Prevalence and risk factors for neuropathy in a Canadian first nation community. *Diabetes Care* 2008; 31(9):1837-41.
11. Grossi SAA, Cianciarullo TI, Della Manna T. Caracterização dos perfis glicêmicos domiciliares como estratégia para os ajustes insulinoterápicos em pacientes com diabetes mellitus do tipo 1. *Rev Esc Enferm USP* 2003; 37(1):62-71.
12. Péres DS, Santos MA, Zanetti ML, Ferronato AA, et al. Difficulties of diabetic patients in the illness control: feelings and behaviors. *Rev Latinoam Enfermagem* 2007; 33(6):1105-1112.
13. Rodrigues TC, Lima MHM, Nozawa MR. Control of diabetes mellitus in users of public health unit of the city of Campinas, São Paulo state. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 5(1):41-49.
14. Otero LM, Zanetti ML, Teixeira CRDS. Sociodemographic and clinical characteristics of a diabetic population at a primary level health care center. *Rev Latinoam Enferm* 2007; 15:768-73.
15. Pace AE, Ochoa-Vigo K, Caliri MHL, Fernandes APM. O conhecimento sobre diabetes mellitus no processo de autocuidado. *Rev Latinoam Enferm* 2006; 14(5):728-34.
16. Macintyre S, Der G, Norrie J. Are there socioeconomic differences in responses to a commonly used self report measure of chronic illness? *Int J Epidemiol* 2005; 34(6):1284-90.
17. Almeida MF, Barata RB, Montero CV, Silva ZP. Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7(4):743-56.
18. Monteiro CA, Florindo AA, Claro RM, Moura EC. Validade de indicadores de atividade física e sedentarismo obtidos por inquérito telefônico. *Rev. Saúde Pública* 2008; 42(4):575-81.
19. Bleil RAT, Slay E, Silva MV. Uso de medidas autorreferidas para avaliação do estado nutricional de adolescentes. *Alim. Nutr* 2009; 20(2):335-41.
20. Fonseca MJM, Faerstein E, Chor D, Lopes CS. Validade de peso e estatura informados e índice de

massa corporal: estudo pró-saúde. Rev.Saúde Pública 2004; 38(3):392-8.

21. Rech CR, Petroski EL, Böing O, Babel Júnior RJ, Soares MR. Concordância entre as medidas de peso e estatura mensuradas e auto-referidas para o diagnóstico do estado nutricional de idosos residentes no sul do Brasil. Rev Bras Med Esporte 2008; 14(2):126-31.

22. ABEP, Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. CCEB – Critério Brasil. Disponível em: <<http://www.abep.org/novo/Content.aspx?SectionID=84>>. Acesso em: 2012.

23. Sociedade Brasileira de Diabetes. Tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus. Rio de Janeiro: Diagrafic, 2007.

24. Paulino CD, Singer JM. Análise de dados categorizados. 1.ed. São Paulo: Edgard Blucher; 2006.

25. Trento M, Passera P, Tomalino M, Bajardi M, Pompero F, Allione A, et al. Group Visits Improve Metabolic Control in Type 2 Diabetes. Diabetes Care 2001; 24(6):995-1000.

26. Silva TR, Feldmam C, Lima MHA, Nobre MRC, Domingues RZL. Controle de diabetes Mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. Saúde Soc 2006; 15(3):180-89.

27. Gimenes HT, Zanetti ML, Otero LM, Teixeira CRS. O conhecimento do paciente diabético tipo 2 acerca dos antidiabéticos orais. Ciênc Cuid Saúde 2006; 5(3):318-25.

28. Malta DC, Leal MC, Costa MFL, Moraes Neto OL. Inquéritos Nacionais de Saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. Rev Bras Epidemiol 2008; 11(Supl.1):159-67.

29. Viacava F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. Ciênc Saúde Coletiva 2002; 7(4):607-21.

30. Kuczmarski MF, Kuczmarski RJ, Najjar M. Effects of age on validity of self-reported height, weight, and body mass index: findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. J Am Diet Assoc 2001; 101(1):28-34.

PREVALÊNCIA DE SINTOMAS MUSCULOESQUELÉTICOS EM PROFISSIONAIS DE UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR

Prevalence of Musculoskeletal Symptoms in Workers in High Level Educational Institutions

Andressa Martins da Costa¹, Ana Cláudia Conceição da Silva², Jefferson Paixão Cardoso³, Saulo Vasconcelos Rocha⁴

-
1. Fisioterapeuta, Departamento de Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).
 2. Mestre em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).
 3. Mestre em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).
 4. Mestre em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).

► **CONTATO:** Jefferson Paixão Cardoso | Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) | Av. José Moreira Sobrinho, Sn - Jequiezinho | Jequié | Bahia | CEP 45206-190 | E-mail: jpcardoso@uesb.edu.br

Resumo

Este estudo objetiva estimar a prevalência de sintomas musculoesqueléticos segundo variáveis sociodemográficas e ocupacionais entre profissionais de uma instituição de ensino superior, Jequié, Bahia. Foi realizado um estudo epidemiológico de corte transversal, de caráter censitário, incluiu 83 funcionários da Instituição, dentre os 102 (taxa resposta=81,37%). A prevalência global de sintomas musculoesqueléticos (SME) nos últimos doze meses foi de 51,9%, e nos últimos sete dias 39,0%. Foram encontradas maiores prevalências de SME na análise bivariada no sexo feminino (56,4%) na lombar nos últimos doze meses; com idade menor ou igual a 38 anos (51,1% e 33,3% ambos na região lombar nos últimos doze meses e últimos sete dias respectivamente); que possuíam mais tempo de trabalho (30,0% e 29,0% ambas na região do pescoço nos últimos sete dias e nos últimos doze meses respectivamente); entre os que mantinham a postura sentada e permanência em postura forçada na região lombar nos últimos sete dias (29,7%) e parte superior das costas nos últimos doze meses (41,8%) para posição sentada e em todas as regiões para permanência forçada. Observou-se associação estatisticamente significativa entre sexo e SME na parte superior das costas ($p=0,033$), e entre cor da pele e SME no pescoço, ambos para os últimos sete dias ($p=0,024$). A partir desses achados surge a necessidade de implementar medidas de prevenção e promoção da saúde, que visem a melhoria das condições de trabalho e prevenção de sintomas musculoesqueléticos.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde-Trabalho, Saúde do Trabalhador, Distúrbios Musculoesqueléticos.

Abstract

The aim of this work was to investigate the prevalence of musculoskeletal symptoms according socio-demographics and occupational variables among professionals of a higher education institution, Jequié, Bahia. It was carried out an epidemiological, cross-sectional study, of census character, that included 83 employees of the institution, among 102 (response rate = 81.37%). The overall prevalence of musculoskeletal symptoms (MSS) in the last twelve months was 51.9% and for the past seven days was (39.0%). Higher prevalence was found in MSS in bivariate analysis on females (56.4%) in lumbar on the last twelve months; on those aged less or equal to 38 years (51.1% and 33.3% in lumbar region on the last twelve months and for the past seven days respectively); on those who had more length of work (30% and 29% both on the neck region for the past seven days and on the last twelve months); sitting posture and stance forced stay position in the lumbar region on the last seven days (29.7%) and upper back region on the last twelve months (41.8%) to the sitting position and in all regions to forced stance. There was a statistically significant association between sex and MSS in the upper back ($p=0.033$) and between skin color and MSS in the neck, both for the last seven days ($p=0.024$). From these findings arise the need to implement prevention measures and health promotion, aimed at improving working conditions and prevention of musculoskeletal symptoms.

KEYWORDS: Workers; Occupational Health; Musculoskeletal System.

Introdução

O trabalho é uma atividade que valoriza o homem, preenche sua vida e pode ser considerada uma condição necessária para a liberdade¹. Porém, no ambiente de trabalho, na execução da atividade laboral, o corpo sofre influências do tipo de trabalho, da gestão, da divisão e da forma de organização do trabalho^{2,3,4}.

A depender da forma como esses elementos estão estruturados, podem surgir e/ou desenvolver situações sobre o corpo do trabalhador, causando as chamadas “doenças ocupacionais”, que comprometem a saúde, favorecendo o desequilíbrio físico, psíquico e social⁵.

No Brasil, os gastos anuais com saúde ocupacional são em torno de 12,5 bilhões de reais. Esses são decorrentes de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, dentre elas as doenças oriundas do aumento dos níveis de estresse⁶.

Quando relatado o evento doloroso na região lombar, observa-se alta prevalência na população ativa, causando limitação de atividade entre

peças com menos de 45 anos e afastando estes profissionais de suas atividades⁷. A manifestação dolorosa altera a funcionalidade física e o estado emocional da pessoa, prejudicando a capacidade para o trabalho e qualidade de vida⁸.

Os fatores psicológicos, fisiológicos e socioculturais influenciam os sintomas musculoesqueléticos - SME. O quadro algico pode estar relacionado também ao humor, experiências anteriores, crenças atitudes, conhecimentos e significados simbólicos atribuídos, o que torna seu significado individual, pois somente quem a sente sabe relatar e localizar⁹.

A dor é o sintoma mais comum em indivíduos com desordens musculoesqueléticas podendo comprometer a atividade laboral em maior ou menor intensidade a depender da influência de fatores organizacionais, situacionais e pessoais. Observa-se que o trabalhador começa a ter seu rendimento prejudicado, quando observado esforço físico elevado e atividade repetitiva¹⁰. Os SME também

podem evoluir para Síndromes Dolorosas Crônicas, prejudicando substancialmente a produtividade e qualidade de vida das pessoas acometidas¹¹.

A maioria dos funcionários que trabalham em instituições de ensino superior desempenha atividades laborais na área administrativa. Esses profissionais realizam atividades formadas por ações de planejamento, organização, direção e controle caracterizados pela aplicação de esforço físico e mental numa função de gerência por meio de outras pessoas¹². Com isso, essas pessoas podem desenvolver posturas inadequadas e descarga emocional excessiva, constituindo demandas que, somadas a fatores pessoais e psicossociais, podem ser precursoras para o desenvolvimento de sintomas musculoesqueléticos.

Os SME têm sido objetivo de estudo em vários estudos em outras categorias profissionais: bancários¹⁰, enfermeiros¹³, trabalhadores da indústria têxtil¹⁴, cirurgiões dentista¹⁵, entre outros.

Porém, estudos em funcionários de instituições de Ensino Superior são escassos, e o conhecimento das características do trabalho desses profissionais poderá fornecer subsídios para o desenvolvimento de ações e medidas que visem à melhoria das características do trabalho a fim de prevenir, monitorar e eliminar o desenvolvimento das SME.

Dessa forma, este estudo objetivou estimar a prevalência de sintomas musculoesqueléticos entre profissionais de uma Instituição de ensino superior, e investigar a ocorrência segundo características sociodemográficas e do trabalho.

Métodos

Estudo de corte transversal, de caráter descritivo, realizado no período de março a novembro de 2009, entre funcionários da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Campus Jequié. Foram selecionados todos os trabalhadores que possuíam vínculo na Instituição através de contrato temporário, prestação de serviços ou efetivos.

Utilizou-se instrumento de coleta de dados padronizado compostos por 9 blocos de questões. Para este estudo foram analisados apenas os blocos referentes a *Características sociodemográficas*: sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade, renda mensal, raça/cor; *Características do trabalho*: tempo de serviço, carga horária, vínculo de trabalho, tipo de trabalho, ocupação, outra atividade; e *Sintomatologia musculoesquelética*: composto por questões do “*Nordic musculoskeletal questionnaire*”¹⁶. Este último bloco avaliou a sintomatologia musculoesquelética em regiões corporais específicas (mão/punho, cotovelo, ombro, pescoço, parte superior das costas, parte inferior das costas = região lombar, coxa/quadril, joelho, tornozelo e pés) em relação aos últimos doze meses e últimos sete dias. O “*Nordic musculoskeletal questionnaire*” foi validado para estudos em trabalhadores na população brasileira¹⁷.

A coleta de dados foi realizada por uma equipe previamente treinada e realizada através de entrevista individual no setor de trabalho do participante. Todos os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos e procedimentos da pesquisa.

Para análise dos dados procedeu-se a estatística descritiva incluindo média e desvio-padrão das variáveis contínuas. As variáveis categóricas foram analisadas através da estimativa de frequência (proporções e percentuais). Para avaliar a associação entre as variáveis sociodemográficas, ocupacionais e sintomas musculoesqueléticos foi utilizado teste de Qui-quadrado de Pearson e teste Exato de Fischer, considerando estatisticamente significativo quando o valor de p foi menor ou igual a cinco ($p \leq 0,05$). Os dados foram tabulados com auxílio do software EpiData, versão 3.5, e analisados com o programa estatístico R versão 2.10.0.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP/UESB), protocolo 008/2009. Os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos e procedimentos do

trabalho e estiveram livres a qualquer momento em não responder as questões do instrumento de coleta ou mesmo desistirem de participar da pesquisa.

Resultados

Foram entrevistados 83 funcionários da Instituição, dentre os 102 (taxa resposta= 81,37%). Observou-se que 49,4% pertenciam ao sexo feminino e 50,6% ao sexo masculino. A média de idade foi de $37,96 \pm 11,86$ anos, sendo que a idade mínima foi de 18 e a máxima de 65 anos. Quando avaliada por faixa etária, 57,0% dos funcionários apresentaram idade menor que 38 anos de idade (Tabela 1).

De acordo com a escolaridade, 80,0% dos entrevistados possuíam nível superior, seguido por 18,5% com ensino médio. A maioria dos funcionários (61,5%) era constituída de casados e 57% possuíam filhos, sendo 63,8% destes com dois ou mais filhos. A cor da pele referida como parda foi de 57,1% entre os entrevistados (Tabela 1).

A Tabela 2 apresenta a população do estudo segundo características ocupacionais. Com relação ao tempo de trabalho a média foi $9,70 \pm 9,24$ anos, variando de pessoas que possuíam tempo de

trabalho menor que um ano a trinta e dois anos. A maioria dos funcionários (61,3%) trabalhava 9,7 anos ou menos com concentração maior do trabalho no turno diurno fixo (79,2%) e 51,3% já trabalharam em outro setor. Grande parte destes tinha vínculo efetivo (70,1%) e 76,9% possuíam outro vínculo além da universidade. Estes funcionários apresentam carga horária semanal total acima de 40 horas (75,0%).

A prevalência global de SME nos últimos doze meses foi de 51,9% dos entrevistados e nos últimos sete dias compreendeu 39,0%. Ao analisar a quantidade de segmentos para SME nos últimos doze meses foram eles referidos em até quatro segmentos corporais, sendo que os participantes apresentaram maior prevalência de SME em quatro segmentos corporais (48,1%). Quando analisados nos últimos sete dias, até três segmentos foram

Tabela 1. Caracterização da população de trabalhadores segundo variáveis sociodemográficas. Jequié, 2009.

Variáveis (N)	n	%	
Sexo (79)	Feminino	39	49,4
	Masculino	40	50,6
Faixa Etária (79)	≤ 38 anos	45	57,0
	> 38 anos	34	43,0
Escolaridade (65)	Fundamental II	1	1,5
	Ensino médio	12	18,5
	Superior	52	80,0
Cor da pele/Raça (77)	Negra	11	14,3
	Parda	44	57,1
	Amarela	1	1,3
	Branca	19	24,7
Situação Conjugal (78)	Casado	48	61,5
	Solt/Viu/Sep/Div	30	38,5
Filhos (79)	Sim	45	57,0
	Não	34	43,0
Número de filhos (47)	1 Filho	17	36,2
	2 ou mais filhos	30	63,8

Tabela 2. Caracterização da população de trabalhadores segundo variáveis ocupacionais. Jequié, 2009.

Variáveis (N)	n	%
Tempo de trabalho (80)		
≤ 9,7 anos	49	61,3
>9,7 anos	31	38,8
Turno de trabalho (77)		
Diurno fixo	61	79,2
Noturno fixo	4	5,2
Diurno/noturno alternante	7	9,1
Revezamento de turno	5	6,5
Trabalhou em outro setor (78)		
Sim	40	51,3
Não	38	48,7
Vínculo de trabalho (77)		
Contrato temporário	10	13,0
Prestação de serviços	13	16,9
Efetivo	54	70,1
Quantos vínculos (26)		
2 ou mais vínculos	6	23,1
1 vínculo	20	76,9
Carga horária semanal Total (24)		
>40 horas	18	75,0
≥ 40 horas	6	25,0
Outra atividade remunerada (78)		
Sim	31	39,7
Não	47	60,3
Postura sentada		
Frequente	67	82,7
Pouco frequente	14	17,3
Permanência em postura forçada		
Frequente	14	16,9
Pouco frequente	66	79,5

investigados, sendo que 54,0% dos participantes com SME referiram SME em apenas um segmento corporal e 33,3% em dois segmentos.

Na análise bivariada o sexo feminino apresentou maior sintomatologia musculoesquelética para as regiões corporais analisadas tanto nos últimos sete dias quanto nos últimos doze meses, sendo que a região lombar apresentou maiores prevalências, respectivamente 32,4% e 56,4% (Tabela 3).

Analisando a faixa etária e sintomas musculoesqueléticos, observou-se que funcionários com idade menor ou igual a 38 anos apresentaram maiores prevalências, com destaque para a parte superior das costas (44,4%) e região lombar (51,1%) nos últimos 12 meses.

Com relação à escolaridade observaram-se maiores prevalências para quem possuía nível superior em todos os segmentos corporais tanto nos últimos sete dias como nos últimos doze meses. Destaca-se que a prevalência foi a mesma (23,1%) quando foram avaliados sintomas musculoesqueléticos nos últimos doze meses.

Funcionários que referiram cor da pele como branca ou amarela mostraram maiores

sintomatologias nas regiões do pescoço e parte superior das costas nos últimos sete dias e doze meses, porém, quanto à região lombar, pessoas que referiram cor da pele preta, parda ou indígena obtiveram maiores resultados.

A região superior das costas e lombar apresentou maiores prevalências, nos últimos doze meses quando se referiu à situação conjugal. Sendo que os solteiros, viúvos, separados e divorciados tiveram maiores prevalências na parte superior das costas (40,0%) e os casados, na região lombar (54,2%).

Aqueles que possuíam filhos apresentaram menores prevalências de SME, com exceção da região lombar, observada nos últimos doze meses. Porém, funcionários que tinham dois ou mais filhos referiram maiores queixas de SME para os segmentos analisados nos últimos sete dias e últimos doze meses.

Quando analisada a associação entre as variáveis sociodemográficas e sintomas musculoesqueléticos (pescoço, parte superior das costas e região lombar), observou-se associação estatisticamente significativa entre sexo e SME na parte superior das costas e entre cor da pele e SME no pescoço, ambos para os últimos sete dias.

Tabela 3. Associação entre fatores sociodemográficos e sintomas musculoesqueléticos em pescoço, parte superior das costas e região lombar entre trabalhadores. Jequié, 2009.

Variáveis (N)	7 dias						12 meses					
	Pescoço		Parte superior das costas		Região lombar		Pescoço		Parte superior das costas		Região lombar	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo												
Feminino	10	27,0	11*	29,7	12	32,4	12	30,8	19	48,7	22	56,4
Masculino	8	20,5	4	10,3	9	23,7	8	20,0	11	27,5	16	40,0
Faixa Etária												
≤ 38 anos	10	23,3	9	20,9	14	33,3	12	26,7	20	44,4	23	51,1
>38 anos	8	24,2	6	18,2	7	21,2	8	23,5	10	29,4	15	44,1
Escolaridade												
Médio	2	15,4	2	15,4	3	25,0	3	23,1	3	23,1	3	23,1
Superior	12	24,0	10	20,0	13	30,0	14	26,9	23	44,2	28	53,8
Cor da pele/Raça												
Preta/Parda/Indígena	9*	16,7	10	18,5	17	32,1	11	20,0	20	36,4	28	50,9
Branca/Amarela	8	42,1	5	26,3	4	21,1	8	40,0	8	40,0	9	45,0
Situação Conjugal												
Casado	9	19,6	8	17,4	14	30,4	11	22,9	17	35,4	26	54,2
Sol/Viúvo/Sep/Div	8	27,6	6	20,7	7	25,0	8	26,7	12	40,0	12	40,0
Filhos												
Sim	8	18,6	7	16,3	9	20,9	10	22,2	14	31,1	22	48,9
Não	10	30,3	8	24,2	12	37,5	10	29,4	16	47,1	16	47,1
Número de filhos												
1 Filho	1	6,3	1	6,3	2	12,5	2	11,8	5	29,4	8	47,1
2 ou mais filhos	7	24,1	6	20,7	7	24,1	8	26,7	11	36,7	15	50,0

* p ≤ 0,05

A Tabela 4 demonstra a análise entre os fatores ocupacionais e sintomas musculoesqueléticos. Aqueles que possuem mais tempo de trabalho demonstraram maiores prevalências de SME, com exceção da região lombar, quando se referiam aos últimos sete dias.

Funcionários que trabalhavam revezando seu turno de trabalho manifestaram maiores sintomas musculoesqueléticos na região lombar (30,0%) nos últimos 7 dias; pescoço (40,0%), parte superior das costas (40,0%) e lombar (80,0%) nos últimos 12 meses. Aqueles que já trabalharam em outro setor dentro da UESB relataram sentir menores sintomas, porém, na região lombar nos últimos 12 meses, tanto os que trabalharam em outro setor quanto aqueles que não trabalharam apresentaram 50% de SME.

Em relação à quantidade de vínculos, os funcionários que possuíam um vínculo apresentaram maiores prevalências, nos últimos sete dias, na região lombar (28,6%) e nos últimos doze meses apresentaram resultados semelhantes para a região

do pescoço e parte superior das costas, 25,0% e 35,0% respectivamente. Funcionários que possuíam carga horária de 40 horas apresentaram maiores prevalências de SME, nos últimos sete dias e efeito inverso ocorreu quando analisado esse fator nos últimos 12 meses.

Aqueles que não possuíam outra atividade remunerada demonstraram maiores ocorrências para SME tanto nos últimos 7 dias e últimos 12 meses. Porém, a região do pescoço nos últimos 12 meses apresentou equivalência nos resultados para os que possuem outra atividade e os que não possuem (19,4%).

Com relação à postura no trabalho, a postura sentada e permanência em postura forçada foram as mais prevalentes entre os trabalhadores. Sendo que a postura sentada foi mais frequente na região lombar nos últimos sete dias (29,7%) e parte superior das costas nos últimos doze meses (41,8%). A permanência em postura forçada foi frequente em todas as regiões tanto nos últimos sete dias quanto nos últimos doze meses.

Tabela 4. Associação entre fatores ocupacionais e sintomas musculoesqueléticos em pescoço, parte superior das costas e região lombar entre trabalhadores. Jequié, 2009.

Variáveis (N)	7 dias						12 meses					
	Pescoço		Parte superior das costas		Região lombar		Pescoço		Parte superior das costas		Região lombar	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tempo de trabalho												
> 9,7 anos	9	30,0	7	23,3	6	20,0	9	29,0	12	38,7	15	48,4
≤ 9,7 anos	11	23,4	9	19,1	16	34,8	12	24,5	19	38,8	24	49,0
Turno de trabalho												
Diurno fixo	14	24,1	12	20,7	15	25,9	16	26,2	23	37,7	29	47,5
Noturno fixo	2	50,0	1	25,0	1	25,0	-	-	1	25,0	2	50,0
Diurno/noturno alt	2	28,6	1	14,3	-	-	2	28,6	3	42,9	1	14,3
Revezamento de turno	1	20,0	1	20,0	3	60,0	2	40,0	2	40,0	4	80,0
Trabalhou em outro setor												
Sim	12	30,8	8	20,5	11	28,2	10	25,0	15	37,5	20	50,0
Não	27	69,2	31	79,5	28	71,8	30	75,0	25	62,5	20	50,0
Quantos vínculos												
2 ou mais vínculos	-	-	1	16,7	1	16,7	1	16,7	1	16,7	4	66,7
1 vínculo	5	25,0	3	15,0	5	26,3	5	25,0	7	35,0	10	50,0
Carga horária semanal total												
40 horas	8	26,7	7	23,3	10	33,3	6	19,4	11	35,5	14	45,2
20 horas	11	25,0	9	20,5	12	27,9	14	30,4	19	41,3	22	47,8
Outra atividade remunerada												
Sim	5	16,7	4	13,3	7	24,1	6	19,4	10	32,3	15	48,4
Não	25	83,3	26	86,7	22	75,9	6	19,4	21	67,7	16	51,6
Postura sentada												
Frequente	16	25,0	13	20,3	19	29,7	17	25,4	28	41,8	32	47,8
Pouco frequente	4	28,6	3	21,4	3	23,1	4	28,6	3	21,4	7	50,0
Permanência em postura forçada												
Frequente	8	57,1	5	35,7	6	46,2	6	42,9	6	42,9	8	57,1
Pouco frequente	12	19,0	11	17,5	16	25,4	14	21,2	24	36,4	30	45,5

Discussão

O estudo proporcionou apenas uma visão instantânea da realidade (prevalência de sintomas musculoesqueléticos), sem inferir relação causa-efeito. Não foi possível avaliar a relação entre os possíveis fatores de risco (sociodemográficos e ocupacionais) e SME, desta forma não fornece subsídios mais robustos sobre os fatores que influenciariam este evento.

Outra limitação se refere ao número de funcionários pesquisados, pois, entre os três campi da instituição de ensino, apenas um foi contemplado com o estudo. Apesar dos funcionários de outros campi estarem submetidos do ponto de vista da atividade laboral sobre as mesmas demandas, outros fatores poderiam contribuir para o efeito estudado.

Observou-se prevalência elevada de SME entre os trabalhadores estudados. A maioria dos trabalhadores era do sexo masculino, faixa etária maior que 38 anos, nível de escolaridade superior, cor parda, quase todos casados, possuíam mais de dois filhos, tempo de trabalho menor ou igual 9,7 anos, concentrados no turno diurno fixo, trabalharam em outro setor, efetivos, possuíam apenas um vínculo de trabalho, carga horária maior que 40 horas e frequência elevada em postura sentada.

De acordo com os achados pode-se constatar que a maior parte dos funcionários era do sexo masculino. Estes resultados corroboram com outros estudos na literatura^{10,18,19}. Quando investigado por categoria ou atividade laboral específica, outro estudo de maior aproximação realizado com trabalhadores de uma universidade em Popayan, Colômbia apresentou resultados diferentes. Dos indivíduos estudados, 59,3% eram do sexo feminino¹⁹. Picoloto e Silveira¹⁸ afirmam que as mulheres estão mais concentradas nas atividades de educação, saúde, comércio e trabalho em escritório, além do ramo alimentício, têxtil e microeletrônica. Neste estudo o predomínio maior foi no setor administrativo e entre trabalhadores do sexo masculino.

Os funcionários possuíam nível de escolaridade maior, com predominância do nível superior. Esta situação é o resultado das novas exigências para inserção no mercado de trabalho que inclui pessoas mais capacitadas. O fato de haver maior predomínio no nível superior é o novo retrato encontrado na literatura científica, pois em estudos anteriores observava-se predominância do segundo grau (ensino médio) completo^{10,18}. Estudos têm evidenciado que pessoas com baixo nível de escolaridade apresentam maior sintomatologia musculoesquelética^{18, 20}, pelo desempenho de funções que exigem esforço braçal, conscientização postural ou programas de melhoria da qualidade de vida do trabalho.

A prevalência global de SME nos últimos doze meses foi de 51,9% dos entrevistados e nos últimos sete dias compreendeu 39,0%. Estudo realizado com trabalhadores da indústria metalúrgica demonstrou prevalência de 75,2% nos últimos doze meses e 53,3% nos últimos sete dias¹⁸. Quando analisados os segmentos para SME, as maiores prevalências nos últimos doze meses foram para quatro segmentos corporais e nos últimos sete dias houve maiores prevalências em um segmento corporal. Os resultados em funcionários de uma indústria têxtil foram de 62,3% em mais de um local¹⁴.

Os indivíduos do sexo feminino apresentaram maior prevalência de SME tanto nos últimos sete dias quanto nos últimos doze meses, corroborando com outros achados na literatura^{10,14,18,19, 20,23}. Este quadro pode ser influenciado pelas demandas enfrentadas pelas mulheres no trabalho e no ambiente doméstico²², o acúmulo de funções no ambiente do trabalho e no lar pode contribuir para o surgimento, desenvolvimento e/ou manutenção dos sintomas musculoesqueléticos. As respostas biológicas decorrentes dos papéis exercidos pelas mulheres no trabalho e no lar estão associadas à maior prevalência de sintomas musculoesqueléticos¹⁸.

Com relação às regiões corporais analisadas, constatou-se predomínio das queixas no período de sete dias e doze meses na região lombar. Outros

estudos têm demonstrado prevalências maiores de sintomas musculoesqueléticos nesta região^{19,20,23,24}. Estudo realizado com trabalhadores administrativos da Universidade de Cauca, na Colômbia, confirma maiores queixas de SME na região lombar (56,6%)²³. Em bancários²⁰ a prevalência de SME foi semelhante com este estudo para os três segmentos corporais analisados, porém maior para os últimos sete dias.

Os casados tiveram maior prevalência de SME na região lombar. A presença da sintomatologia em casados na região lombar foi encontrada em outros estudos^{10, 18} e também pode estar associada à atividade doméstica, além da laboral, visto o acúmulo de atividades no lar poder favorecer tal situação. Estudo demonstra que a dor nas costas é comum nas atividades que empregam esforço físico e adoção de posturas de inclinação, torção, estiramento e carga de pesos¹⁴.

Os funcionários com dois ou mais filhos apresentaram maiores prevalências de SME. Possuir filhos representa importante condição para ocorrência de SME. Condição demonstrada em estudos com outras categorias profissionais^{14,20}. Ter filhos representa possuir maior demanda de atividades familiares e, junto com as atividades domésticas e do trabalho, pode contribuir para o desenvolvimento e/ou manutenção das SME.

Aqueles que possuíam maior tempo de trabalho demonstraram maiores prevalências de SME, porém, para a região lombar, quem tinha menor tempo de trabalho apresentou maiores prevalências. Trabalhadores com maior tempo de serviço possuem maior tempo de exposição ao fator de risco, o que poderia explicar maiores prevalências nas faixas de idade mais altas.

Trabalhadores que possuíam maior carga horária de trabalho apresentaram maiores prevalências de SME nos últimos sete dias nas regiões lombar, parte superior das costas e pescoço, corroborando com o estudo de Brandão¹⁰. Este explica que o aumento de horas de trabalho contribui para o aparecimento de queixas osteomusculares. Os resultados nos últimos doze meses apresentaram situação inversa (prevalências maiores de SME referidas por pessoas

com pequena carga horária). Situação semelhante foi observada em trabalhadores de uma instituição pública de saúde²⁵ e pode representar a saída ou afastamento do funcionário (efeito do trabalhador sadio) e conseqüente sobrecarga de atividades para outros com carga horária de trabalho menor.

Funcionários que não possuíam outra atividade remunerada demonstraram maiores ocorrências para SME tanto nos últimos sete dias quanto nos últimos doze meses. Este resultado foi encontrado também em estudo realizado com bancários que possuíam outra atividade profissional¹⁰. As demandas enfrentadas pela atividade laboral desenvolvidas na instituição pesquisada podem ser favorecedoras para SME, e outras atividades laborais (remuneradas ou não), que essas pessoas desenvolvem, podem constituir fontes de prazer e a depender como essas atividades estão estruturadas oferecer condições para a não ocorrência de SME. Outra importante observação deve-se ao fato de trabalhadores que exercem atividades laborais distintas relatarem a SME e mesmo trabalhadores com atividades laborais semelhantes possuírem SME em outras regiões¹⁰. Essas circunstâncias podem ser atribuídas à organização do trabalho que podem implicar em diferentes respostas entre a mesma categoria profissional.

Com relação à postura, os funcionários da UESB trabalhavam frequentemente na postura sentada e forçada contribuindo com o surgimento de SME evidenciada nos últimos sete dias na lombar e na parte superior das costas, com a postura sentada e em todas as regiões para a permanência na postura forçada nos últimos doze meses. Estes resultados corroboram com o estudo de Vernaza-Pinzon e Sierra-Torres²³ onde foram encontradas as posturas inadequadas associadas à ocorrência de SME no pescoço, parte superior das costas e região lombar.

A postura inadequada no trabalho pode ser considerada uma das principais fontes geradoras de sintomas musculoesqueléticos^{23,26,27}, principalmente se for associada ao uso de equipamentos inadequados¹⁰. A postura sentada provoca uma alteração na coluna que conduz a um aumento na pressão dos discos intervertebrais da coluna lombar,

sendo as doenças dos discos intervertebrais motivos frequentes de dores na região¹⁶. Vale lembrar que fatores físicos (ergonômicos) como movimentos repetitivos, esforços musculares pela manipulação de cargas e movimentos forçados também interagem para o desenvolvimento/manutenção das SME²³.

Os funcionários que ocupam funções administrativas, em geral, permanecem por um período maior na posição sentada, postura esta que exige atividade muscular na região dorsal¹⁸, além de utilizarem o computador como instrumento de trabalho, exercendo postura estática. A posição estática somada ao tempo de trabalho em que os funcionários passam sentados pode contribuir para a ocorrência de SME. Cargos exercidos em Universidades, em sua grande maioria concentram-se na atividade de administração. A postura sentada pode ocasionar sobrecarga estática sobre as fibras musculares, causando dor e desconforto²³, além de provocar um aumento de pressão nos discos intervertebrais¹⁸.

Foi detectada associação entre sexo e SME na parte superior das costas, e resultado semelhante foi encontrado em estudo entre trabalhadores administrativos^{23,26}. A diferença de massa muscular, composição corporal e tamanho das mulheres em relação aos homens pode representar um fator de risco predisponente da sintomatologia dolorosa. Com relação à parte superior das costas pode estar associada à má postura e inclinação da região.

Observou-se associação entre cor da pele e SME no pescoço nos últimos sete dias. Essa situação não foi encontrada em outros estudos, não existindo, portanto, para ela, parâmetros de comparação similares.

Conclusões

Este estudo possibilitou explorar a prevalência de sintomas musculoesqueléticos em funcionários de uma Instituição de ensino superior, demonstrando características sociodemográficas e ocupacionais específicas como possíveis fatores para surgimento, desenvolvimento e manutenção de SME. Entretanto

outros estudos são necessários para conhecer com maior profundidade a interação desses fatores e a ocorrência de SME.

Referências

1. Ribeiro, CVS, Léda, D.B. O significado do trabalho em tempos de reestruturação produtiva. *Estud Pesqui Psicol.* 2004; 4(4): [7 p.].
2. Laurell AC, Noriega M. Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec; 1989.
3. Lacaz FAC. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. *Cien Saúde Colet.* 2000; 5(1): 151-61.
4. Gasparini SM, Barreto SM, Assunção AA. O professor, as condições de trabalho e os efeitos sobre sua saúde. *Educ Pesqui.* 2005; 31(2): 189-99.
5. Araújo TM, Pinho OS, Almeida MG. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2005; 5(3): 337-48.
6. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações em saúde. [Citado 2009 Ago 30]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.
7. Silva MC, Fassa AG, Valle NCJ. Dor lombar crônica em uma população adulta do Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. *Cad Saúde Pública.* 2004; 20(2): 377-85.
8. Silva FCM. Experiência da dor crônica: compreendendo as repercussões na participação de trabalhadores [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2007.
9. Budo MLD. A Cultura permeando os sentimentos e as reações frente à dor. *Rev Esc Enferm USP.* 2007; 41(3): 36-43.
10. Brandao AG, Horta BS, Tomasi E. Sintomas de distúrbios osteomusculares em bancários de Pelotas e região: prevalência e fatores associados. *Rev Bras Epidemiol.* 2005; 8(3): 295-305.

11. Issy AM, Sakata RK. Dor músculo-esquelética. *RBM Rev Bras Med.* 2005; 62(11): 72-9.
12. Soares AR. Mobbing; relações com a síndrome de Burnout e a qualidade de vida dos trabalhadores de uma instituição universitária de Campo Grande, MS [dissertação]. Campo Grande: Universidade Católica de Dom Bosco; 2008.
13. Gurgueira GP, Alexandre NMC, Corrêa HR Filho. Prevalência de sintomas músculo-esqueléticos em trabalhadoras de enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2003; 11(5):608-13.
14. Maciel ACC, Fernandes MB, Medeiros LS. Prevalência e fatores associados à sintomatologia dolorosa entre profissionais da indústria têxtil. *Rev Bras Epidemiol.* 2006; 9(1): 94-102.
15. Santos Filho SB, Barreto SM. Atividade ocupacional e prevalência de dor osteomuscular em cirurgiões-dentistas de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: contribuição ao debate sobre os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. *Cad Saúde Pública.* 2001; 17(1): 181-93.
16. Kuorinka I, Jonsson B, Kilbom A, Vinterberg H, Biering-Sørensen F, Andersson G. Standardized Nordic Questionnaires for the Analysis of Musculoskeletal Symptoms. *Appl Ergon.* 1997; 18: 233-7.
17. Barros EN, Alexandre NM. Cross-cultural adaptation of the Nordic musculoskeletal questionnaire. *Int Nurs Rev.* 2003; 50(2):101-8.
18. Picoloto D, Silveira E. Prevalência de sintomas osteomusculares e fatores associados em trabalhadores de uma indústria metalúrgica de Canoas – RS. *Cien Saúde Colet.* 2008;13(2): 507-16.
19. Mozzini CB, Polese JC, Beltrame MR. Prevalência de Sintomas Osteomusculares em Trabalhadores de uma empresa de embalagens metálicas de Passo Fundo-RS. *Rev Bras Promoção Saúde.* 2008;21(2):92-7.
20. Akrouf QAS, Crawford JO, Al-Shatti AS, Kamel MI. Musculoskeletal disorders among bank office workers in Kuwait. *East Mediterr Health J.* 2010;16(1):94-100.
21. Cardoso JP, Ribeiro IQB, Araujo TM, Carvalho FM, Reis EJFB. Prevalência de dor musculoesquelética em professores. *Rev Bras Epidemiol.* 2009; 12(4):604-14.
22. Araújo TM, Pinho OS, Almeida MMG. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. *Rev Bras Saude Matern Infant.* 2005; 5(3): 337-48.
23. Vernaza-Pinzon P, Sierra-Torres CH. Dolor músculo-esquelético y su asociación con factores de riesgo ergonómicos, en trabajadores administrativos. *Rev salud publica.* 2005; 7(3): 317-26.
24. Yeung SS, Genaidy A, Deddens J, Alhemood A, Leung PC. Prevalence of musculoskeletal symptoms in single and multiple body regions and effects of perceived risk of injury among manual handling workers. *Spine.* 2002;27(19): 2166-72.
25. Monteiro MS, Alexandre NMC, Rodrigues CM. Doenças músculo-esqueléticas, trabalho e estilo de vida entre trabalhadores de uma instituição pública de saúde. *Rev Esc Enferm USP.* 2006; 40(1):20-5.
26. Gallagher S. Physical limitations and musculoskeletal complaints associated with work in unusual or restricted postures: A literature review. *J Safety Res.* 2005; 36: 51-61.
27. van den Heuvel SG, van der Beek AJ, Blatter BM, Bongers PM. Do work-related physical factors predict neck and upper limb symptoms in office workers? *Int Arch Occup Environ Health.* 2006;79(7):585-92.
28. Mergener CR, Kehrig RT, Traebert J. Sintomatologia músculo-esquelética relacionada ao trabalho e sua relação com qualidade de vida em bancários do Meio Oeste Catarinense. *Saúde Soc.* 2008; 17(4): 171-81.



**INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS
DE ENSINO E PESQUISA**

Excelência no cuidado em saúde e compromisso com a sociedade.

Projetos de Apoio ao SUS

A parceria entre o Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, o Hospital Sírio-Libanês e o Ministério da Saúde, com apoio do Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS), do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e da Fundação Dom Cabral (FDC), vem desenvolvendo projetos de apoio ao Sistema Único de Saúde (SUS) voltados à capacitação de profissionais de saúde.



CONHEÇA NOSSOS PROJETOS

- **CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA NAS REGIÕES DE SAÚDE**
- **CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM REGULAÇÃO EM SAÚDE NO SUS**
- **CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM EDUCAÇÃO NA SAÚDE PARA PRECEPTORES DO SUS**
- **CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE**
- **CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA**
- **CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE EMERGÊNCIAS EM SAÚDE PÚBLICA**
- **CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE EMERGÊNCIAS NO SUS**
- **CURSO DE CAPACITAÇÃO E DE ESPECIALIZAÇÃO EM PROCESSOS EDUCACIONAIS NA SAÚDE**
- **MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DA TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE**
- **CURSO DE ATUALIZAÇÃO EM CAPACITAÇÃO EM SAÚDE BASEADA EM EVIDÊNCIAS**

Faça parte deste espaço de troca de conhecimento:

PÓS-GRADUAÇÃO

Lato Sensu e Stricto Sensu

RESIDÊNCIA

Médica, Multiprofissional e Área Profissional da Saúde

CURSOS

Atualização, Educação Continuada,
Capacitação em Emergência e Trauma

CONGRESSOS E SIMPÓSIOS

INFORMAÇÕES E INSCRIÇÕES: WWW.HOSPITALSIRIOLIBANES.ORG.BR/ENSINO

SELETIVIDADE ASSISTENCIAL REFORÇA DESIGUALDADES SOCIAIS E PRODUZ INIQUIDADES EM SAÚDE

Selectivity Assistance Reinforces Social Inequalities and Produce Health Inequities

Maria do Socorro Quirino Escoda¹, Dacier de Barros e Silva², José Antonio Lindozo Spinelli³, Hesio Cordeiro⁴

1. Doutora em Sociologia:Estado, Política e Desenvolvimento. Professora do Depto. de Saúde Coletiva e Nutrição, 77-2003, NESC 86-2010 e, Base de Cultura e Política 03-2012. UFRN, Natal.
2. Doutor em Sociologia do Desenvolvimento Prof. Doutor ap UFPe e Visitante, UFRN.
3. Doutor em Educação e Prof. Titular, UFRN.
4. Doutor em Medicina Social. Prof. UERJ aposentado e Estácio de Sá.

► **CONTATO:** Maria do Socorro Quirino Escoda | Av. José Seabra, 264 - Praia de Cotovelo - Região Metropolitana de Natal | Pamamirim | Rio Grande do Norte | CEP 59161-033 | E-mail: msqescoda@ufrnet.br

Resumo

Texto síntese de tese sobre desigualdades sociais e iniquidades no sistema público de saúde, produzida por estudo analítico de pertinência. Os resultados desses descritores apontam leve redução nos diferenciais de renda, com manutenção de altos níveis de insegurança alimentar, déficit no saneamento básico e na assistência à saúde, em todos os níveis. A seletividade nas políticas neoliberais faz uma atenção básica para pobres, de baixa cobertura e efetividade das ações, nos diferentes níveis assistenciais. Seletividade biológica entre indivíduos de mesmo segmento de classe reforça estas desigualdades e produz iniquidade em saúde. Prognostica lentidão na conversão do modelo assistencial e anomalias entre os indivíduos de mesma classe e estratos. O atraso da cultura política e a frágil regulação social e institucional levam às discussões do gap da assistência ao judiciário.

PALAVRAS-CHAVE: Desigualdades Sociais, Arranjos Organizacionais e Iniquidades em Saúde.

Abstract

Text synthesis of thesis about social inequalities and health inequities on the public health system produced by analytic study of pertinence. The results of these descriptors indicate a slight reduction in income differentials, maintaining high levels of food insecurity, lack of basic sanitation and health assistance, at all levels. The selectiveness of neoliberal policies made one basic care for the poor, of low coverage and effectiveness of actions, on different levels of assistance. Biological selectivity for the horizontally equals in social class, reinforce that inequalities and produce health inequities. Increase the gap in conversion of the assistance model and predict slow reduction of anomalies between individuals of the same class segments of the social strata. The old political culture, a fragile social and institutional regulation lead the discussions of the gap of this assistance to the judiciary.

KEYWORDS: Social Inequalities, Selectiveness of Public Policies, Health Inequities.

O Problema: influência do neoliberalismo nas políticas públicas de saúde

Apresentamos um corte transversal da tese de doutoramento cuja temática e objeto foram iniquidades no sistema público de saúde, como extensão das desigualdades sociais. De autoria de (Escoda¹), a tese foi realizada através de estudo teórico de análise de pertinência, sobre o alcance da possível equidade no sistema público de saúde. Imbricada à indissociabilidade dos demais princípios assistenciais, para uma realidade social condigna dos valores republicanos. Os descritores das formas de desigualdades e de desempenho da atenção básica utilizados foram de produção secundária, arreadados de base de dados institucionais e estudos acadêmicos em nível nacional, referentes ao período 2003 a 2008.

Conceitualmente, partimos do pressuposto que as desigualdades sociais são de natureza estrutural. Com os ajustes das políticas neoliberais e forte seletividade assistencial, tiveram alargadas as suas distâncias no tecido social com a expansão do programa econômico da globalização, após os anos setenta. Em sintonia com Bourdieu² e Chesnais³, concebemos a globalização como consequência da mundialização financeira que se desenvolve com características simultâneas de criação e de exigências de inovações tecnológicas. Características duais e aparentemente paradoxais nos arranjos políticos e nas estruturas econômicas, das quais a flexibilização do trabalho resulta na sua precarização.

Nesta realidade reside submissão dos níveis nacionais, da transformação do discurso e das práticas das políticas públicas em todos os níveis, aumento das incertezas, frequente turbulência de mercados e do desejo universal de ataduras provisórias, bem como a fragilização de fatores que plasmam ambientes de identidades nacionais. Nesse percurso programático, as desigualdades sociais se produzem e se manifestam em elevados níveis dos indicadores dos diferenciais de classe, sobremaneira na distribuição de renda, no acesso

aos bens materiais e culturais da produção, inerentes às Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs), essenciais às condições dignas de vida e de saúde.

Determinadas segundo classes sociais e regiões geográficas, as desigualdades sociais na distribuição de renda, no acesso à terra e ao saneamento básico, à justiça e desigualdades epidemiológicas nas formas de adoecimento, de assistência e de morte por causas evitáveis, se aprofundaram nas décadas recentes. Por seu turno, as desigualdades em saúde estão historicamente descritas na literatura médica sob o eufemismo de doenças da miséria. A rigor, manifestam o socialmente injusto com persistência no tecido social de populações economicamente inferiores, cujas consequências na assistência à saúde incorporaram a significância de iniquidades.

É consenso que o agravamento dos níveis de indicadores da saúde dos anos oitenta, na chamada década perdida, foi devido à estagnação de investimentos para o desenvolvimento econômico e à expressiva desarticulação internacional, provocadas no curso da mundialização. Em nosso subcontinente, se intensificaram com a *démarche* dos golpes militares ocorridos, com expressivo impulso nos anos sessenta e setenta, em alternância desde os anos trinta ao final da década de oitenta do século vinte. Condicionantes aliados ao impacto negativo dos ajustes neoliberais que se intensificaram nas primeiras décadas da mundialização financeira. A uniformidade desses ajustes neoliberais e a negatividade nas condições de vida alargaram as distâncias sociais que esculpiram uma geografia política e econômica horizontalizada, a ponto de se vislumbrar um mundo plano.

Nesta planície, uniformizada pela mesmice política, se descortina o cenário descrito por Hobsbawm⁴, do cada vez mais tenebroso mundo novo. Construído pela engenhosidade estrutural das desigualdades, expandidas nas dualidades regionais, inerentes ao desenvolvimento capitalista em curso. Arquétipo que sugere aparentes

contradições do sistema econômico e de governo, entretanto funcionais à acumulação e, à reprodução do capital financeiro. Na adversidade conjuntural dos anos oitenta, a piora das condições sociais e o agravamento em saúde repercutiram expressivamente com Townsend⁵, em seu Black Report. Institucionalmente, Vieira⁶ descreve proposições tomadas em debate da Organização Pan-americana de Saúde (OPS): tornar o setor saúde meta do desenvolvimento econômico, ampliação de tecnologias simplificadas, investimento institucional em recursos humanos e materiais para melhoria dos indicadores de saúde como a redução da mortalidade infantil, elevação da expectativa de vida ao nascer e controle de doenças imunopreveníveis.

Sobre os mencionados ajustes, Boron⁷ avaliou que eles produziram um dilúvio neoliberal nas condições de vida, nas políticas sociais e na sociedade civil, onde a recessão piorou os níveis das desigualdades materiais e sociais, com elevação de 41% para 51% do percentual de miseráveis na América Latina. Este autor asseverou como ponto mais negativo dessa catástrofe a elevação das dificuldades de regulação de marcos legais, do exercício cidadão na crise de representatividade coletiva, do aumento das práticas e da predominância de estratégias individualistas nas relações sociais, da irreconciliável relação de mercados com a democracia, se mantidos os atuais níveis de desigualdades e diferenciais de classe, fragmentação e dualidades sociais. Cobrou, ainda, uma dívida da esquerda e dos intelectuais latino-americanos para com a inversão dessas questões e revelou seu ceticismo na política.

Em contraponto, Stiglitz⁸, expressão Nobel do neoliberalismo, concebe a globalização sob o princípio de integração das nações e dos habitantes do mundo, com forte redução dos custos do transporte e das comunicações. Na quebra de barreiras artificiais com flexibilização das relações de trabalho que possibilitam um maior fluxo de mercadorias, de serviços, de capital, do conhecimento e, menos significativamente, a migração internacional de pessoas. Os princípios da realidade social esculpidos pela realidade

programática dos mercados contrariam a pretensa funcionalidade desta vertente do pensamento neoliberal.

Mesmo os analistas institucionais, que avaliam essa lógica programática como motor do crescimento econômico e do desenvolvimento, entendem que tal mundialização não reduziu as questões do desemprego, da má distribuição da renda, do vínculo, com a piora dos indicadores de pobreza e da repartição da riqueza mundial entre 1980 até o presente momento. Barros e Silva apud: Escoda, ma mesma referência, inscreve que tal estágio de desenvolvimento, aliado à persistência de exclusão de um terço de sua população, prognostica lentidão no afastamento de uma concepção de modernidade como resultante de progresso real.

Neste prisma, o eco do crescimento das desigualdades sociais repercutiu na Organização das Nações Unidas (ONU), sob o eufemismo de excesso de desigualdade. A América Latina, região com o maior índice de desigualdade do mundo, estava cinquenta anos estacionada em termos de desenvolvimento e de distorções sociais. A adoção de políticas de cotas para minorias proposta foi utilizada no Brasil como forma de romper o ciclo histórico da exploração e da miséria. Entre 2007 e 2008, o país se situou entre as dez maiores economias do mundo e consolidada emergente. Isto, graças a sua potencial estrutura de geração de bens de consumo, possuidor de enormes commodities, com significativos avanços na área tecnológica de energia, comunicações, transportes e de serviços. Inúmeros pressupostos conceituais socioeconômicos de progresso são incompatíveis às discrepâncias de exclusão e, conseqüentemente, pressupõem um ciclo virtuoso que só é possível apenas pela incorporação social das possibilidades geradas pelo acúmulo do progresso científico, tecnológico, em todas as áreas da atividade humana e dos incentivos econômicos sobre a realidade material de vida, nas largas camadas da população.

O curso do desenvolvimento econômico, lenta redistribuição da renda e políticas sociais regressivas, baixa inserção na produção e de bens

levaram a distâncias sociais, de tão extremadas. Bourdieu, dantes referenciado, as nominou de brechas e acrescentou “[...] os pobres já não são apenas miseráveis, mas incultos”. O dilúvio em vastas camadas sociais projeta o cenário referenciado por Hobsbawm:

[...] no adeus a tudo aquilo preconizado pelo Welfare State e a chegada da era dos extremos. Síntese dessa trajetória se descreve na democracia, mera expressão eleitoral e participativa em algumas instâncias, na natureza e relação dicotômica de governantes e governados.

Nesta citação o autor enfatiza a relação administrada pela natureza de transitoriedade do Estado contemporâneo, em sua baixa capacidade de mediação dos interesses conflitantes de classe, limites do poder político, autonomia relativa na regulação institucional e social pela não identidade de classe. Determinantes do imediatismo e da moldagem da relação autonomia x heteronomia que caracterizam as formulações das intervenções desses conflitos que sintonizam e descrevem os processos de produção social da saúde / doença.

Sobre o crescimento da pobreza e da desigualdade em saúde, Callinicos⁹ nos adverte para a elevação relativa em escala global e nacional, das taxas negativas de renda, enfermidades em alta prevalência na complexificação do perfil epidemiológico. O citado autor nos ensina que os limites da qualidade da atenção no impacto da situação de saúde em geral, mesmo com a elevação do aporte de financiamento das políticas de saúde ocorrido em países desenvolvidos, não existem diferenças significantes na qualidade dessa atenção. Destaca a pérola na valoração a este paradoxo: que a renda relativa é mais significativa para a saúde do que o padrão de vida medido em termos absolutos.

Callinicos nos informa, também, que a evolução das sociedades economicamente desiguais tendem a empobrecer-se em três aspectos: significantes diferenças de status, grandes diferenças com relação ao sentido de controle sobre a própria vida e nos baixos níveis de participação da sociedade civil.

Enfatiza, ademais, que a renda é mais importante para a saúde de populações quando agregada a outros aportes de significância a um determinado padrão de vida alcançado. Efetivamente, no reconhecimento de seus valores por outras pessoas, no controle sobre o seu trabalho, opção de moradia com qualidade, na posse de sólida e extensa rede de contatos, e de vínculos sociais de pertencimento.

Um perfil de desigualdades sociais, entre 2003 e 2008

Reprisamos que, além de sua determinação estrutural, as desigualdades sociais guardam especificidades em cada processo de desenvolvimento e pontuamos que elas se manifestam em grande escala nas franjas do sistema. Chamados bolsões de miséria, na periferia ou guetos centrais de cidades e metrópoles. Sua distribuição geográfica se estampa nos países centrais em absoluta minoria de suas parcelas populacionais, segundo a classe, nuance da cor e origem de migração. No Brasil arrastam o estigma do escravismo em trabalhadores pobres, negros, índios, caboclos, nortistas, nordestinos aglomerados em favelas e rincões rurais.

A título epistemológico, esclarecemos que nas bases empíricas utilizadas pela tese originária a este trabalho, a desigualdade com relação à renda se refere à melhor distribuição de renda do trabalho. Neste sentido, os indicadores da magnitude da renda mensal oriunda do trabalho é descritor de peso e distorções específicas. Em 2003, era U\$ 40,00 para 50 milhões de brasileiros, porquanto impeditiva ao acesso ao mínimo essencial à existência da vida digna, pelo não atendimento ao consumo de um padrão alimentar de segurança com requerimento de 2.280 cal./dia. Em 2006, a desigualdade na renda estimada como poder de compra foi significativamente reduzida com expansão de programas de transferência de renda mínima para oitenta dólares. No entanto, considerada ainda insuficiente.

Dado contundente da cronicidade dessa realidade reside na divulgação (IPEA¹⁰) sobre

injustiça tributária que alarga as distâncias sociais para os mais pobres. A maioria absoluta da renda nacional paga 44,5% a mais de tributos do que a ínfima minoria dos mais ricos que detém mais de 70% de toda a riqueza. Dentre as especificidades do processo de desenvolvimento brasileiro, a concentração da terra e dualidades nas desigualdades regionais também se arrastam com a realidade da estrutura econômica existente até os anos sessenta nas Regiões Norte e Nordeste. Entre 1960 e 1980, Oliveira¹¹ avaliou o declínio do crescimento do produto interno bruto do nordeste como não superior ao da década de sessenta, de decréscimo entre setenta e oitenta, com retorno de crescimento nos anos noventa.

Quanto à magnitude e declínio dos níveis das doenças socialmente determinadas pelas desigualdades regionais, listamos a involução da taxa de Mortalidade Infantil (MI) que, até a década de noventa, no nordeste chegou a 180 mortes para cada mil nascidos vivos. Paulatinamente se reduziu para 115, 85, 74, 52, até uma média nacional de 32, em 2003, e 30, em 2006, e manteve-se nesta faixa. Ponderamos que critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS) estabelecem que a taxa de 20 é o limiar de tolerância e que sua redução está matizada pela citada sinergia de ações transversais das políticas públicas, externas ao setor saúde, como as executadas por Organismos Não Governamentais (ONGs). A transversalidade dessas ações impactam na redução dessa forma de mortalidade, pelo que organismos internacionais não mais considerem esse indicador como descritor de pobreza.

Os matizes traçados pela transversalidade setorial das políticas públicas sobre as condições de vida, mascaramento da realidade social e da saúde coletiva, fizeram a Organização das Nações Unidas (ONU¹²) admitirem uma redefinição na composição e mensuração de seu índice de desenvolvimento, com inclusão de fatores e eventos do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Destacamos nesse perfil o peso de 65% a 85% das doenças nutricionais e de veiculação hídrica, entre classe economicamente inferior, na prevalência das

taxas de internação e de mortalidade por doenças diarreicas e infecciosas. A baixa esperança de vida ao nascer que se registra em dobro, na mesma correlação regional e de classe, para grandes parcelas da população, eventos passíveis de redução em até 80% com a integralidade na assistência básica, porta de entrada e de referência aos níveis da média e de alta complexidade assistenciais e com as ações de saneamento básico.

Os censos e estudos subsequentes do IBGE¹³ comprovam a diminuição dos diferenciais entre ricos e pobres, com manutenção de outras desigualdades mais extremadas como nas ações de saneamento básico. A cobertura e integralidade das ações deste setor, em termos de ciclo completo da água, são as de maior déficit dentre as desigualdades sociais e de maior peso na associação da morbidade por internação hospitalar. De elevadas taxas pelas doenças de veiculação hídricas, aliadas às formas de má nutrição, acidentes cardiovasculares, causas externas da violência urbana e de trânsito. A política de urbanização em sua desestruturação no trânsito elevou as taxas de mortalidade por causas externas, na maior causa de morte. A expansão de moradia com favelização se expressa no gap de saneamento para dois terços da população, por domicílio permanente.

A sistematização de programas sociais alcançou vinte milhões de famílias dos quarenta milhões que necessitam dessa atenção, com ampliação de metas e valor dos benefícios. O Programa Saúde da Família (PSF) se afirma como anunciado em sua fundação como estratégia setorial hegemônica. De baixa cobertura e ações programáticas, alcance de integralidade e resolutividade para estimados 22% da população-alvo e elevados déficits na assistência aos que necessitam de intervenções de alta complexidade. Evidências de não cumprimento dos princípios do sistema público nacional.

Na análise efetuada correlacionamos a efetividade na redução de indicadores de saúde pela convergência da transversalidade de ações intersetoriais com a pertinência de cumprimento do princípio de equidade na reorganização da atenção

básica e a pretensão institucional de conversão do modelo assistencial. O fulcro analítico trilhado foi que as ações de um sistema público devem ser avaliadas segundo os princípios do sistema no qual elas se inserem. No zoom projetado focamos a materialidade de equidade em saúde nos princípios da realidade setorial e da totalidade da questão sanitária.

O princípio de equidade do sistema e os princípios da realidade setorial

Concordamos com Luz¹⁴ que política de saúde consiste em todas as estratégias de formulação, gestão de ações programáticas contidas no leque das práticas setoriais e nas formas de intervenções induzidas pelo Estado, no contorno da questão sanitária. Conceito este que se extrapola a qualquer política pública e se materializa em todas as dimensões do discurso, mesmo na ausência de planos específicos, na não intervenção explícita, no curso histórico da indução, formulação e finalidades dessas políticas sobre as questões sociais.

Em tempo, regionalmente, pós-Revolução Cubana, as políticas de saúde foram avaliadas, sob a ótica da luta de classes. Como mero instrumento de reprodução e acumulação capitalistas, de legitimidade do poder, de garantia do regime político, de manutenção das relações de propriedade via reprodução da força de trabalho e da condução de classes. Atualmente, esta compreensão não mais se mostra condizente com a natureza conjuntural dos Estados contemporâneos, em seu papel predominante de mediador dos conflitos em seus movimentos de definição e construção de hegemonia. Neste sentido, as políticas se materializam, ora em ações verticais e fragmentadas com privilegiamento das questões econômicas, ora em detrimento destas pela intervenção global sobre o social, nos processos que envolvem a produção saúde subordinados à política econômica. Intervenções cada vez mais frequentes, em função das crescentes necessidades sociais onde quaisquer

que sejam as vias de intervenção têm como meta a garantia da acumulação capitalista.

As aproximações teóricas extraídas da leitura sobre a materialidade dessas políticas sugerem que a cada conjuntura se engendam novas formulações, estratégias e processos de gestão que se distinguem e se especificam à realidade intervinda. Entendemos que as intervenções nas questões sociais traduzem o caráter de seletividade estrutural do Estado, cujas contradições constitutivas de suas atuações se complementam e ocorrem em fluxo contínuo. De ações, decisões, omissões que arbitram e moldam os conflitos administrados nos arranjos políticos.

Especificidades culturais das intervenções em saúde, elencadas por Teixeira et al.¹⁵, as entrelaçam com a equidade, na observância de que não há uma única explicação para a formulação e finalidades dessas políticas. Seja em combinação, número, natureza ou nas origens históricas de cada questão, na forma política e na finalidade social, não há um corte dicotômico claro entre as necessidades sociais do capital e as demandas sociais do trabalho. Além do que, existem intervenções políticas que podem servir a ambas. Neste esteio, a análise do princípio de equidade no sistema público de saúde, consubstanciado como direito objetivo, é indissociável da integralidade na universalidade dessa assistência à saúde na correlação de seus princípios com a totalidade da questão sanitária da população.

Neste prisma, a equidade tem a significância de reconhecimento de igualdade no direito de cada um com sentimento de justiça, avesso a um critério de tratamento rigoroso na forma estritamente legal, de fulcro liberal ou revolucionário ou qualquer outra categoria ou matriz que discuta a igualdade de direitos. Nesta ótica, Barata et al.¹⁶, Breilh¹⁷, Cordeiro¹⁸ e Starfield¹⁹ analisaram a teia contida nos processos sociais de desigualdades em saúde. O já citado Townsend o fez entre grupos sociais da Grã-Bretanha, intitulado Black Report, em função do cunho expressionista dos dados e análise dos processos sociais contidos nesse quadro epidemiológico.

Considerável produção de análises em saúde, está permeada pela dicotomia entre as dimensões político-institucionais e os processos sociais excludentes. Nesta dicotomia, reside a subjetividade funcionalista que correlaciona pobreza x ignorância, segundo os arcaísmos explicativos das teorias miasmáticas e da multicausalidade. Com apoio no elenco autoral anterior, entendemos que a iniquidade em saúde consiste não apenas em injustiças que possam ser estadeadas sob a ética da moral, senão de sua evolução histórica, nos marcos de um determinado estágio de desenvolvimento social. Pelas lentes de Starfield, equidade em saúde consiste:

[...] na ausência de diferenças sistemáticas em um ou mais aspectos do status de saúde nos grupos ou subgrupos populacionais definidos socialmente. Implica que não existam diferenças nos serviços onde as necessidades são iguais (equidade horizontal) ou que os serviços de saúde estejam onde estão presentes as maiores necessidades (equidade vertical). (p.545).

De seletividade neoliberal e cultura política na reorganização da assistência

Por conseguinte, em contraponto a esta citação e sob nossas lentes, quando os socialmente desiguais submetidos a desigualdades na assistência, as desigualdades aí adquirem a condição analítica de iniquidades. Nestes termos, a reorganização desta atenção na estratégia Saúde da Família (SF) com agendamento prioritário a grupos de risco biológico entre usuários de mesma classe social e distrito sanitário hierarquiza a vida. Reforça suas desigualdades posto que se aplicam entre horizontalmente iguais e produz iniquidades, em saúde.

A produção de análises da área das ciências sociais em saúde por seu turno, consiste em especificidades conjunturais do pensamento e do impacto das políticas neoliberais em seus ajustes macroeconômicos. Tanto no plano externo e interno

quanto na subordinação das políticas de saúde à ordem econômica. Nas suas formulações, gestão, atores sociais, marcos da estabilização econômica das políticas compensatórias, da desestabilização social e da seletividade dessas políticas. Ao reverso, é de incipiente produção a análise da globalização como conceito síntese e sua repercussão nas formulações de política de saúde, da dissociação entre mobilidade planetária dos capitais, da natureza doméstica de seletividade e focalização das políticas voltadas para atender as populações nacionais.

Sob inspiração Gramsciana, refletimos com Spinelli e Lyra²⁰ que os momentos de definição de hegemonia, tal como concebido por Marx e Lênin, estão imbricados pela arbitragem de conflitos, os quais presidem as características das políticas públicas neoliberais. De forte redução na capacidade de condução de políticas econômicas com chances de reversão das desigualdades, devido à mobilidade do capital propiciada pelas políticas de liberalização com liberdade de escolha de

[...] quais os países e camadas sociais que têm interesse para ele. Esses critérios de seletividade conduzem à desconexão forçada de regiões inteiras dentro de países e até de continentes (África) com retrocesso econômico, político, social e humano [...] redesenhando a geopolítica mundial. (p.110).

No Brasil, o colapso das condições de saúde se agravou durante a década de oitenta por estarem atreladas às especificidades organizacionais do setor da saúde pública, uma vez que as ações de governos eram descoordenadas entre os entes federais, estaduais e municipais. Devido a estas condições organizativas, a complexificação do quadro sanitário e insatisfação social produziram o ambiente político institucional para o que se convencionou chamar de reforma sanitária que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS).

No vasto referencial que analisa esse processo se lê que essa reforma foi concebida,

menos como reflexo da desordem do sistema, mais impulsionada pelos movimentos sociais organizados e no interior dos meios acadêmicos. Seus princípios organizativos se assentaram na ideia de pretensão de resolução, respeitando as singularidades regionais, hierarquização, descentralização, complementaridade e controle social, complementares ao alcance da universalidade com integralidade e equidade. Arranjos doutrinários, não cadenciados pelos processos sociais subordinados aos princípios da realidade no macro das políticas neoliberais.

Das análises que adotam essa abordagem sobre eficiência e efetividade do sistema, destacamos Mendes²¹ e OMS²². Mendes afirma as dificuldades como inerentes aos processos sociais, políticos e tecnológicos. Este autor elenca avanços na eficiência no controle das doenças mentais, das doenças imunopreveníveis, de algumas endemias, a autossuficiência em imunobiológicos. Destaca a ampliação da cobertura de serviços e redes assistenciais à maternidade e à infância. A OMS demarca limites na implementação do sistema quanto ao cumprimento de seus princípios e pontua a eficiência na integralidade e de equidade. Nesta categoria analítica, o Brasil obteve o septuagésimo vigésimo quinto lugar do ranking para os níveis de tratamentos médicos mais complexos. O sistema francês e o italiano foram avaliados como os mais equânimes, e eficientes, seguidos do sistema japonês e do norueguês.

Restrições epistemológicas apontadas pelo Ministério da Saúde (MS) refletiram o incômodo institucional pela colocação nacional no quesito equidade em saúde. Em 2003, reformulados os procedimentos, estudo de autoavaliação do estado de saúde revelou 25% de gravidade em pessoas deprimidas e odontologicamente não assistidas. Desenhos analíticos remarcam a importância e os limites da indução central no financiamento à saúde e ao modelo assistencial. Mesmo em países desenvolvidos, a efetividade em saúde pela via do financiamento, é de difícil avaliação. Portanto, difusa.

Nesta subdimensão, em 1994, nos primeiros passos do SUS, o setor teve estimado um orçamento de 13% do Produto Interno Bruto (PIB). O desembolso financeiro oscilou entre 5%, 4% e 3%, em escalada de déficit paralela à elevação da demanda dos assistidos entre as décadas de oitenta e noventa. Registramos que o percentual de 5% foi atingido com a cobrança da Contribuição Provisória por Movimentação Financeira (CPMF). Tributo implantado em 1994, como Imposto Provisório Por Movimentação Financeira (IPMF), fonte adicional de recursos para o setor saúde. Da arrecadação inicial foi estimada uma receita de R\$ 4,8 bilhões para 1995, ano de sua tramitação, quando, em 1996, o Projeto de Emenda Constitucional (PEC) de n.256 vigorou até 1997, e foi prorrogada até 2007.

Os investimentos no setor caíram em progressão geométrica, em paralelo ao aumento da demanda ocorrida desde 1985 com o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Nessa conjuntura, o déficit orçamentário declinou sem a contribuição previdenciária exigida no modelo privatista anterior, o estágio epidemiológico se complexificou com a demanda e sequelas sociais oriundas da década perdida. A CPMF foi aprovada com destino exclusivo para a assistência à saúde, e está registrado, na base do Sistema de Administração Financeira (SIAF), que sua alocação não ultrapassou os 40% de sua arrecadação.

A regressão na alocação do custeio da saúde em 2003 foi de R\$ 0,36 per capita e de R\$ 1,40 em 2008, para uma necessidade estimada em US\$ 3,00 foi tangenciada na recriação de novos tributos: Imposto Sobre Operações Financeiras (IOF) e Contribuição Social à Saúde (CSS) com contingenciamento para o setor, ainda sem implementação. A assistência expandida com o SUS forjou a adoção de processos assistenciais que se tornaram cada vez mais caros. Nessa ordem, a dificuldade na implementação e a evolução programática do sistema destacam uma crescente demanda reprimida pela baixa oferta de serviços que levam ao descumprimento da universalidade

com integralidade e equidade, em todos os níveis da assistência.

Dos princípios organizativos, o controle social na governabilidade setorial, inúmeros estudos demonstram a incipiência da regulação social e institucional. Dados do frágil exercício de cidadania nas instâncias administrativas do sistema público de saúde revelam a não democracia real. De fulcro no arraigado patrimonialismo marcado pelo atraso da cultura política brasileira. Marco crescente no avanço da mundialização é a seletividade que se amalgama às negatividades que repercutem em todas as esferas de enfrentamento das questões sociais, e revelam o quanto e como a população depende do controle das políticas públicas e do acesso à justiça.

A precariedade das condições materiais de vida limita a efetividade de ações institucionais que se dificultam com a forte retração no financiamento. A seletividade nas ações da política de saúde reconfigura o ranço de focalizações das políticas sociais na seleção de beneficiários. Reafirmamos com luz que as práticas de focalização e do campanhismo dos passos iniciais do projeto de saúde pública se crivam como características marcantes no curso. Práticas explicáveis pelos ajustes macroeconômicos, tal critério é sucedâneo eufemístico da focalização de sua categoria analítica precursora. Reescreve marcos das políticas sociais nos países em desenvolvimento com desigualdades regionais acentuadas e subverte as práticas.

Ao selecionar segmentos sociais com determinadas condições de vida e os classificar como de maior risco social ou biológico em detrimento da universalidade enquanto dispositivo legal, esta estratégia programática hierarquiza a vida. Em sociedades onde essas manifestações de desigualdades sociais são extremas, mesmo com adequada cobertura programática de ações integrais, o financiamento e práticas de gestão racionais, as ações setoriais em saúde têm limites na reversibilidade dos determinantes socioestruturais dessas desigualdades. Como exemplo, citamos

questões essenciais à vida material tais como a segurança alimentar, situação nutricional, sanitária, epidemiológica e de assistência à saúde integral. A mencionada dualidade no sistema de saúde brasileiro se amplia ao agregar os mais de 40 milhões de assistidos por planos privados.

Explicitamos como seletividade que fere o princípio de equidade os arranjos organizacionais de agendamento privilegiado no PSF a grupos de risco: gestantes, nutrízes, crianças e idosos - hipertensos e diabéticos. Segundo os pressupostos analíticos de equidade aqui utilizados, tais arranjos restringem ações que ferem os princípios do próprio sistema social e ampliam distâncias intra e entre classes. Com a adoção de programas de âmbito familiar iniciado em 1992, em 2008 o PSF era ofertado em nível de cobertura urbana 22%, e 70% a 100% em áreas rurais, com duplicidade entre a atenção básica tradicional na mesma área, edificação ou logradouro, e dilui os recursos e nega a universalidade racional.

Nestes termos e passos, a reorganização da atenção à saúde pela estratégia Saúde da Família, tem se mostrado impertinente à conversão de modelo assistencial. O processo de formulação de políticas sociais deve se focar em formas socialmente equânimes de assistência básica à saúde e à educação. A categoria analítica de seletividade se cunha na varredura global dos ajustes neoliberais, no entanto países de economia menor, mas com decisão política em finalidades com metas claras de desenvolvimento social, racionalização de processos de gestão, têm assistência horizontal, integral e equânime. Nestes quesitos, se distanciam de países desigualmente desenvolvidos, conseguindo superar ou minimizar as questões elementares de relação direta com a qualidade de vida e de saúde em alimentação, educação, saneamento e assistência à saúde. Neste patamar se encontram países desenvolvidos e em desenvolvimento como Cuba, Costa Rica, Chile, França, Japão, Canadá, Noruega e Itália.

Em epílogo, o debate nacional a ser pautado pela sociedade ultrapassa questões elementares da produção industrial urbana e rural com sustentabilidade ou alta produtividade, e metas claras de vigilância à saúde e ênfase nas condições básicas de vida são indispensáveis e urgentes a serem alcançadas. Não obstante, os movimentos de avanço e de retração na regulação social na indução de governabilidade setorial denotam atraso da cultura política brasileira, em seu estigma clientelista oriundo do patrimonialismo do Estado nacional. Ancorados nas evidências e fundamentações discutidas, consideramos que iniquidades em saúde são geradas ou reforçadas por arranjos internos da atenção básica, nos agendamentos priorizados pelo PSF aos segmentos sociais de risco. Entre os estratos sociais dos horizontalmente iguais na ordem social, as políticas exercitadas nos níveis assistenciais resultam em racha de cobertura, reprodução de desigualdades e iniquidade.

Da gênese e em síntese, condições materiais de vida e de saúde não se revertem por ações microssetoriais, menos ainda se alcança equidade com arranjos institucionais normativos que privilegiem atendimento vertical a grupos por parâmetros biológicos. Em situações de extremas desigualdades sociais, como a realidade social analisada, um corte vertical na assistência social às famílias ou a grupos segmentados, tais condições produzem brechas assistenciais. Reforçam desigualdades ao hierarquizarem a condição humana e a vida. Distanciam o alcance do princípio de equidade do próprio sistema onde as ações se inserem.

Referências Bibliográficas

1. Escoda MSQ. Iniquidade em saúde: uma extensão das desigualdades sociais no sistema público de saúde do Brasil (2003-2006). Tese (Doutorado em Ciências Sociais/Estado, Política e Desenvolvimento). Programa de Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio Grande do Norte: Natal, 2008. www.bczm.ufrn.br/teses.
 2. Bourdieu P. La Geografía de la Globalización: un unico espacio y múltiples territorios. La Nación, Buenos Aires, 2003. Entrevista. Universidad de Buenos Aires.
 3. Chesnais F (Org.). A mundialização financeira. São Paulo: Xamã, 1998.
 4. Hobsbawm E. A Era dos extremos: o breve século XX. São Paulo: Comp. das Letras, 1995. p. 393-420.
 5. Townsend P, Davdison N. Inequalities in Health. The Black Report. London: Penguin, 1982. 240 p.4.
 6. Vieira C. Desigualdade e saúde na América Latina. IN: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE-OPS. Ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas. Washington, 1991.
 7. Boron A. A sociedade Civil Depois do Dilúvio Neoliberal. In: SADER, Emmir; Gentili, Pablo (Orgs). Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o estado democrático. São Paulo: Paz e Terra; 1995.
 8. Stiglitz J E. Globalization and its discontents. New York London: w. w; Norton & Company, 2002.
 9. Callinicos A. A world of inequality. In: _____ . Equality. Cambridge: Polity Press, 2000. Chapter 1.
 10. Os pobres pagam mais tributos. Informe, jun., 2008. Instituto de Pesquisa e Planejamento Econômico Aplicado. Brasília.
 11. Oliveira, F. A economia brasileira: crítica à razão dualista. Rio de Janeiro: Vozes; 1987a.; O elo perdido: classe e identidade de classe. São Paulo: Brasiliense, 1987.
 12. UNION NATIONAL DEVELOPMENT FOR PROGRESS. HUMAN DEVELOPMENT REPORT. Cultural liberty in today's diverse world. New York, 2004. UNITED NATIONS ORGANIZATION. Flat world, big gaps. 3, set. 2006.
- Índice de Desenvolvimento Humano - IDH: evolução e variáveis 2001-2006. Brasília, 2006f. <<http://federativo.bndes.gov.br>>. Acesso: 19 out. 2006.

13. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Dados do censo demográfico, 2000. Rio de Janeiro, 2001. Pesquisa de Orçamento Familiar (POF). 2003. Brasília, 2003. _____ . Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Chamada Nutricional: síntese dos indicadores. Brasília, 2004.
14. Luz MT. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.5, n. 2, p.293-312, 2000.
15. Teixeira SF. Equidade e Reforma Sanitária: Brasil. *Saúde em Debate*, Londrina, n.3, jun. 1994.
16. Barata RB et al. (Org.). Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. 256p. (Série epidemiológica,1).
17. Breilh J. La inequidad y la perspectiva de los sin poder: construcción de lo social y del género. In: _____. *Cuerpos, diferencias y desigualdades*. Utopía: Bogotá, 1998.
18. Cordeiro H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. *Rev Ciência & Saúde*, v. 6, p.296-320, 2001.
19. Starfield B. Improving equity in health: A research agenda. *International Journal of Health Services*, v.31, n.3, p.545-546, 2001.
20. Spinelli JAL; Lyra RP. Teoria política: do renascimento à contemporaneidade. João Pessoa: Ed. Universitária da UFPB, 2007. p. 106-130.
21. Mendes EV. Sistema único de saúde: um processo social em construção. [1996]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/ACF9371.pdf>. Acesso em: 3 ago. 2005.
22. WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Evaluation health care; the health of nations: annual technical report. Washington, 2000-2003. L; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE-OMS. Relatórios técnicos. Brasília, 2000 e 2003. PESQUISA Mundial de Saúde. Informativo RADIS, R. Janeiro, FIOCRUZ, n. 22/ 23, 2004.

EVOLUÇÃO DA PESQUISA EM SAÚDE COLETIVA NA UEL

Evolution of Public Health Research in UEL

João José Batista de Campos¹

1. Médico, Doutor em Medicina Preventiva, Professor Associado do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, Presidente do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (INESCO).

► **CONTATO:** João José Batista de Campos | Rua Madame Curie, 56 | Londrina | Paraná | CEP : 86039-550 | E-mail: jocampos@uel.br

Resumo

OBJETIVO: descrever e analisar a trajetória da pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina – UEL, nos 40 anos de seu desenvolvimento institucional. **MÉTODOS:** pesquisa qualitativa utilizando-se análise documental, entrevistas com gestores do curso de Medicina e com professores do Departamento de Saúde Coletiva e um grupo focal de estudantes do curso de Medicina. **RESULTADOS:** observou-se que a pesquisa teve grande impulso com a criação do Mestrado em Saúde Coletiva há 20 anos. A participação de estudantes de graduação tem-se dado principalmente em um módulo de integração ensino, serviço e comunidade, no qual são desenvolvidas pesquisas epidemiológicas. Foram apontadas algumas insuficiências como a falta de registro de pesquisas na Pró-Reitoria correspondente na UEL e a não publicação de pesquisas concluídas. **CONCLUSÕES:** houve grande evolução da pesquisa em Saúde Coletiva na instituição, porém os agentes pesquisados concordam que há necessidade de implementação e desenvolvimento de mais estudos e investigações, seja por meio do ensino com pesquisa na graduação ou do ensino para pesquisa na pós-graduação.

PALAVRAS-CHAVE: Promoção da pesquisa. Saúde Coletiva. Educação médica.

Abstract

OBJECTIVE: To describe and analyze the trajectory of Public Health research at the State University of Londrina - UEL, within 40 years of its institutional development. **METHODS:** Qualitative research using document analysis, interviews with managers of medical school and faculty of the Department of Public Health and a focus group of students of Medicine. **RESULTS:** It was observed that the research had major boost with the creation of the Master in Public Health for 20 years. The participation of undergraduate students have been given primarily an integration module teaching, service and community, which are developed in epidemiological research. Suggests some shortcomings such as lack of record of research in the Dean at UEL and the corresponding non-publication of completed research. **CONCLUSIONS:** There was great evolution of Public Health research in the institution, but the agents surveyed agree that there is need for development and implementation of more studies and investigations, either through teaching with research or teaching in undergraduate research in graduate school.

KEYWORDS: Research Promotion. Public Health. Health Education.

Introdução

As atividades de pesquisa na área de Saúde Coletiva da UEL, até o início de 1990, estavam restritas aos esforços individuais dos docentes envolvidos seus projetos pessoais de pesquisa para Mestrado e/ou Doutorado, ou seguindo uma linha operacional baseada em experiências de organização de serviços de saúde.

Durante os primeiros 20 anos de existência da Saúde Coletiva foram desenvolvidas várias experiências de investigação, na perspectiva colocada por Paoli¹, quando diferenciou o ensino com pesquisa do ensino para pesquisa.

No primeiro caso, trata-se de um ensino que trabalha com a indagação e com a dúvida científica, que instrumentalize o estudante a pensar e a ter independência intelectual, que lhe possibilite a construção e a busca contínua do próprio conhecimento.

Este procurou ser o encaminhamento dado pelos docentes da área de Saúde Coletiva, mesmo antes de conhecerem a estratégia da aprendizagem baseada em problemas (PBL)², e por um longo período, considerando a sua efetiva participação nas atividades de graduação do Curso de Medicina,

com a maioria envolvida em disciplinas, orientação de alunos de iniciação científica e também em trabalhos de conclusão de cursos de pós-graduação lato sensu.

Já o ensino para a pesquisa é aquele que acontece no interior da pós-graduação, cujo objetivo é formar pesquisadores, pessoal instrumentalizado e comprometido com a produção do conhecimento sistematizado.

O presente trabalho visa descrever e analisar a trajetória da pesquisa em Saúde Coletiva da UEL, nos 40 anos de seu desenvolvimento institucional.

Métodos

O trabalho foi desenvolvido com base na análise dos documentos e em entrevistas realizadas com gestores do curso de Medicina, professores do Departamento de Saúde Coletiva e um grupo focal de estudantes do curso de Medicina, todos eles considerados agentes importantes para o entendimento da pesquisa em Saúde Coletiva na UEL.

A opção metodológica de utilizar o estudo de caso como corpus da pesquisa está baseada na ideia de que, ao analisar detalhadamente uma unidade de determinado grupo, pode-se compreender suas características em profundidade³.

Para a coleta de dados foram entrevistados quatro gestores, sendo estes o coordenador e vice-coordenador do curso de Medicina, a chefe do Departamento de Saúde Coletiva e o diretor superintendente do Hospital Universitário. Também fizeram parte dessa população quatro professores identificados como pessoas-chave, sendo estes alguns dos responsáveis pelas atividades mais diretamente relacionadas com a área de Saúde Coletiva e com intensa participação no curso.

Em relação aos estudantes, foi utilizada a técnica de grupo focal, que se constituiu de algumas perguntas norteadoras, as quais envolveram a percepção dos estudantes nas várias atividades de ensino e pesquisa ao longo do curso, sobre a área da Saúde Coletiva.

O roteiro semiestruturado, que serviu de guia para as discussões coletivas com os estudantes, tomou por referência o mesmo roteiro utilizado para a entrevista com os professores. Porém, com maior flexibilidade, já que a escolha foi pela utilização da metodologia do grupo focal.

A preparação e a execução das entrevistas semiestruturadas foram realizadas por um único entrevistador, feitas oralmente, gravadas e depois transcritas, o que viabilizou a análise dos dados utilizando-se a técnica de análise de conteúdo adaptada da proposta de Bardin⁴. Esta metodologia é fundamental para verificar a propriedade das interpretações originadas a partir dos dados qualitativos coletados.

A análise documental sobre a pesquisa da Saúde Coletiva na UEL concentrou-se no relatório da CAPES e na produção científica dos docentes, além da pesquisa na graduação e na participação dos estudantes de graduação em medicina na pesquisa.

A pesquisa em questão foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade

Estadual de Londrina através do Parecer N.002/06 e pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa – CAPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, depois de apresentados os objetivos gerais do estudo e assegurado o sigilo das informações prestadas.

Resultados e Discussão

No ano de 1990, deu-se o início da implantação do Mestrado em Saúde Coletiva da UEL, com 10 estudantes, o que, desde então, além de ter contribuído para substancial incremento na arrecadação do HU da UEL, através do fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde – FIDEPS vem contribuindo para a consolidação das linhas de pesquisa existentes no programa:

1. Análise das condições de saúde de grupos populacionais;
2. Análise de fatores de risco e de agravos resultantes de causas externas;
3. Análise e avaliação de serviços, programas de saúde e políticas públicas de saúde;
4. Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde.

Ao completar 20 anos de existência em 2010, o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva se desenvolveu através das chamadas pesquisas estruturais do mestrado, traduzidas nas 114 dissertações defendidas. Além desses trabalhos, as teses de doutorado realizadas pelos docentes do Departamento, nesse período, e algumas pesquisas de maior envergadura se refletem em duas avaliações trienais consecutivas com conceito 4 pela CAPES, consolidando o programa, como pode ser constatado pela apreciação da Comissão de

Área da Saúde Coletiva, no seu parecer (principais pontos) de 2007:

Programa consolidado e bem estruturado, com uma proposta clara e objetiva, organizado em quatro linhas de pesquisa numa única área de concentração. Tem havido um esforço na redução do tempo de titulação que vem sendo bem-sucedido. Os projetos descritos associados às linhas de pesquisa são adequados, dentro da proposta do programa e da formação do corpo docente. O curso é bienal, o que dá certa heterogeneidade no fluxo de alunos e consequente produção científica do programa. Sua estrutura curricular apresenta 7 disciplinas obrigatórias (21 créditos) num tronco comum e mais 8 disciplinas optativas oferecidas continuamente. O conjunto de disciplinas é abrangente e flexível, com possibilidade de atender às necessidades dos alunos. Além destas, o aluno pode ser matriculado em qualquer disciplina da UEL, o que amplia bastante as possibilidades de formação do aluno. A infraestrutura para o programa é adequada, com associações com Núcleos de Apoio da Instituição. O corpo docente, todo constituído de doutores, de formação não endógena, é formado em várias áreas correlatas à Saúde Coletiva. Há um bolsista PQ do CNPq entre os docentes e não há relatos de pós-doutoramentos, apesar dos intercâmbios citados na proposta do Programa. O Programa conta com 12 docentes, sendo 10 permanentes e em tempo integral na Instituição. Contratações recentes levaram à renovação parcial deste quadro sem perda de sua característica. Esta renovação terá impacto nos próximos anos. O corpo docente permanente tem formação acadêmica adequada e trabalha de maneira integrada à proposta do programa. A distribuição didática na pós-graduação é adequada, com todos os docentes tendo participado de disciplinas oferecidas no triênio. Há uma efetiva participação docente nas atividades de graduação, já observada em

relatórios anteriores, com a maioria envolvida em disciplinas, orientação de alunos de Iniciação Científica e TCC. Todos os docentes participam ou coordenam projetos de pesquisa, 50% dos quais com financiamento externo. Não há projetos de grande porte (CAPES, 2007⁵).

Diante desse resultado, decidiu-se por ofertar um Doutorado próprio, em julho de 2008, e abertura já no próximo ano da primeira turma, com 10 estudantes, em 2011 a segunda e em 2013 a terceira. Manteve-se o Mestrado Acadêmico, com as disciplinas obrigatórias e, para o Doutorado, mais três disciplinas obrigatórias, que são os seminários, com duas áreas de concentração: Epidemiologia e Políticas e Gestão em Saúde.

Em relação à produção intelectual dos docentes da área, recuperando ainda o relatório da CAPES, relativo ao triênio 2004, 2005 e 2006, registrou-se o seguinte:

A produção internacional A, B ou C do programa de mestrado em Saúde Coletiva (considerando-se livros e capítulos de livros) apresenta uma média de 2,25 produtos/docente permanente no triênio (considerando-se a participação proporcional de cada docente como permanente). Considerando-se a produção Qualis Nacional A, incluindo livros e capítulos de livros, esta média vai para 3,6 caracterizando uma produção científica boa. Na distribuição da produção qualificada internacional A, B ou C, apenas 40% dos docentes permanentes apresentam mais de 3 produtos no triênio. Considerando-se a produção NA, incluindo os livros e capítulos de livros, 90% dos docentes permanentes apresentam 3 ou mais produtos no triênio e pelo menos uma produção internacional, caracterizando um nível de produção científica bom (CAPES, 2007⁵).

Sobre a investigação do tema da Saúde Coletiva na graduação da UEL, observou-se que o tema da Epidemiologia, que é uma linha de investigação da Saúde Coletiva e que tem um peso no Mestrado, tem reflexos, por exemplo, no Módulo

do PIN2 principalmente, onde a Epidemiologia está presente. Outra linha é o desenvolvimento de recursos humanos em saúde, sobre a qual um dos gestores, que também é professor e pesquisador nessa área, opina:

Esta linha de desenvolvimento de recursos humanos em saúde, em que eu atuo em pesquisa no CNPq, não rebate, que eu saiba, até onde eu percebo, não tem correspondência na graduação de discussões sobre mercado de trabalho, etc. Tem aquela conferência do Módulo 1 (Introdução ao Estudo da Medicina), mas acho que não, essa não é uma linha. O Planejamento e Administração é uma linha, isso tem a ver com coisas que têm a ver no curso, tem no Módulo do PIN 2, principalmente a parte de administração que a gente discute. Ciências Sociais é outra linha que talvez apareça no Módulo do PIN1, o que se desenvolve é Ciências Sociais Aplicada à Saúde. Será que se pode dizer que caracteriza uma área? É uma linha de investigação? No nosso Departamento não tem nenhum profissional da área de Ciências Humanas ou Ciências Sociais. Não é, até onde eu entendo o assunto, uma linha de pesquisa do nosso pedaço. (GUEL1)

O que se identificou é que o Curso de Medicina como um todo se utiliza dos conhecimentos da chamada *Epidemiologia Clínica*, da *Medicina Baseada em Evidências*, não só nos módulos onde a área de Saúde Coletiva tem maior concentração de docentes. Observou-se que, em vários módulos do curso, os grupos de planejamento se apropriaram dos conhecimentos da Saúde Coletiva, com uma abordagem mais quantitativa, uma linha mais epidemiológica, mas independente da participação dos docentes do Departamento de Saúde Coletiva⁶.

Sobre a participação dos estudantes nos projetos de pesquisa desenvolvidos na área, relata um dos professores entrevistados:

Em alguns projetos os estudantes de graduação tiveram mais participação, em outros tiveram pouca ou nenhuma. Esse pouco ou nenhum é

que, em alguma dissertação de mestrado, eles fizeram parte da equipe de coleta de dados. E, obviamente, não fizeram a coleta de dados sem ter noção do que estava acontecendo. Eu participei junto com uma professora de um projeto específico de iniciação científica que eu até tinha esquecido. Este foi com uma participação muito grande. Além disso, no PIN2 o módulo tem 14 estudantes e todos os alunos participam curricularmente de atividades de pesquisa. (PUEL1)

Outra preocupação dos docentes que apareceu nas entrevistas é sobre os projetos de pesquisa que não são oficialmente cadastrados na Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da UEL e que não estão incluídos no relatório de produção científica do Mestrado em Saúde Coletiva enviado à CAPES, porque alguns docentes não são doutores e não participam como docentes do programa. Sobre esta questão, relata uma professora entrevistada:

Sobre a minha participação em projeto de pesquisa na UEL, na verdade existem os projetos de pesquisa que não têm nenhum cadastrado oficialmente. A própria questão do Teste de Progresso da Medicina, que é a minha tese de doutorado hoje, ele é um projeto de pesquisa, isso já faz três anos que eu estou trabalhando nesse teste e não está registrado na PROPPG da UEL, fora da UEL, eu tenho alguns outros projetos de pesquisa que eu participo, mas acho que esse é o principal. (PUEL3)

Além da falta de registro dos projetos, outra questão, ainda mais relevante, refere-se às inquietações sobre as práticas que se desenvolvem no cotidiano do trabalho e que não são publicadas e que poderiam contribuir ainda mais para uma maior reflexão e aprofundamento teórico dos docentes que acabam não tendo tempo para escrevê-las. Essa dificuldade foi apontada por uma professora entrevistada:

Sobre publicações, do doutorado publiquei dois artigos, tem alguns saindo, mas coloco assim sem prazos porque acho que a publicação é

um ponto importante, mas a gente escreve nas horas que sobram do trabalho do dia a dia. Então acho que esse é um fator limitante para nós ampliarmos as nossas publicações, porque você não vai falar: "Bom, hoje eu vou produzir um trabalho..." Têm dias que você está inspirada, senta e o trabalho flui. Têm dias que você fala: "Bom, vou ter essa janela, eu tenho que produzir um trabalho". Você fica duas horas na frente do computador e sai um parágrafo. Falta inspiração e a tranquilidade ajuda muito. Acho que a produção, no ritmo batido que a gente está, e nas condições de trabalho da nossa Universidade, que não ajudam muito, acaba ficando difícil. Na medida do possível, eu tenho publicado. (PUEL4)

No grupo focal dos estudantes, foi surpreendente o fato de quase todos relatarem ter participado de algum tipo de pesquisa, mesmo considerando ser este um dos pontos falhos do Curso de Medicina da UEL.

Eu faço parte de um Projeto de Pesquisa da Saúde Coletiva com duas docentes de Enfermagem do Departamento de Saúde Coletiva, que é sobre os Núcleos de Educação Permanente em Saúde que houve no Paraná e a diferença que eles fizeram, ou não, na capacitação das equipes de Saúde da Família. (EUEL2)

Sobre a minha participação em projetos de pesquisa, tem um que eu terminei agora, é um projeto de um farmacêutico e o coordenador é um médico, que terminou a sua tese de doutorado e eu participei da coleta de dados. Estou entrando num outro que é de um médico que está fazendo mestrado, com o mesmo orientador. Estou entrando num outro que é da Saúde Coletiva sobre a vacina para o idoso que é de uma médica, aluna do Mestrado em Saúde Coletiva. E têm outros que a gente entrou e saiu no meio do caminho. Eu fui atrás, porque eu tenho muito interesse em pesquisa, então eu fui bem atrás e as portas foram se abrindo de

uma forma e de outra, além de ter tido sorte de encontrar pessoas legais. (EUEL3)

Eu fiz parte de um trabalho que era, na verdade, pegar os trabalhos que foram feitos no PIN 3 e transformar num projeto de pesquisa, que foram feitos sobre hipertensão arterial, foi um trabalho legal, uma meta-análise, foi isso. (EUEL4)

O fato da prática de pesquisa não ser tradicional entre os estudantes de medicina e a produção científica ser considerada ainda insuficiente é um problema que aparece em alguns depoimentos.

No último triênio (2010-2012) foram defendidas 31 dissertações de Mestrado e 5 teses de Doutorado, que, além do aspecto quantitativo, refletem o enorme esforço para manter a qualidade do programa e elevar o conceito de sua avaliação pela CAPES⁷.

Conclui-se que não existe um confronto de opiniões, no campo da pesquisa em Saúde Coletiva entre os agentes estudados, sejam eles professores ou estudantes, todos convergem para a necessidade de implementação e desenvolvimento de mais estudos e investigações nesta importante área de conhecimento, seja por meio do ensino com pesquisa na graduação ou do ensino para pesquisa na pós-graduação.

Considerações finais

Destacaria que nestes últimos 23 anos de existência do programa de pós-graduação em Saúde Coletiva na UEL, desde a sua criação, muitas foram as interações entre o Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva (NESCO) e o Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UEL, que foi criado um pouco antes, em 1988, e que possibilitou a formação e a educação permanente de muitos profissionais de saúde que atuam no SUS do Paraná, em especial a sua qualificação profissional e a organização do SUS no Estado.

Em 2013, com a transformação em Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (iNESCO), ele está se preparando, do ponto de vista legal e organizativo, para assumir de uma forma ainda maior as responsabilidades técnicas, políticas e científicas para a produção, disseminação e preservação dos conhecimentos sobre a Saúde Coletiva paranaense⁸.

Para isso, foi elaborada uma agenda estratégica da entidade, constituída de 20 projetos, prevendo-se o período que corresponde aos quatro anos da gestão da diretoria eleita em maio de 2013. A agenda é produto de análises, reflexões e discussões ocorridas em diferentes contextos recentes, para servir como um eixo norteador das linhas de trabalho do iNESCO e estão publicadas nesta edição da revista com o título de: Plano Estratégico de Desenvolvimento do INESCO: 2013-2017⁹.

Referências

1. Paoli MC. Trabalhadores e cidadania: experiências do mundo público na história do Brasil moderno. Estudos Avançados. São Paulo: USP. III(7); 1989.
2. Mennin S, Gordan P, Al Shazali, Majoor G. PBL (Problem-based learning). Network position paper. Also published in The Meducator; 2002; 2(2): 5-13.
3. Campos JJB, Elias PEM, Cordoni Jr L. Teaching public health in undergraduate medical courses: a case study in three universities in Paraná. São Paulo Med. J. 2009; 127(6): 335-341.
4. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
5. CAPES. Ficha de avaliação do programa. Disponível em www.capes.gov.br, 2007.
6. Campos JJB, Elias PEM. A Saúde Coletiva no Curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina: reflexões iniciais. Ver Bras Educ Med. 2008; 32(2): 149-59.
7. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Disponível em <http://www.uel.br/pos/saudecoletiva/portal/>, 2013.
8. Instituto de Estudos em Saúde Coletiva – iNESCO. Disponível em <http://www.inesco.org.br/>, 2013.
9. Plano estratégico de desenvolvimento do iNESCO: 2013-2017. Rev. Espaço para a Saúde; 14, dez. 2013.

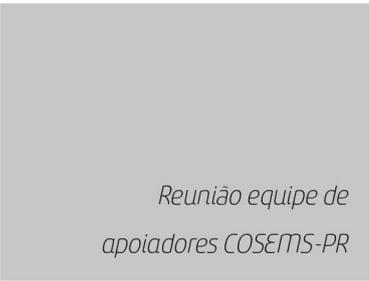


Acolhimento novos gestores municipais 2013



Grupo técnico CIB Estadual

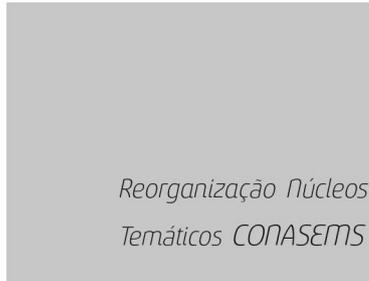
XXVIII Congresso Paranaense CONASEMS



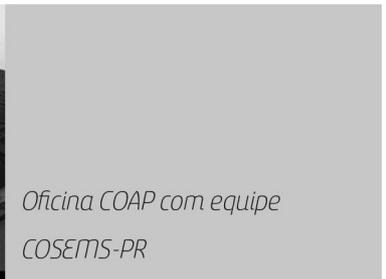
Reunião equipe de apoiadores COSEMS-PR



Oficina Mãe Paranaense



Reorganização Núcleos Temáticos CONASEMS



Oficina COAP com equipe COSEMS-PR

Reunião Ordinária Comissão
Integração, Ensino e Serviço



Plenária CIB Estadual



Grupo Técnico CIB Estadual

O **COSEMS do Paraná**, Conselho de Secretários Municipais de Saúde, através deste verso, deseja a todos um **FELIZ NATAL** e um **ANO NOVO repleto de conquistas** para um SUS cada vez mais equânime, universal e democrático!



www.cosemspr.org.br

Na escuridão desejamos ver a luz.

No fracasso precisamos de compreensão.

No medo, clamamos por encorajamento.

Na viagem pedimos direção.

Quando nos perdemos mutuamente, queremos um reencontrar.

Se ficamos estagnados, quem nos põe em movimento?

Deparar com o sem sentido clama por inspiração.

Procurar caminho significa

Saber onde se quer chegar.

O outro outro convida para afastar fronteiras.

No encontro com o desconhecido começa a mudança do existente.

Atravessar sua própria fronteira abre espaço para o guia.

O dedo apontado torna-se uma mão estendida.

Adriaan Bekman

QUALIDADE DE VIDA EM TRABALHADORES DA ÁREA DE SAÚDE: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Claudio Henrique Meira Mascarenhas¹, Fabio Ornellas Prado², Marcos Henrique
Fernandes³, Eduardo Nagib Boery⁴, Edite Lago da Silva Sena⁶

-
1. Fisioterapeuta. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Professor do Departamento de Saúde da UESB.
 2. Cirurgião-Dentista. Doutor em Estomatopatologia pela UNICAMP. Professor Adjunto do Departamento de Saúde da UESB. Professor do PPGES da UESB.
 3. Fisioterapeuta. Doutor em Ciências da Saúde pela UFRN. Professor do Departamento de Saúde da UESB. Professor do PPGES da UESB.
 4. Enfermeiro. Doutor em Enfermagem pela UNIFESP. Professor Titular do Departamento de Saúde da UESB. Professor do PPGES da UESB.
 5. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFSC. Professora Adjunta do Departamento de Saúde da UESB. Professora do PPGES da UESB.

► **CONTATO:** Claudio Henrique Meira Mascarenhas | Avenida Rio Branco, 1373 | Centro. 45200-585. Jequié - BA | Tel. (73) 9142-7798 | E-mail: claudio12fisio@hotmail.com

Resumo

Este artigo teve como objetivo avaliar estudos sobre a qualidade de vida em trabalhadores da área de saúde por meio de uma revisão sistemática de trabalhos científicos. A fonte de busca foi a Biblioteca Virtual de Saúde, por meio da BIREME (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde), nas bases de dados Medline, Lilacs e SciELO, referente aos anos de 2000 a junho de 2010. A estratégia de busca utilizada foi: qualidade de vida AND pessoal de saúde, e quality of life AND health personnel. Os critérios de inclusão foram: artigos originais de pesquisa sobre o tema proposto, nos idiomas inglês e português, e que utilizaram o WHOQOL-Bref como instrumento de avaliação da qualidade de vida. Seguindo a estratégia definida, a busca bibliográfica resultou em 3.984 artigos, sendo que apenas 8 se adequaram ao tema proposto. Observou-se que o domínio meio ambiente apresentou os menores escores em 75% dos estudos, e que o psicológico foi o único que não obteve maior escore dentre os domínios do WHOQOL-Bref. Dentre os fatores que interferiram na qualidade de vida desses profissionais estão: o estresse decorrente do ambiente de trabalho e das atividades profissionais; o excesso, a insegurança e as inadequadas condições de trabalho; além da insatisfação com os recursos financeiros. Nesta perspectiva, o conhecimento dos aspectos comprometidos aponta para a necessidade de reflexão e atitudes que possam influenciar positivamente na saúde e qualidade de vida desses profissionais, contribuindo, assim, para a melhoria da sua produtividade e qualidade assistencial.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade de Vida, Pessoal de Saúde, Ocupações Relacionadas com Saúde, Organização Mundial da Saúde.

Introdução

As necessidades nas relações de trabalho e os diversos problemas que envolvem o trabalhador são estabelecidos a partir das profundas transformações tecnológicas e sociais vivenciadas numa sociedade globalizada¹. Na área da saúde, indiferentemente das outras áreas, os impactos relacionados à saúde do trabalhador são frutos do sistema capitalista vigente.

Esta reestruturação do modelo socioeconômico mundial tem levado a consequências negativas, tais como condições precárias de trabalho, intensificação das atividades profissionais e aumento da exposição a fatores de risco à saúde, que, por sua vez, resulta na exclusão social e no declínio progressivo das condições de saúde da classe trabalhadora²⁻³.

Em decorrência de um processo de construção de um sistema de saúde que exige uma prática ampliada, crítica e reflexiva que necessita de condições salubres para que se consolide, juntamente com a inserção de novos saberes e fazeres no âmbito da saúde coletiva, vem também o debate sobre “a saúde de quem produz saúde”, ou seja, a mudança do sistema de saúde e das práticas também promoveu, de certa forma, uma preocupação com a qualidade do trabalho em saúde e com a qualidade de vida desses profissionais⁴.

Entre os trabalhadores da área da saúde a relação qualidade de vida e trabalho é ainda maior devido às dificuldades encontradas no exercício profissional, as quais abrangem um ambiente formado por intensos estímulos emocionais, como o contato com a dor e o sofrimento, o lidar com pacientes terminais, deprimidos, queixosos, rebeldes e não aderentes ao tratamento, e o lidar com as limitações do sistema assistencial que se contrapõem às demandas e expectativas dos pacientes e familiares⁵. Soma-se a isto o fato de que muitos profissionais possuem mais de um vínculo empregatício, o que gera um intenso desgaste físico; além das insatisfatórias condições de trabalho em decorrência da baixa remuneração, hierarquização, diversidade e complexidade dos procedimentos técnicos⁶.

Diante dessas assertivas, a preocupação com a qualidade de vida do ser humano tem sido cada vez maior nos últimos anos. Este tema tem instigado pesquisadores de diversas áreas, sendo, atualmente, um dos conceitos mais utilizados no cenário da saúde e do trabalho, direcionando e determinando condutas e tratamentos específicos⁷. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS)⁸, qualidade de vida é definida como “a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive e com relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Este conceito é considerado abstrato, subjetivo e multidimensional por envolver vários aspectos como trabalho, meio ambiente, relações sociais, saúde, família, dentre outros; além de estar relacionado com aspectos culturais, religiosos, éticos e valores pessoais⁶.

A importância da avaliação da qualidade de vida em diferentes populações fez com que a OMS desenvolvesse medidas de avaliação que pudessem servir de parâmetro para diversos países e culturas. Assim, inicialmente foi elaborado o instrumento WHOQOL-100 (World Health Organization Quality of Life Questionnaire) e em seguida WHOQOL- Bref, WHOQOL-OLD e WHOQOL-HIV/AIDS, WHOQOL-SRPB dos domínios da espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais, elaborados e validados no Brasil⁹⁻¹¹.

É importante destacar que o comprometimento da qualidade de vida dos trabalhadores de saúde pode influenciar diretamente na prestação de serviços, afetando a dinâmica do atendimento e trazendo prejuízos à assistência dos pacientes.

Apesar da qualidade de vida ter sido amplamente pesquisada, nos últimos anos, especialmente relacionada com doenças crônicas, efeitos de medicamentos e outros tratamentos não medicamentosos, poucos são os estudos voltados para os trabalhadores da área da saúde. Assim, as informações relacionadas à qualidade de vida destes profissionais podem dar sustentação para a implantação de estratégias voltadas para melhorar

as condições de vida e trabalho dessa população e, conseqüentemente, garantir uma melhoria na qualidade da assistência prestada aos pacientes.

Nesta perspectiva, este artigo tem como objetivo avaliar estudos sobre a qualidade de vida em trabalhadores da área de saúde por meio de uma revisão crítica, baseando-se em experiências de trabalhos já relatados anteriormente na literatura científica.

Metodologia

Trata-se de um estudo de revisão sistemática de trabalhos científicos que estudaram a qualidade de vida em trabalhadores da área da saúde. A fonte de busca das informações científicas foi a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), por meio da BIREME (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde), nas bases eletrônicas Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System On-Line), Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), e SciELO (Scientific Electronic Library Online), referente aos anos de 2000 a junho de 2010.

A estratégia de busca utilizada foi: qualidade de vida AND pessoal de saúde, e quality of life AND health personnel. Quanto aos critérios adotados para a inclusão dos artigos neste estudo, foram obedecidos: artigos originais de pesquisa (excluindo-se editoriais e relatos de casos) sobre o tema proposto, que tenham sido publicados nos idiomas inglês e português; e que utilizaram o WHOQOL-Bref como instrumento de avaliação da qualidade de vida dos participantes. Os artigos que não obedeceram a esses critérios foram excluídos.

A partir deste levantamento bibliográfico foi realizado o ordenamento e a análise da bibliografia científica selecionada, de modo a avaliar e discutir os aspectos principais apresentados nos estudos com relação à temática qualidade de vida em trabalhadores de saúde, considerando a distribuição das publicações segundo o autor do estudo, ano de publicação, cidade, estado e país em que foram

realizados as pesquisas, tamanho da amostra, idade e sexo da amostra, profissão da amostra, e os domínios de qualidade de vida do WHOQOL-Bref.

Resultados

Seguindo a estratégia definida, a busca bibliográfica resultou em 3.984 artigos. Os artigos que focavam a qualidade de vida no tratamento de doenças de pacientes, artigos de revisão bibliográfica, artigos envolvendo outras temáticas, e aqueles que não apresentavam todas as dimensões da qualidade de vida abordadas pelo WHOQOL-Bref foram desconsiderados. Após a adoção dos critérios sistemáticos citados, foram incluídos apenas 8 artigos, os quais se adequaram aos critérios propostos para este estudo.

Na análise dos artigos selecionados, observou-se que, em relação ao país onde se desenvolveram os estudos, 7 (87,5%) foram realizados no Brasil e apenas 1 (12,5%) no Chile; sendo Paraná e São Paulo as regiões onde foi realizada a maior quantidade de estudos relacionados à temática (25% cada). No que diz respeito ao tamanho da amostra, os trabalhos de Kluthcovsky et al.¹² e Nunes e Freire¹³ foram os que apresentaram maior quantidade de participantes (169 e 149, respectivamente) (Tabela 1).

Em relação à idade, verificou-se a presença de trabalhadores de saúde na faixa etária dos 18 anos, no estudo de Vasconcellos e Costa-Val¹⁴ com Agentes Comunitários de Saúde (ACS), até 66 anos, no estudo de Nunes e Freire¹³ com odontólogos. A maior média de idade foi encontrada no estudo de Calumbi et al.¹⁵ envolvendo médicos anesthesiologistas, com 43,2 (+11,1) anos; e a menor média de idade foi encontrada no estudo de Paschoa et al.⁶ envolvendo técnicos e auxiliares de enfermagem, com 30,9 (+8,5) anos. Quanto ao sexo dos trabalhadores de saúde, com exceção do estudo de Barrientos e Suazo¹⁶ que utilizou apenas o sexo feminino em sua amostra, todos os outros estudos evidenciaram uma maior proporção do sexo feminino em relação ao sexo masculino (Tabela 1).

Tabela 1. Características metodológicas dos estudos selecionados sobre qualidade de vida em trabalhadores da área de saúde, 2000 - junho/2010.

AUTOR/ANO	CIDADE/ESTADO/ PAÍS	AMOSTRA	IDADE ¹	SEXO	PROFISSÃO DA AMOSTRA
Nunes e Freire, 2006	Goiânia/Goiás/ Brasil	149	28-66/ 41,3(+8,7)	48 Mas. 101 Fem.	Odontólogos ³
Kluthcovsky et al.,2007	Interior ² /Paraná/ Brasil	169	19-60/ 31,1(+8,8)	18 Mas 151 Fem.	Agentes Comunitários de Saúde
Barrientos e Suazo, 2007	Região do Bío Bío/ Concepción/ Chile	100	Não menc.	100 Fem.	Enfermeiras ⁴
Paschoa et al., 2007	São Paulo/ São Paulo/ Brasil	126	20-56/ 30,9(+8,5)	22 Mas 104 Fem.	TE e AE ⁵
Spiller et al., 2008	Curitiba/ Paraná/ Brasil	109	Não menc.	6 Mas. 103 Fem.	Enfermeiros, Fisioterapeutas e Nutricionistas ⁶
Vasconcellos e Costa-Val.,2008	Lagoa Santa/Minas Gerais/ Brasil	60	18-57/ 33,0 (+11)	2 Mas. 58 Fem.	Agentes Comunitários de Saúde
Santos e Beresin, 2009	São Paulo/ São Paulo/ Brasil	24	22-52/ 34,0	2 Mas. 22 Fem.	Enfermeiros ⁷
Calumbi et al., 2010	Recife/Pernambuco/ Brasil	110	43,2 (+11,1)	34 Mas. 76 Fem.	Médicos ⁸

Mas.=Masculino; Fem.=Feminino; Não Menc.=Não Mencionado; 1-Mínima e máxima, média e desvio-padrão; 2-município do interior do Paraná; 3-cirurgiões-dentistas do quadro permanente da Secretaria Municipal de Saúde; 4-de um hospital público; 5-Técnicos e Auxiliares de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva; 6-de um hospital universitário; 7-do centro cirúrgico de um hospital privado; 8-anestesiologistas.

Dentre as profissões dos trabalhadores da área da saúde, observou-se que os estudos pesquisaram oito categorias profissionais diferentes, sendo cinco de nível superior e três de nível médio. Os profissionais “enfermeiro” e “agente comunitário de saúde” foram as categorias mais prevalentes entre os estudos (37,5% e 25%, respectivamente) (Tabela 1).

A média e o desvio-padrão referentes a cada domínio do WHOQOL-Bref, segundo autor/ano dos estudos selecionados, estão descritos na Tabela 2. Pode-se observar que na avaliação geral de qualidade de vida, ou seja, média dos quatro domínios do WHOQOL-Bref, o estudo de Santos e Beresin¹⁷ envolvendo enfermeiros do centro cirúrgico de um hospital privado, e o estudo de Vasconcellos e Costa-Val¹⁴ com ACS foram os que obtiveram os maiores escores (85,5 e 73,8, respectivamente); enquanto que o estudo de Calumbi et al.¹⁵ com anestesiologistas do sexo feminino, e o estudo de Paschoa et al.⁶, envolvendo técnicos e auxiliares de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva, foram

os que obtiveram os menores escores (65,0 e 57,4, respectivamente).

Verificou-se ainda que dentre os três estudos envolvendo o profissional enfermeiro, a avaliação geral da qualidade de vida obteve maior escore entre os enfermeiros de um hospital privado (85,5), seguido pelo estudo envolvendo enfermeiras de um hospital público (67,6) e pelo estudo com enfermeiros de um hospital universitário (65,2).

Ao analisar os dois estudos envolvendo os ACS, observou-se que o domínio mais comprometido foi o meio ambiente, seguido pelo domínio psicológico.

Pode-se perceber que, tanto no domínio físico quanto no domínio psicológico, os maiores escores foram encontrados no estudo de Vasconcellos e Costa-Val¹⁴ envolvendo os ACS (82,8 e 76,0, respectivamente). Os menores escores desses domínios foram encontrados no estudo de Paschoa et al.⁶, o qual pesquisou técnicos e auxiliares de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva (53,1 e 60,8, respectivamente).

No domínio relação social pode-se observar que o maior escore (94,03) foi encontrado no estudo de Santos e Beresin¹⁷ envolvendo enfermeiros do centro cirúrgico de um hospital privado; enquanto que o menor escore (63,71) foi obtido entre os médicos anesthesiologistas do sexo feminino do estudo de Calumbi et al.¹⁵.

No domínio meio ambiente verificou-se que o maior escore (96,73) foi encontrado no estudo de Santos e Beresin¹⁷; enquanto que o menor escore (49,4) foi encontrado entre os técnicos e auxiliares de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva do estudo de Paschoa et al.⁶.

Ao analisarmos cada estudo em relação aos domínios, pode-se observar que nos estudos de Nunes e Freire¹³ (odontólogos); Spiller et al.¹⁸ (Fisioterapeutas); Vasconcellos e Costa-Val¹⁴

(ACS); e Calumbi et al.¹⁵ (médicos de ambos os sexos), o domínio físico foi o que apresentou maior escore em relação aos outros domínios. Já nos estudos, Kluthcovsky et al.¹² (ACS); Barrientos e Suazo¹⁶ (enfermeiras); Paschoa et al.⁶ (técnicos e auxiliares de enfermagem); Spiller et al.¹⁸ (nutrição e enfermagem), o domínio relações sociais foi o que apresentou maior escore. No estudo de Santos e Beresin¹⁷ (enfermeiros), o domínio de maior escore foi o meio ambiente.

É importante destacar que o domínio psicológico foi o único que não obteve maior escore dentre os domínios do WHOQOL-Bref nos estudos analisados. Vale ainda ressaltar que em 6 (75%) estudos, o domínio meio ambiente foi o que apresentou os menores escores.

Tabela 2. Escores médios e desvio padrão dos domínios de qualidade de vida do WHOQOL-Bref segundo autor/ano dos estudos selecionados, 2000 – junho/2010.

AUTOR/ANO	CARACTERÍSTICA	DOMÍNIO 1 FÍSICO MÉDIA (dp)	DOMÍNIO 2 PSICOLÓGICO MÉDIA (dp)	DOMÍNIO 3 RELAÇÕES SOCIAIS MÉDIA (dp)	DOMÍNIO 4 MEIO AMBIENTE MÉDIA (dp)
Nunes e Freire, 2006	--	70,3 (14,6)	69,7 (14,2)	69,4 (17,0)	59,4 (13,7)
Kluthcovsky et al., 2007	--	74,2 (13,2)	74,0 (11,4)	75,8 (14,2)	54,1 (12,0)
Barrientos e Suazo, 2007	--	54,56 (12,04)	66,62 (11,78)	77,38 (17,62)	71,93 (12,40)
Paschoa et al., 2007	--	53,1 (11,9)	60,8 (11,9)	66,3 (18,0)	49,4 (14,5)
Spiller et al., 2008	Nutrição	69,05 (17,59)	69,44 (14,11)	75,0 (11,79)	65,63 (13,40)
	Fisioterapia	79,08 (14,95)	70,24 (15,49)	76,79 (19,66)	65,85 (16,37)
	Enfermagem	66,73 (12,25)	65,45 (13,10)	70,41 (17,72)	58,29 (11,44)
Vasconcellos e Costa-Val, 2008	--	82,8 (12,0)	76,0 (12,7)	77,0 (18,0)	59,5 (12,5)
Santos e Beresin, 2009	--	81,10	69,97	94,03	96,73
		(dp não menc)	(dp não menc)	(dp não menc)	(dp não menc)
Calumbi et al., 2010	Mulheres	68,80 (14,49)	66,23 (13,48)	63,71 (19,89)	61,35 (11,39)
	Homens	74,16 (14,37)	72,67 (11,10)	73,04 (16,16)	65,72 (14,42)

dp=desvio-padrão; dp não menc=desvio padrão não mencionado.

Discussão

Os estudos selecionados evidenciaram uma grande variação na faixa etária dos trabalhadores da área de saúde, sendo que a maioria das médias encontrava-se na faixa etária de adultos jovens. Essa faixa etária também foi mais frequente em outros estudos envolvendo trabalhadores da área da saúde¹⁹⁻²².

As faixas etárias mais avançadas, entre os agentes comunitários de saúde, possibilitam conhecer melhor a comunidade, além de favorecer um maior número de amizades e vínculos; no entanto, esses trabalhadores podem ser mais resistentes a novos conceitos voltados à promoção da saúde, já que possuem sua própria concepção a respeito do processo saúde/doença. Ao contrário, os agentes mais jovens podem ter um envolvimento menor com a comunidade por não conhecê-la tão bem; entretanto, podem estar mais abertos às mudanças e aos novos conceitos¹².

Dentre as características dos entrevistados, observou-se uma frequência elevada de trabalhadores do sexo feminino quando comparado ao sexo masculino. Diversos estudos confirmam a tendência cada vez maior do sexo feminino entre os trabalhadores da área de saúde^{7,23,24}. A crescente participação feminina nas profissões de saúde decorre das mudanças nas relações entre mulher e trabalho advindas dos movimentos feministas, levando-as a uma progressiva participação no mercado de trabalho²⁵.

A presença quase absoluta de mulheres entre os ACS pode ser atribuída ao fato das mesmas desempenharem o papel de cuidador na sociedade e também por constituir mais uma oportunidade para que as mulheres ingressem no mercado de trabalho, possibilitando um incremento salarial^{24,26}.

Segundo Nunes e Freire¹³, a acentuada presença feminina pode gerar modificações na profissão dos cirurgiões-dentistas, a exemplo das especializações escolhidas e da quantidade de horas trabalhadas em função da dupla jornada de trabalho.

No presente estudo, ao analisar os domínios do WHOQOL-Bref encontrados na avaliação da qualidade de vida dos trabalhadores de saúde, observou-se que o domínio meio ambiente apresentou os menores escores em 6 estudos, inclusive entre os dois estudos envolvendo os ACS. No entanto, foi o domínio que apresentou maior escore no estudo de Santos e Beresin¹⁷ envolvendo enfermeiros. Esse domínio compreende a satisfação do indivíduo sobre diversos aspectos relacionados ao ambiente que ele vive, como: acesso aos serviços de saúde, meio de transporte, segurança na vida diária, salubridade no ambiente físico, oportunidades de recreação/lazer, disponibilidade de informações e recursos financeiros.

No estudo de Nunes e Freire¹³, na faceta do domínio meio ambiente referente à quantidade de recursos financeiros para satisfazer as necessidades dos cirurgiões-dentistas, pode-se perceber que aproximadamente 30% dos indivíduos a consideraram insuficiente, enquanto que mais de 50% consideraram que é mais ou menos suficiente.

Entre estudos envolvendo os ACS, o baixo escore desse domínio está relacionado à questão da remuneração e ao vínculo empregatício. Os trabalhos mostram que os ACS estão insatisfeitos com o salário que recebem diante do trabalho que é realizado por eles, além das inadequadas condições trabalhistas^{7,12,14,27}.

O domínio meio ambiente, no estudo de Spiller et al.¹⁸, recebeu os piores escores em todas as categorias profissionais; sendo influenciado, principalmente, pelos aspectos de remuneração, condições de trabalho e ambiente harmonioso.

No estudo envolvendo técnicos e auxiliares de enfermagem⁶, as facetas que mais contribuíram para o menor escore nesse domínio foram as oportunidades de lazer, e a baixa quantidade de dinheiro para a satisfação das necessidades.

Dentre os quatro domínios avaliados no estudo de Calumbi et al.¹⁵ envolvendo anesthesiologistas, os piores escores foram registrados no domínio meio

ambiente. Esses trabalhadores enfrentam riscos relacionados com o seu exercício profissional como a contaminação ambiental causada por inalação de agentes anestésicos e desinfetantes usados no centro cirúrgico, a exposição às radiações, além da contaminação por agentes infecciosos, dentre outros fatores²⁸.

De acordo com Santos e Beresin¹⁷, o elevado escore no domínio meio ambiente, encontrado no estudo envolvendo a qualidade de vida dos enfermeiros do centro cirúrgico, pode estar relacionado ao fato do lugar de trabalho ser um hospital privado, que possui uma estrutura qualificada e moderna e que oferece aos seus funcionários vários benefícios, dentre eles plano de saúde, serviço de transporte, cursos de reciclagem e atualização, creche para os filhos dos funcionários e salários equivalentes ou superiores aos do mercado de trabalho.

Em relação ao domínio psicológico, verificou-se que este foi o único que não obteve maior escore dentre os domínios do WHOQOL-Bref nos estudos analisados, sendo seu menor escore encontrado no estudo de Paschoa et al.⁶. Esse domínio está relacionado à percepção do indivíduo sobre sua condição afetiva e cognitiva, cujas facetas são: sentimentos positivos; memória e concentração; autoestima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos; espiritualidade/ religião/ crenças pessoais.

Paschoa et al.⁶, em estudo envolvendo técnicos e auxiliares de enfermagem, percebeu que uma parcela importante destes profissionais considera não estar aproveitando a vida e que não é rara a presença de sentimentos negativos, o que justificaria o escore relativamente baixo no domínio psicológico.

No estudo de Kluthcovsky et al.¹² com ACS, as facetas que receberam os maiores escores foram espiritualidade, religião e crenças pessoais; enquanto que o menor escore foi a faceta sobre pensar, aprender, capacidade de memória e concentração. Entre os ACS, alguns aspectos

influenciam negativamente o domínio psicológico, dentre eles o fato desses trabalhadores integrarem uma equipe de profissionais com maior nível educacional, hierárquico, salarial, e maior prestígio social, gerando um ambiente propício para a degradação de sua autoestima²⁸.

O baixo escore do domínio psicológico no estudo de Santos e Beresin¹⁷, entre enfermeiros do centro cirúrgico, pode estar relacionado ao sofrimento psíquico que, na maioria das vezes, se deve ao acúmulo de dois ou mais vínculos empregatícios; longas jornadas de trabalho; escala de turnos, mesmo nos finais de semana ou feriados; ritmos acelerados de produção; pressão repressora e autoritária; fragmentação de tarefas; desqualificação do trabalho realizado; e prejuízo na participação de atividades culturais, sociais, entre outras^{25, 29, 30}.

No estudo de Camelo e Angerami³¹ sobre a avaliação do estresse em profissionais do Programa de Saúde da Família, foi destacado que a autoestima de um indivíduo pode ser influenciada por sua satisfação no trabalho. Logo, o estresse ocupacional poderá levar as dificuldades desses profissionais tanto para o seu ambiente familiar quanto para seu ambiente profissional, o que pode traduzir-se em sentimentos de insegurança.

Os domínios físico e relações sociais foram os que apresentaram maiores escores entre os estudos, com exceção do estudo de Santos e Beresin¹⁷. O domínio físico tem relação com algumas necessidades humanas básicas quando relaciona dor física e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade para o trabalho. Já o domínio relações sociais aborda a percepção do indivíduo sobre os relacionamentos sociais e os papéis sociais adotados na vida através das seguintes facetas: atividade sexual, suporte (apoio) social, e relações pessoais.

No estudo de Vasconcellos e Costa-Val¹⁴ com ACS, observou-se que a ausência de queixas, pela maioria dos entrevistados, relacionadas à

condição dolorosa que causassem falta de energia ou limitação da mobilidade e que necessitassem de tratamento, sono/ repouso e diminuição da capacidade para o exercício da profissão, contribuiu para o elevado escore no domínio físico.

Em outro estudo com ACS realizado por Kluthcovsky et al.¹² foi observado que o elevado escore encontrado no domínio físico se deu aos elevados escores encontrados nas facetas mobilidade e capacidade para o trabalho, o que pode estar relacionado com a faixa etária predominante de adultos jovens dos pesquisados.

Já o estudo de Barrientos e Suazo¹⁶ apresentou o menor escore no domínio físico. Foi observado que as enfermeiras que se encontravam na faixa etária entre 20 e 30 anos foram as que pior avaliaram este domínio. Segundo os autores, uma das explicações é que estas profissionais se encontram numa etapa de desenvolvimento e crescimento pessoal, de busca de estabilidade laboral, de criação de filhos, de busca e/ou estabilização de parceiro, tendo que em muitas das vezes cumprir uma dupla ou tripla jornada de trabalho, gerando assim um excesso de trabalho, cansaço, falta de sono, e até dores osteomusculares.

No estudo de Paschoa et al.⁶, onde foi encontrado o menor escore para esse domínio dentre os estudos analisados, pode-se ressaltar que a insatisfação com o sono por grande parte dos participantes pode ter influenciado no valor médio do escore, uma vez que um terço dos técnicos e auxiliares de enfermagem trabalham no período noturno e alguns em até dois períodos consecutivos, visto que essa condição pode deixar o indivíduo sonolento, afetando o nível de energia, a capacidade para o trabalho e para as atividades cotidianas.

Em relação ao domínio relações sociais, no estudo de Barrientos e Suazo¹⁶, os quais avaliaram a qualidade de vida de enfermeiras de um hospital público no Chile, esse foi o domínio que obteve maior escore. Segundo os autores, ao compartilhar a dor, os êxitos e fracassos com os companheiros de trabalho, esses profissionais acabam reforçando os laços de amizade que se traduzem posteriormente

em redes de apoio social, os quais promovem o fortalecimento das relações interpessoais e da própria interioridade.

Outro estudo onde foi encontrado o maior escore no domínio relações sociais foi o de Kluthcovsky et al.¹², sendo a faceta relacionada às relações pessoais a que recebeu maior escore, seguida da faceta atividade sexual. Segundo os autores, o ACS é um profissional que reside na própria comunidade onde trabalha e desenvolve seu trabalho diretamente com a comunidade, permitindo, dessa forma, um maior relacionamento com as pessoas, além do relacionamento com a equipe de saúde.

Conclusão

A partir deste estudo, pode-se concluir que, em meio à vasta produção científica sobre a qualidade de vida, ainda são poucos os estudos voltados para os trabalhadores da área da saúde.

O instrumento WHOQOL-Bref utilizado na avaliação da qualidade de vida, a partir dos Domínios Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente, possibilita conhecer os aspectos que mais comprometem a vida das pessoas ou grupos específicos. Neste sentido, o amplo conceito de qualidade de vida e suas variáveis possibilitaram elencar e discutir alguns fatores que interferem na qualidade de vida dos trabalhadores da área da saúde, e que podem comprometer o atendimento prestado aos usuários dos serviços. Dentre os fatores valem ser ressaltados o excesso de trabalho, os altos esforços, o estresse decorrente do ambiente de trabalho e das atividades profissionais, a insegurança no trabalho, as inadequadas condições de trabalho, e a insatisfação com os recursos financeiros.

É importante destacar que não se pode responsabilizar apenas o local (instituição) de trabalho desses profissionais pelos comprometimentos encontrados, já que a qualidade de vida engloba vários aspectos que vão além do trabalho. O conhecimento dos aspectos comprometidos

aponta para a necessidade de reflexão e atitudes que possam influenciar positivamente na saúde e qualidade de vida desses profissionais, ajudando-os não somente a sobreviver, e sim a viver com mais qualidade; além de contribuir para implementação de programas voltados para a melhoria das condições de vida e trabalho dos mesmos, o que pode favorecer a instituição e a população por eles assistida, na medida em que esses profissionais possam melhorar sua produtividade e qualidade da assistência.

Referências Bibliográficas

1. Neves SF. Trabalho docente e qualidade de vida na rede pública de ensino de Pelotas [dissertação]. Pelotas (RS): Universidade Católica de Pelotas; 2008.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília, DF, 2001. 580 p.
3. Assunção AA. Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. *Ciênc Saúde Coletiva* 2003; 8(4):1005-1018.
4. Guimarães LAM, Grubits S. *Série Saúde Mental e Trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004.
5. Lourenção LG, Moscardini AC, Soler ZASG. Saúde e qualidade de vida de médicos residentes. *Rev Assoc Med Bras* 2010; 56(1):81-91.
6. Paschoa S, Zanei SSV, Whitaker IY. Qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva. *Acta Paul Enferm* 2007; 20(3):305-10.
7. Gessner CLS. Qualidade de vida das equipes de saúde da família do município de Timbó-SC [dissertação]. Itajaí (SC): Universidade Vale do Itajaí; 2006.
8. Whoqol Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine* 1995;41:1403-9.
9. Bertan FC, Castro EK. Qualidade de vida e câncer: revisão sistemática de artigos brasileiros. *Psico* 2009; 40(3):366-372.
10. Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr* 1999; 21(1):19-28.
11. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref. *Rev Saúde Pública* 2000;34(2):178-183.
12. Kluthcovsky ACGC, Takayanagui AMM, Santos CB, Kluthcovsky FA. Avaliação da qualidade de vida geral de agentes comunitários de saúde: a contribuição relativa das variáveis sociodemográficas e dos domínios da qualidade de vida. *Rev Psiquiatr RS* 2007; 29(2):176-183.
13. Nunes MF, Freire MCM. Qualidade de vida de cirurgiões-dentistas que atuam em um serviço público. *Rev Saúde Pública* 2006; 40(6):1019-26.
14. Vasconcellos NPC, Costa-Val R. Avaliação da qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde de Lagoa Santa-MG. *Rev. APS* 2008; 11(1):17-28.
15. Calumbi RA, Amorim JA, Maciel CMC, Filho OD, Teles AJF. Avaliação da qualidade de vida dos anesthesiologistas da cidade do Recife. *Rev Bras Anesthesiol* 2010; 60(1):42-51.
16. Barrientos LA, Suazo SV. Fatores associados a qualidade de vida de enfermeiras hospitalares chilenas. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2007; 15(3):480-486.
17. Santos RMA, Beresin R. A qualidade de vida dos enfermeiros do centro cirúrgico. *Einstein* 2009; 7(2): 152-8.
18. Spiller APM, Dyniewicz AM, Slomp MGFS. Qualidade de vida de profissionais de saúde em hospital universitário. *Cogitare Enferm* 2008; 13(1): 88-95.

19. Ferraz L, Aerts DRGC. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005;10(2):347-55.
20. Fogaça MC, Carvalho WB, Nogueira PCK, Martins LAN. Estresse ocupacional e suas repercussões na qualidade de vida de médicos e enfermeiros intensivistas pediátricos e neonatais. *Rev Bras Ter Intensiva* 2009; 21(3):299-305.
21. Martins MM. Qualidade de vida e capacidade para o trabalho dos profissionais em enfermagem no trabalho em turnos [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.
22. Talhaferro B, Barboza DB, Domingos NAM. Qualidade de vida da equipe de enfermagem da central de materiais e esterilização. *Rev Ciênc Méd* 2006; 15(6):495-506.
23. Pereira MF, Botelho TL. Perfil do cirurgião-dentista no estado de Goiás. *Rev Fac Odontol UFG* 1997;1:37-40.
24. Bezerra AFB, Espírito Santo ACG, Filho MB. Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(5):809-15.
25. Spindola T, Santos RS. Mulher e trabalho – a história de vida de mães trabalhadoras de enfermagem. *Rev Latino-Am Enferm* 2003;11(5):593-600.
26. Nogueira RP, Silva FB, Ramos ZVO. A vinculação institucional de um trabalhador “sui generis”: o agente comunitário de saúde. IPEA. Texto para discussão nº 735. Rio de Janeiro, 2000.
27. Pedrosa JIS, Teles JBM. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. *Rev Saúde Pública* 2001;35(3):303- 11.
28. Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCIC. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad Saúde Pública* 2002;18(6):1639-46.
29. Laurell AC, Noriega M. Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec; 1989.
30. Marziale MHP, Rozestraten RJA. Turnos alternantes: fadiga mental de enfermagem. *Rev Latino-Am Enferm* 1995;3(1):59-78.
31. Camelo SHH, Angerami ELS. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2004;12(1):14-21.

MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS EM CRIANÇAS, ADOLESCENTES E JOVENS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Mortality by External Causes in Children, Teenagers and Young Adults: a Bibliographic Review

Karla Fonseca de Matos¹, Christine Baccarat de Godoy Martins²

-
1. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso.
 2. Enfermeira. Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP. Docente da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT).

► **CONTATO:** Karla Fonseca de Matos | Rua 04, Quadra 07, Casa 16, CPA 3 Setor 2 | CEP 78058-330 | Cuiabá | MT | Brasil | Telefone: (65) 3646-4071 | Email: karla.matos88@gmail.com

Resumo

O estudo objetivou identificar na literatura dos últimos cinco anos acerca da mortalidade por causas externas em crianças, adolescentes e jovens. As causas externas têm determinado um importante impacto na saúde das populações de vários países do mundo, principalmente entre crianças e jovens. Trata-se de um estudo bibliográfico desenvolvido no período de janeiro a dezembro de 2010. A busca foi realizada a partir das bases de dados MedLine, Lilacs, Scielo, Periódicos Capes e em sites oficiais, sendo encontrados ao total 69 trabalhos, consistindo em 43 artigos, 5 dissertações, uma tese, 13 relatórios e manuais e 7 políticas de enfrentamento e prevenção à violência. Os trabalhos encontrados abordavam dados epidemiológicos, fatores associados ao evento, o impacto para o setor saúde e social, importância da prevenção e as políticas públicas em relação à mortalidade por causas externas. No Brasil, dentre os óbitos por causas externas, as agressões e os acidentes de transporte ocupam o primeiro e o segundo lugar. A mortalidade por causas externas constitui-se um problema de etiologia multifatorial, envolvendo vários níveis de influência, desde o nível individual até o social. As causas violentas podem ocasionar consequências que geram altos custos econômicos, emocionais e sociais. No Brasil, e até mesmo internacionalmente, o perfil das vítimas da mortalidade por causas externas delinea as seguintes características: jovens, do sexo masculino, com baixo nível socioeconômico e da etnia negra. Percebe-se uma produção de políticas voltadas para a problemática. Por fim, compreendemos a importância deste tema, uma vez que as causas externas são passíveis de prevenção.

PALAVRAS-CHAVE: Causas externas; Criança; Adolescente; Mortalidade.

Abstract

This study aimed to on the literature of the last five years about mortality by external causes in children, teenagers and young adults. In many countries around the world the external causes have determined an important impact in populations health, mainly among children and young adults. This is a bibliographical study conducted during the period from January to December 2010. The search was performed from the databases MedLine, Lilacs, Scielo, Capes Periodicals and official web sites, and found to total 69 publications, with 43 papers, 5 dissertations, 1 thesis, 13 reports and manuals and 7 confrontation policies and violence prevention. The articles found addressed epidemiological data, factors related to an event, the impact on health and social sector, the matter of prevention and public policies related to mortality by external causes. In Brazil, among the deaths by external causes, the aggression and the transport accidents have taken the first and second place. The mortality by external causes are a multifactorial etiology problem, covering many levels of influence, since the individual level until the social. The consequences of violent causes can bring high economic, emotional and social costs. In Brazil and even abroad, the victims of mortality by external causes profile are: young, male, with low social-economic level and black ethnicity. Perceives a policies production for the problem. Lastly, we understand the matter of this theme, once the external causes can be prevent.

KEYWORDS: External Causes; Children; Teenager; Mortality.

Introdução

Os acidentes e as violências, sob a denominação de causas externas (causas não intencionais e intencionais)¹ configuram-se como um dos mais importantes temas da atualidade, tornando-se um dos mais sérios problemas de saúde pública no mundo²⁻⁴.

O Ministério da Saúde⁵ (MS) define como acidente “o evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e ou emocionais no âmbito doméstico ou nos outros ambientes sociais, como o do trabalho, do trânsito, da escola, de esportes e o de lazer”. Ainda segundo o MS⁵, entende-se por violência o evento representado por ações realizadas intencionalmente por indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si próprio ou a outros.

Os acidentes e as violências configuram um conjunto de agravos à saúde, que pode ou não levar a óbito, no qual se incluem as causas ditas acidentais – devidas ao trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros tipos de

acidentes – e as causas intencionais (agressões e lesões autoprovocadas). Esse conjunto de eventos consta na Classificação Internacional de Doenças – CID 10 – sob a denominação de causas externas (capítulo XX da CID 10)¹. Quanto à natureza da lesão, tais eventos e ou agravos englobam todos os tipos de lesões e envenenamentos, como ferimentos, fraturas, queimaduras, intoxicações, afogamentos, entre outros (capítulo XIX da CID 10).

Ao se analisar as causas externas sob o prisma dos segmentos populacionais, observam-se peculiaridades marcantes, tanto em relação à frequência quanto às características e circunstâncias. No grupo infanto-juvenil (faixa etária de 0 a 24 anos de idade) as causas externas ocupam as primeiras colocações como causa de mortalidade⁶⁻⁸. A criança, por sua imaturidade, curiosidade e intenso crescimento e desenvolvimento⁹⁻¹⁰, e o adolescente, em decorrência da marginalidade, da exposição a drogas, entre outros eventos negativos¹¹⁻¹². Enquanto na infância o ambiente doméstico é o principal local onde são gerados esses agravos, na adolescência

o espaço extradomiciliar tem prioridade no perfil epidemiológico das causas externas^{6,9,13}.

Estima-se¹⁴ que, em 2004, cerca de 830.000 jovens com idade de 18 anos morreram em consequência de lesões não intencionais. Globalmente, mais de 95% de todas as mortes por causas externas em crianças ocorrem em países em desenvolvimento. Embora a taxa de mortalidade infantil seja muito menor entre crianças de países desenvolvidos, as lesões intencionais e não intencionais ainda são uma das principais causas de morte, responsáveis por cerca de 40% de todos os óbitos infantis.

No Canadá¹⁵, as causas externas foram a principal causa de morte e morbidade em adolescentes entre 15 e 19 anos no período de 1979-2003. Em San Diego¹⁶, no período de 2000-2006, de todas as mortes na faixa etária de 0-17 anos, 8,8 óbitos (100.000 habitantes) foram decorrentes de causas externas.

Atualmente, milhares de crianças morrem a cada ano de acidentes ou violência, e milhões de outras sofrem as consequências de lesões não fatais¹⁴, contribuindo para a perda de anos potenciais de vida¹⁷. Quanto à morbidade, para cada morte de menor de 18 anos, estima-se que há 12 crianças internadas em hospital ou com invalidez permanente e 34 que necessitam de cuidados médicos ou não foram à escola ou trabalho por causa de uma lesão¹⁴.

No Brasil¹⁸, as causas externas são a terceira causa de mortalidade na população geral. No período de 1980 a 2006, registraram-se 2.824.093 óbitos por causas externas, sendo 850.559 na década de 1980, 1.101.029 entre 1990 e 1999, 872.505 no período de 2000 a 2006.

Apesar da magnitude dos dados, ainda se torna necessário conhecer melhor as diferentes faces que envolvem o evento. Neste sentido, o objetivo do estudo foi identificar na literatura dos últimos cinco anos as publicações sobre mortalidade por causas externas em crianças, adolescentes e jovens, no sentido de contribuir para ampliar o conhecimento

sobre o tema e subsidiar a discussão e reflexão nos diferentes segmentos.

Metodologia

Trata-se de um estudo bibliográfico acerca das causas externas na infância, adolescência e juventude, desenvolvido no período de janeiro a dezembro de 2010, durante a elaboração de dissertação de mestrado, defendida junto à Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Foram selecionados artigos publicados entre 2005 e 2010 nas bases de dados MedLine, Lilacs, Scielo, Periódicos Capes e sites oficiais (Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde).

Utilizaram-se como descritores: causas externas, mortalidade, injúria, infância, criança e adolescente, não se fazendo restrição aos idiomas português, espanhol e inglês. Foram utilizados como critérios de seleção dos artigos: ter sido publicado entre os anos de 2005 e 2010 e estar disponível on-line gratuitamente. O conhecimento produzido foi organizado nas seguintes categorias de análise: dados epidemiológicos, impacto das causas externas, fatores associados às causas externas, políticas desenvolvidas na atenção às causas externas, importância da prevenção.

Resultados e Discussão

1. Produção Científica

Foram encontrados 69 trabalhos referentes à mortalidade por causas externas em crianças, adolescentes e jovens (Quadro 1).

Quadro 1. Distribuição dos trabalhos segundo sua categoria.

CATEGORIA DOS TRABALHOS	N
Artigo original	43
Dissertação	05
Tese	01
Relatórios e manuais	13
Políticas de enfrentamento e prevenção	7
TOTAL	69

2. Dados epidemiológicos

2.1 Alguns dados internacionais

Vários estudos apontam que as causas externas se modificam conforme o nível de desenvolvimento do país, com queda na mortalidade nos países desenvolvidos. Pesquisas desenvolvidas no Canadá^{15,19} ao analisarem a mortalidade por causas externas em menores de 15 anos no Canadá, no período de 1979-2003, encontraram como a principal causa os acidentes de transporte, seguido por asfixia.

Em estudo em San Diego¹⁶, onde analisaram as lesões fatais no grupo etário de zero a 17 anos no período de 2000-2006, as causas mais prevalentes de óbito foram os acidentes de transporte (40,2%), seguidos por asfixia (22,7%), homicídio (24,2%) e suicídio (9,4%). Outro estudo²⁰ realizado na Estônia sobre as mortes por causas externas em crianças de zero a 14 anos, no período de 2001-2005, e também verificaram a asfixia e os acidentes de transporte como as principais causas de morte. A asfixia foi principalmente em crianças menores de um ano e os acidentes de transporte em maiores de um ano. Na Escócia²¹, no período de 2002-2006, as principais causas de morte também foram os acidentes de transporte e a asfixia.

Há estudos que apontam uma tendência de declínio na mortalidade em alguns tipos de causas externas e aumentos significativos em outros no grupo etário jovem. No Canadá^{15,19}, pesquisadores encontraram uma tendência de declínio na maioria das causas de mortalidade por causas externas, com exceção da asfixia e o suicídio. As lesões autoinfligidas, por sua vez, apresentaram tendência de crescimento, principalmente o suicídio por enforcamento, levando a um aumento significativo da asfixia em crianças de 10-14 anos. Estudo²¹, no período de 2002-2006 na Escócia, também encontrou tendência de declínio nas mortes por causas externas em menores de 15 anos, contudo o suicídio mostrou uma leve tendência de aumento na faixa etária de 10-14 anos.

2.2 Panorama Nacional

Desde a década de 1980 o Brasil vem apresentando elevação nas taxas de mortalidade por causas externas, constituindo-se esta a terceira causa de mortalidade na população geral¹⁸.

Um estudo²² sobre os acidentes e violências no Brasil e suas capitais, em 2002-2003, verificou que, em 2003, a taxa de mortalidade por causas externas nas capitais brasileiras variou de 53,8 a 120,1 por 100 mil habitantes. Entre todas as capitais, sete delas apresentaram taxas de mortalidade por causas externas maiores que 90 por 100 mil habitantes: Porto Velho, Boa Vista, Macapá, Recife, Vitória, Rio de Janeiro e Cuiabá.

Dentre os óbitos brasileiros por causas externas, as agressões (homicídio) e os acidentes de transporte estão se alternando entre o primeiro e o segundo lugar²³. Ainda segundo o estudo, em 1980, as agressões representavam 29,9% e ao final de 2005 atingiram 56,1% de todos os óbitos por causas externas, sendo que os acidentes de transporte sofreram uma leve redução, passando de 24,5% em 1980, para 23,7% em 2005. Outro estudo²⁴, no qual foi descrita a mortalidade por causas externas entre a população residente em São Paulo, no ano de 2005, encontrou que a maioria dos óbitos foi devido aos homicídios (32,6%), seguido dos acidentes de transporte (25,8%), ambos com incidência em maior proporção na faixa etária de 20 aos 29 anos.

Outra casuística²⁵ avaliou a evolução da mortalidade por causas violentas em menores de 19 anos, em Feira de Santana, no período de 1979-1999. Os acidentes (quedas, afogamentos, acidentes com fogo e chama) representaram os maiores coeficientes de mortalidade tanto no grupo etário menores de 15 anos quanto na faixa de 15 a 19 anos, no triênio de 1979-1981. Foi verificado o aumento expressivo (230,0%) dos óbitos por acidentes de trânsito em menores de 15 anos, assumindo o segundo lugar entre as causas de morte, principalmente a partir de 1994. Os homicídios apresentaram expressivo crescimento (21 vezes maior) a partir da década de 90, na faixa

etária de 15 a 19 anos. Os autores ainda chamam a atenção para a transição epidemiológica do perfil de mortalidade a partir da década de 90 e, como consequência, o aumento das taxas de mortalidade por acidentes de transporte e homicídios. Outro estudo²² mostrou que, no ano de 2003, 51.043 brasileiros foram assassinados no país, sendo quase 140 mortes por dia, predominando a faixa etária dos 15 aos 29 anos (40,3%).

Nos países em desenvolvimento, o suicídio está entre a terceira e quarta causa de morte por causas externas entre os jovens, dados semelhantes aos encontrados em estudos dos países desenvolvidos^{12,26-27}. Porém as taxas de mortalidade por suicídio, embora apresentem pequeno crescimento ao passar de 3,5 por cem mil habitantes em 1991 para 4,0 por cem mil em 2000, não são tão significativas, quando comparadas nacionalmente com os índices de homicídio e internacionalmente com as taxas de vários países da Europa e os da América do Norte, embora estejam elevadas em algumas cidades brasileiras e se incrementando na população jovem masculina²⁶.

3. Impacto das Causas Externas

As causas externas têm determinado um importante impacto em vários países do mundo, com consequências econômicas, emocionais e sociais, que se traduzem em dias de ausência no trabalho, custos para o sistema de saúde, demanda aos serviços sociais, perda de vida produtiva por morte, danos mentais e emocionais incalculáveis para as vítimas e famílias. É difícil calcular o impacto exato de todos os tipos de violência sobre os sistemas de saúde ou os seus efeitos sobre a produtividade econômica em todo o mundo^{10,28-29}. Conceitualmente, o custo econômico pode ser classificado como direto e indireto, sendo o primeiro os gastos com a atenção médica, tratamento, exames complementares, internação e reabilitação. O segundo diz respeito à perda de dias de trabalho, menor produtividade, danos materiais. Ainda existem os custos de mensuração mais difícil, gerados pelo impacto social, os quais podem ter

reflexos no ambiente econômico. Além disso, há o custo humano de dor e sofrimento.

Pesquisa²⁹ mostrou que o Brasil deixou de arrecadar US\$ 20 bilhões entre 1998 e 1999 com o turismo, em razão do impacto negativo da violência no país. Também observaram que é forte o impacto dos acidentes e violências nos custos hospitalares, uma vez que estas causas ocuparam o sexto lugar em número de internações, mas em terceiro lugar no valor total pago pelo SUS, consistindo assim no valor de R\$155.091.524,39 dos cofres públicos.

Estudo³ apontou que as vítimas de violência doméstica e sexual desenvolvem mais problemas de saúde, custos significativamente mais altos de tratamento e consultas mais frequentes aos atendimentos de emergência durante toda a sua vida do que os que não sofreram tais abusos.

Outra consequência importante das causas violentas é a mortalidade e os anos potenciais de vida perdidos (APVP). Os anos potenciais de vida perdidos é um indicador de saúde que traduz o número de anos que uma pessoa, morta prematuramente, poderia ter vivido. Tem como objetivo permitir a comparação da importância relativa das diferentes causas de morte para uma dada população. O seu cálculo leva em consideração o estabelecimento de um limite de idade para referência abaixo do qual a morte é considerada prematura. Este limite costuma ser fixado em 65 ou 70 anos. O controle dos óbitos por causas externas revela-se, assim, como de grande importância na luta pela redução das mortes precoces³⁰⁻³¹.

4. Fatores Associados às Causas Externas

A mortalidade por causas externas constitui-se um problema de etiologia multifatorial, envolvendo desde o nível individual até o social. Vários autores apontam algumas características associadas a estas causas, tais como: a idade jovem^{10,13,22,32}, o sexo masculino^{16,33-34}, a etnia negra³⁵⁻³⁶, o baixo nível socioeconômico e de escolaridade^{9,37-38}.

Pesquisadores³⁹ analisaram a mortalidade por causas externas em adolescentes no estado do Ceará, em 2000, e observaram que estas causas constituíram a principal causa de óbito na faixa etária de 10 a 19 anos. Estudo⁴⁰ sobre a mortalidade por causas externas no Espírito Santo, no período de 1979 a 2003, observou que na faixa etária de 15 a 49 anos concentraram-se cerca de 70% dos óbitos por estas causas. Autores²² descreveram a morbidade e mortalidade por acidentes e violência no Brasil e suas capitais em 2002-2003 e identificaram, nas faixas etárias que compreendem os adolescentes e os adultos jovens (dos 15 aos 29 anos), as taxas de mortalidade por homicídios mais altas do que as verificadas na população geral.

Os adolescentes e os jovens têm sido frequentemente identificados como as principais vítimas das causas externas. Fatores como inexperiência, busca de emoções, prazer em experimentar situações de risco, impulsividade e o acesso a armas, álcool, drogas, parecem estar associados aos comportamentos deste grupo etário⁹.

O predomínio do sexo masculino entre as vítimas de acidentes ou violências tem sido constantemente relatado. Estudo⁴¹ encontrou que, no período de 1991 a 2000, a taxa média de mortalidade masculina por causas externas foi de 119,6 por 100 mil habitantes, sendo cinco vezes maior do que a taxa média observada para as mulheres de 24 por 100 mil habitantes. Em Macapá também há a maior sobremortalidade masculina (10,3 mortes masculinas para cada óbito feminino). João Pessoa também apresenta um risco masculino (nove vezes maior que o feminino). Em outras capitais como Recife, Vitória, São Paulo e Cuiabá, observam-se taxas masculinas em torno de sete vezes maiores que as taxas femininas. Outra casuística⁴² encontrou que praticamente 90% do total de óbitos juvenis por causas violentas são de homens.

As representações históricas e constitutivas das culturas de gênero explicam, em grande parte, a maior vulnerabilidade dos homens em relação a

esses agravos. Um fator cultural é a maior liberdade que é dada aos meninos e em compensação uma maior vigilância sobre as meninas. Outro fator diretamente ligado às mortes por homicídio e acidentes de transporte é o acesso mais fácil dos homens a armas de fogo e a carro. Há que se ressaltar que a arma e o carro são inseridos na vida dos meninos desde criança como brinquedos e passam a fazer parte do seu cotidiano.

Em relação à raça³⁵ os negros têm maior perda de anos potenciais de vida por homicídio e acidentes de transporte. Estes são considerados vítimas de homicídio duas vezes mais que brancos⁴³. A etnia em si não é considerada um fator de risco, mas a inserção social adversa de um grupo racial/étnico se constitui em característica de vulnerabilidade²⁷. Estes últimos autores, por exemplo, verificaram a etnia como um importante marcador de desigualdade social, sendo a chance de morte entre negros aproximadamente quatro vezes maior que entre brancos. As diferenças étnicas associam-se a desigualdades sociais e condicionam a forma de viver e de morrer de grupos populacionais.

A Organização Mundial de Saúde¹⁴ traz uma ampla variedade de fatores socioeconômicos associados às causas externas, como a renda familiar, a escolaridade materna, a idade materna, número de filhos. Também relatam que, em família com renda baixa, os pais podem não ser capazes de supervisionar adequadamente os filhos, que às vezes são deixados sozinhos ou na companhia de um irmão, para que os pais possam trabalhar. Além disso, crianças que vivem em situação de pobreza podem ser expostas a perigos ambientais diversos, tais como estruturas físicas que propiciam o acidente, espaços inadequados para lazer, exposição à rua e suas ameaças, entre outros^{10,13}. Nesses mesmos espaços sociais os jovens costumam ser recrutados para o exercício de atividades ilegais, muitas vezes transformando-se em agentes de violência (contra seus companheiros e parceiras) e em vítimas.

As mortes por causas violentas entre a faixa etária mais jovem, de baixas condições socioeconômicas e com níveis de escolaridade

baixos, são relatadas por muitos autores como uma complexa rede de fatores que envolvem as mortes por causas externas.

5. Políticas Desenvolvidas na Atenção às Causas Externas

Em toda a sociedade ocidental, mais particularmente no Brasil, é na década de 1980 que o tema causas violentas ganha prioridade na agenda de debates políticos e sociais e no campo programático da saúde. Oficialmente somente a partir da década de 1990, a Opas e a OMS começaram a falar especificamente do tema violência⁴⁴.

No Brasil, a consideração do tema violência na área da saúde vem se fazendo de forma fragmentada e progressiva. A sensibilização em relação à importância do tema como pauta para a ação de saúde se inicia pioneiramente com a questão da violência contra crianças, culminando com a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), promulgado em 1990⁴⁴.

Na tentativa de reduzir a morbimortalidade dos acidentes de transporte, em 1998 entrou em vigor no país o novo Código de Trânsito Brasileiro (CTB), instituído pela Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, estabelecendo medidas de intervenção para a redução dos acidentes de trânsito, com punições mais severas para os infratores⁴⁵.

Em 2001, o Ministério da Saúde lança a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade de Acidentes e Violências (PNRMAV)⁵, aprovada pela portaria nº 737/GM em 16 de maio de 2001, que destaca a importância e o papel do setor saúde no enfrentamento dos acidentes e violência no país, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas, em conformidade com as diretrizes que são:

- Promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis;
- Monitorização da ocorrência de acidentes e de violências;

- Sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar;
- Assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências;
- Estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação;
- Capacitação de recursos humanos;
- Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

A Secretaria de Estado dos Direitos Humanos do Ministério da Justiça, juntamente com o Ministério da Saúde, desenvolveu o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil de 2002, que inclui diagnóstico da situação, condições de defesa de direitos das crianças e adolescentes vítimas, indicadores para monitoramento e comprovação da efetividade da ação nacional⁴⁶.

Para tentar reduzir a violência e suas consequências, o Brasil instituiu a Lei n.º 10.826, de 22 de dezembro de 2003⁴⁷, que dispõe sobre registro, posse e comercialização de armas de fogo e munição, como também define os crimes e penas.

Em 2005, foi implantado o Plano de Ação da PNRMAV⁴⁸, pelo Ministério da Saúde, através da portaria 936 do MS em 18 de maio de 2004, que dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a implantação e implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em estados e municípios.

Em 2006, o Ministério da Saúde implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), com a finalidade de viabilizar a obtenção de dados e divulgação de informações sobre violências e acidentes, o que possibilita conhecer a magnitude desses graves problemas de saúde pública. O VIVA foi estruturado em dois componentes: 1) vigilância contínua de violência doméstica, sexual, e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas (VIVA

Contínuo); e 2) vigilância sentinela de violências e acidentes em emergências hospitalares (VIVA Sentinela)⁴⁹.

Em 2008, no sentido de enfrentar o elevado número de mortes provocadas por condutores que dirigem sob efeito de álcool, instituiu em 20 de julho de 2008 a Lei nº 11.705, chamada “Lei Seca”. Esta Lei altera dispositivos da Lei no 9.503, com a finalidade de estabelecer alcoolemia 0 (zero) e de impor penalidades mais severas para o condutor que dirigir sob a influência do álcool⁵⁰.

6. Importância da Prevenção

As medidas preventivas para promover a saúde tentam impedir a ocorrência das causas externas e o agravamento de suas consequências, ao mesmo tempo em que favorecem condições capazes de reduzir a reprodução das situações de riscos. Sendo a violência um problema multifatorial com raízes biológicas, psicológicas, sociais e ambientais, ela deve ser enfrentada em níveis diferentes concomitantemente, seja primária (quando a ação da prevenção ocorra antes da violência), secundária (quando o ato violento já ocorreu, as abordagens ficam centradas nas reações mais imediatas, tentando evitar episódios novos ou mais graves) ou terciária (abordagens que enfocam os cuidados prolongados após a violência, com a intenção de evitar maiores danos e melhorar a qualidade de vida).

Alguns autores⁹⁻¹⁰ ressaltam que a atuação desejada no enfrentamento da violência é a sua prevenção primária, evitando as consequências. Esse enfoque baseia-se no fato de que quanto mais se investe na prevenção primária, menor é o custo no atendimento às vítimas e maior o impacto e a abrangência na proteção da população. Os fatores responsáveis por reações violentas, quer sejam derivados de atitudes e comportamentos ou de condições sociais, econômicas, políticas e culturais, podem ser modificados. Acresce-se a isso que cada um dos acidentes e das violências, em maior ou menor grau, é passível de prevenção.

Autores⁵¹ tratam da proposta da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) para a prevenção da violência, seguindo as orientações do Informe Mundial sobre Violência e Saúde da Organização Mundial de Saúde, e ressaltam que independentemente do caso, do nível de prevenção sujeito à intervenção, é necessário levar-se em conta que as propostas precisam ser analisadas com prudência. É necessário definir as intervenções com base em provas científicas analisadas sob critérios que permitam afirmar se elas produzem impacto, se são eficientes ou promissoras em termos de custo. As intervenções devem ser feitas mediante projetos examinados e baseados em princípios gerais claros e com sustentabilidade e resultados a longo prazo.

A violência é um fenômeno complexo e atual e a sua prevenção deve partir de uma abordagem que exige uma articulação intersetorial, interdisciplinar e multiprofissional, com a participação do estado e da sociedade civil organizada. Cabe aos gestores, em suas respectivas áreas de abrangência, estabelecer a indispensável parceria efetiva com diferentes segmentos governamentais e não governamentais. A sociedade deverá ser mobilizada, sobretudo por intermédio dos diferentes segmentos sociais que a representam, estabelecendo compromissos mútuos que resultem em medidas concretas, como, por exemplo, a adoção de hábitos e estilo de vida saudáveis – elementos capazes de refletir decisivamente na redução dos acidentes e da violência no país⁵.

Conclusões

A literatura aponta que as causas externas continuam sendo um grande problema de saúde pública em todos os países, sendo os jovens do sexo masculino, da raça negra e de baixo nível socioeconômico mais expostos à mortalidade por causas externas. Entretanto, há diferenças entre os países desenvolvidos, nos quais os acidentes de transporte e agressões encontram-se em tendência de declínio, ao mesmo tempo em que há aumentos significativos na violência autoinfligida. Já no Brasil, país em desenvolvimento, os acidentes

de transporte e as agressões, especificamente o homicídio, se mantêm entre os primeiros lugares de morte por causas externas. Estas diferenças se dão no âmbito da prevenção, a prevenção primária, especialmente, que deve promover a não violência, reduzir as agressões e mudar as circunstâncias e as condições que favorecem a explosão das causas violentas.

O Brasil vem tentando realizar essas ações através da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência e designando responsabilidades a todos os envolvidos – gestores e sociedade.

Por fim, compreendemos a importância deste tema, já que as causas externas em maior ou menor grau são passíveis de prevenção.

Sugerimos, ainda, novos estudos que venham complementar o conhecimento sobre o evento, principalmente em Cuiabá, que ganha destaque nos estudos nacionais como sendo uma das capitais que tem a taxa de mortalidade por causas externas mais elevada e possibilitando aos gestores desenvolverem e definirem estratégias e ações prioritárias, a fim de contemplar a prevenção dessas causas.

Referências Bibliográficas

1. OMS. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Décima Revisão (CID-10). Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 8.ed. 10ª revisão - São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo (EDUSP); 2000.
2. Blank D, Liberal EF. O pediatra e as causas externas de morbimortalidade. *J Pediatra* 2005; 81(5Supl):S119-S122.
3. Dahlberg LL, Krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007; 11(supl):S1163-S1178.
4. Fortunato MAB. Morbimortalidade por causas externas no Distrito Federal e entorno. Dissertação, Universidade de Brasília, Brasília, 2009.
5. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Brasília. 2002.
6. Paes CEN, Gaspar VLV. As injúrias não intencionais no ambiente domiciliar: a casa segura. *J Pediatra* 2005; 81(5Supl):S146-S154.
7. Oliveira ZAR, Bettiol H, Gutierrez MRP, Silva AAM, Barbieri MA. Factors associated with infant and adolescent mortality. *Braz J Med Biol Res* 2007; 40(9):1245-1255.
8. Kanchan T, Menezes RG. Mortalities among children and adolescents in Manipal, Southern India. *J Trauma* 2008; 64(6):1600-07.
9. Phebo L, Moura ATMS. Violência urbana: um desafio para o pediatra. *Jornal de Pediatria (Rio J)*. 2005; 81(5 supl):S189-S196.
10. Martins CBG, Andrade SM. Causas externas entre menores de 15 anos em cidade do sul do Brasil: atendimentos em pronto-socorro, internações e óbitos. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2005; 8(2): 194-204.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens, Brasília, DF, 2006.
12. Fonzar UJV. Análise espacial da mortalidade por causas externas no município de Maringá, Estado do Paraná, 1999 a 2001. *Acta Sci. Health sci*. 2008; 30(2):145-154. [Acesso em 2010 abr. 26]. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/1900/1900>
13. Nagaraja J, Menkedick J, Phelan KJ, Ashley P, Zhang X, Lanphear BP. Deaths From Residential Injuries in US Children and Adolescents, 1985-1997. *Pediatrics* 2005; 116:454-461. [Acesso 2011 maio 26]. Disponível em: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/116/2/454>
14. OMS. World report on child injury prevention. Geneva: Organização Mundial da Saúde; 2008. Capítulo 7, Conclusions and recommendations; p.145-156.

15. Pan SY, Desmules M, Morisson H, Semenciw R, Ugnat AM, Thompson W, Mao Y. Adolescent injury deaths and hospitalization in Canada: magnitude and temporal trends (1979-2003). *Journal of Adolescent Health* 2007; 41:84-92. [Acesso 2011 maio 26]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17577538>
16. Fraga AMA, Fraga GP, Stanley C, Constantini TW, Coimbra R. Children at danger: injury fatalities among children in San Diego county. *Eur J Epidemiol.* 2010; 25:211-217. [Acesso 2010 maio 26]. Disponível em: <http://www.springerlink.com/content/8n140331q751336v/fulltext.pdf>
17. Cavalcanti AL, Martins VM, Lucena RN, Granville-Garcia AF, Menezes VA. Morbidade por causas externas em crianças e adolescentes em Campina Grande, Paraíba. *Arquivos Catarinenses de Medicina* 2008; 37(30):27-33. [Acesso 2010 abr. 23]. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/561.pdf>.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. A violência no Brasil: abordando diferentes fontes. In: _____. *Saúde Brasil 2007: uma análise da situação de saúde*. Brasília, DF, 2008. cap. 7, p.183-456.
19. Pan SY, Ugnat AM, Semenciw R, Desmeules M, Mao Y, Macleod M. Trends in childhood injury mortality in Canada, 1979-2002. *Injury Prevention* 2006; 12:155-160. [Acesso 2010 abr. 26]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2563519/pdf/155.pdf>
20. Väli M, Lang K, Soonets R, Talumäe M, Grjibovski AM. Childhood deaths from external causes in Estonia, 2001-2005. *BMC Public Health* 2007; 7:158-165. [Acesso 2010 abr 26]. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-7-158.pdf>
21. Pearson J, Stone DH. Pattern of injury mortality by age-group in children aged 0-14 years in Scotland, 2002-2006, and its implications for prevention. *BMC Pediatrics* 2009; 9:26-33. [Acesso 2010 abr. 26]. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2431-9-26.pdf>
22. Souza ER, Lima MLC. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007; 11(Suplemento):1211-22.
23. Minayo MCS. Seis características das mortes violentas no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos de População* 2009; 26(1):135-40.
24. Gawryszewski VP, Morita M, Hidalgo NT, Valencich DMO, Brumini R. A mortalidade por causas externas no Estado de São Paulo em 2005. *Boletim Epidemiológico Paulista* 2006; 3(33):2-7. [Acesso 2011 abr. 26]. Disponível em: ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/outros/bol_bepa3306.pdf
25. Carvalho RC, Costa COM, Almeida MF, Rebouças MC. Evolução da mortalidade por causas violentas em crianças e adolescentes, Feira de Santana, Brasil. *Revista Baiana de Saúde Pública* 2005; 29(1): 80-90. [Acesso 2010 abr. 26]. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/rbsp/volumes.html>
26. Souza ER, Minayo MCS, Cavalcante FG. O impacto do suicídio sobre a morbimortalidade da população de Itabira. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007; 11 Supl:1333-42.
27. Bastos MJRP, Pereira JA, Smarzarzo DC, Costa EF, Bossanel RCL, Oliosia DMS, et al. Análise ecológica dos acidentes e da violência letal em Vitória, ES. *Revista de Saúde Pública* 2009; 43(1): 123-132.
28. Mesquita Filho M, Mello-Jorge MHP. Características da morbidade por causas externas em serviço de urgência. *Rev Bras Epidemiologia* 2007; 10(4):679-91.
29. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Grupo Técnico de Prevenção de Acidentes e Violências. Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac". Coordenadoria de Controle de Doenças. O impacto dos acidentes e violências nos gastos da saúde. *Rev. Saúde Pública [online]* 2006; 40(3):553-56. [Acesso 2010 maio 04]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artext&pid=S003489102006000300028&lng=en&rm=iso

30. Pordeus AMJ, Fraga MNO, Pessoa TNFP. Contextualização epidemiológica das mortes por causas externas em crianças e adolescentes de fortaleza na década de noventa. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde* 2006; 19(3): 131-39.
31. Santana VS, Araújo-Filho JB, Silva M, Albuquerque-Oliveira PR, Barbosa-Branco A, Nobre LCC. Mortalidade, anos potenciais de vida perdidos e incidência de acidentes de trabalho na Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(11):2643-2652.
32. Cardona D, Pelaez E, Aidar T, Ribotta B, Alvarez MF. Mortalidad por causas externas em três ciudades latinoamericanas: Córdoba (Argentina), Campinas (Brasil) y Medellín (Colômbia), 1980-2005. *Revista Brasileira de Estudo de População* 2008; 25(2): 335-52.
33. Duarte EC, Duarte E, Sousa MC, Tauil PL, Monteiro RA. Mortalidade por acidentes de transporte terrestre e homicídios em homens jovens das capitais das Regiões Norte e Centro-Oeste do Brasil, 1980-2005. *Epidemiol Serv Saúde* 2008; 17(1):7-20.
34. Andrade SMO, Pontes ERJC, Contini MLJ, Gomes AM, Nachif MCA. Vítimas da Violência em Campo Grande: um retrato de seis anos revelado pelos dados oficiais. *Saúde e Sociedade* 2008; 17(3):201-10.
35. Araújo EM, Costa MCN, Hogan VK, Mota ELA, Araújo TM, Oliveira NF. Diferenciais de raça/cor da pele em anos potenciais de vida perdidos por causas externas. *Revista Saúde Pública* 2009; 43(3): 405-12.
36. Costa IER, Ludermir AB, Silva IA. Diferenciais da mortalidade por violência contra adolescentes segundo estrato de condição de vida e raça/cor na cidade de Recife. *Ciência & Saúde Coletiva* 2009;14(5):1781-88.
37. Costa IER, Ludermir AB, Avelar I. Violência contra adolescentes: diferenciais segundo estratos de condição de vida e sexo. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007; 12(5): 1193-1200.
38. Soares Filho AM, Souza MFM, Gazal-Carvalho C, Malta DC, Alencar AP, Silva MMA, et al. Análise da mortalidade por homicídios no Brasil. *Epidemiol e Serv de Saúde* 2007; 16(1):7-18.
39. Grangeiro DN, Silva GAP. Mortalidade por causas externas em adolescentes no estado do Ceará, Brasil. *Anais da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco* 2006; 51(1): 52-8.
40. Tavares FL. A mortalidade por causas externas no Espírito Santo de 1979 a 2003. Dissertação, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2005.
41. Souza ER. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2005; 10(1):59-70.
42. Waiselfisz JJ. Relatório de Desenvolvimento Juvenil; 2007. Capítulo 5, Saúde; p. 91-114.
43. Brasil. Casa Civil. Lei n. 11.705, de 19 de junho de 2008. Dispõe sobre a finalidade de estabelecer alcoolemia zero. [Acesso 2010 maio 18]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11705.htm
44. Minayo MCS. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007; 11(Supl):1259-67.
45. Brasil. Lei n. 9.503, de 23 de Setembro de 1997. Código de Trânsito Brasileiro. Diário Oficial da União. [Acessado 2011 maio 18]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L9503.htm>
46. Brasil. Ministério da Justiça. Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil. Brasília, DF: Ministério da Justiça, 2002.
47. Brasil. Casa Civil. Lei n. 10.826, de 22 de dezembro de 2003. Dispõe sobre registro, posse e comercialização de armas de fogo e munição, sobre o Sistema Nacional de Armas – Sinarm, define crimes e dá outras providências. [Acesso 2010 maio 18]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.826.htm

48. Brasil. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Redução de Acidentes e Violências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

49. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Viva: vigilância de violências e acidentes, 2006 e 2007. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

50. Brasil. Ministério da Saúde. Painel de indicadores SUS. Vol 5, Temático prevenção de violência e cultura de paz III. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 60p.

51. Concha-Eastman A, Malo M. Da repressão à prevenção da violência: desafio para a sociedade civil e para o setor saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* 2007; 11(Supl):1179-87.

PARÂMETROS BIOQUÍMICOS DO ESTADO NUTRICIONAL DE MICRONUTRIENTES E SEU SIGNIFICADO PARA AS AÇÕES DE SAÚDE PÚBLICA

Biochemical Parameters of Nutritional Status of Micronutrients and its Significance for Public Health Interventions

Márcia Cristina Sales¹, Dixis Figueroa Pedraza²

-
1. Farmacêutica. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba.
 2. Bacharel em Alimentos. Doutor em Nutrição. Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba.

► **CONTATO:** Márcia Cristina Sales | Universidade Estadual da Paraíba | Av. das Baraúnas, 351 – Campus Universitário - Bairro Bodocongó | Campina Grande | Paraíba | CEP 58109-753 | Telefone: (83) 3315-3415 | E-mail: cristina.salles@yahoo.com.br

Resumo

As deficiências de ferro, zinco e vitamina A constituem um problema de saúde pública em diversos países em desenvolvimento, atingindo percentuais elevados de grupos populacionais biologicamente vulneráveis, tais como as crianças. Os indicadores bioquímicos do estado nutricional de micronutrientes constituem uma ferramenta importante nos programas de combate a essas carências nutricionais na medida em que possibilitam identificar áreas e populações com elevados índices de *déficit* nutricional. Para tanto, torna-se imprescindível a interpretação correta dos resultados das análises laboratoriais, a fim de garantir a fidedignidade dos dados de prevalência de deficiência de micronutrientes na população. Tal processo exige um conhecimento prévio acerca das características dos indicadores bioquímicos, das interações metabólicas entre os micronutrientes e da influência dos processos infecciosos subclínicos sobre as concentrações de micronutrientes. Neste contexto, o presente trabalho objetiva realizar uma revisão bibliográfica acerca das deficiências de ferro, zinco e vitamina A, no contexto do seu diagnóstico bioquímico, com a finalidade de apoiar as decisões relacionadas com as análises de estudos epidemiológicos e da saúde pública.

PALAVRAS-CHAVE: Micronutrientes. Indicadores de Saúde. Nutrição em Saúde Pública.

Abstract

Deficiencies of iron, zinc and vitamin A are a public health problem in many developing countries, reaching high percentages of biologically vulnerable population groups such as children. Biochemical

indicators of nutritional status of micronutrients are an important tool in programs to combat nutritional deficiencies such as it possible to identify areas and populations with high rates of malnutrition. For this, it is essential to accurately interpret the results of laboratory tests, to ensure the reliability of data on the prevalence of micronutrient deficiency in the population. This process requires a prior knowledge about the characteristics of biochemical indicators, the metabolic interactions between micronutrients and the influence of subclinical infectious processes on the concentrations of micronutrients. In this context, this paper aims to review literature about the deficiencies of iron, zinc and vitamin A, in the context of their biochemical diagnosis, in order to support decisions related to epidemiological studies and public health analysis.

PALAVRAS-CHAVE: Micronutrients. Health Indicators. Public Health Nutrition.

Introdução

As carências de micronutrientes constituem um problema de saúde pública em todo o mundo, sobretudo nos países em desenvolvimento, onde atingem percentuais elevados de grupos populacionais biologicamente vulneráveis, tais como as crianças¹. Dentre as carências nutricionais de micronutrientes, destacam-se as deficiências de ferro, vitamina A e zinco pela sua magnitude em nível global e pelos agravos que ocasionam à saúde da população².

No Brasil, o Ministério da Saúde tem adotado, ao longo dos anos, programas de combate às carências nutricionais, a fim de reduzir seus índices e suas consequências negativas na saúde da população³⁻⁵. Em 1994, no estado de São Paulo, foi implantado o Programa de Leite Vivaleite, fornecendo leite fortificado com ferro a famílias com crianças até seis anos de idade e renda inferior a dois salários mínimos. Anos depois, em 2004, houve a fortificação das farinhas de trigo e de milho com ferro e, em 2005, surgiu o programa de suplementação de ferro de lactentes. Posteriormente, foi elaborado o Programa Nacional de Suplementação de Ferro, em 2009, o qual está em vigor até os dias atuais. Tal programa visa à suplementação com ferro de crianças de seis a 18 meses, gestantes e mulheres no pós-parto em todos os estados brasileiros⁵.

No tocante à deficiência de vitamina A (DVA), as ações de controle tiveram início em 1983,

quando foi adotada a estratégia de suplementação com megadoses de vitamina A, para crianças pré-escolares, em áreas de alto risco de DVA. Durante uma década, a distribuição das cápsulas de vitamina A ocorreu de forma descontínua, sendo as intervenções mais constantes nos estados da Paraíba e de Pernambuco. Na tentativa de ampliar a cobertura, o Ministério da Saúde normatizou o programa de suplementação e criou, em 1994, o Programa Nacional de Controle das Deficiências de Vitamina A4. Atualmente, vigora desde 2005, o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A ("Vitamina A Mais"), o qual atende a crianças de seis a 59 meses de idade e mulheres no pós-parto imediato, do Nordeste e do Vale do Jequitinhonha/MG, regiões consideradas como "bolsões endêmicos" da DVA^{3,4}.

O "Vitamina A Mais", assim como o Programa Nacional de Suplementação de Ferro, preconizam as ações de orientação nutricional junto à população, os estudos epidemiológicos e a suplementação com vitamina A e ferro como alternativa para a redução da DVA e da anemia no país⁶. Contudo, apesar dos esforços despendidos pelo governo brasileiro, a DVA e a anemia continuam sendo um problema de saúde pública no país⁷.

Em relação à deficiência de zinco, o Brasil não dispõe de estratégias específicas de combate a esta carência nutricional. Ainda não se conhece a

real magnitude dessa deficiência no país, embora estudos mostrem prevalências de deficiência de zinco com características de um problema de saúde pública^{8,9}.

Nesse contexto, os indicadores bioquímicos apresentam-se como uma ferramenta importante nos programas de combate às carências nutricionais; visto que, a partir dos dados de prevalência de deficiência nutricional, torna-se possível identificar áreas e populações nas quais as deficiências de micronutrientes existem como um problema de saúde pública. Ademais, os indicadores bioquímicos são úteis na avaliação do impacto gerado pelos programas de intervenção^{10,11}.

Para tanto, torna-se imprescindível a interpretação correta dos resultados das análises laboratoriais, a fim de garantir a fidedignidade dos dados de prevalência de deficiência nutricional na população. Tal processo exige um conhecimento prévio acerca das características dos indicadores bioquímicos, das interações metabólicas entre os micronutrientes e da influência dos processos infecciosos subclínicos sobre as concentrações de micronutrientes¹².

Assim, este trabalho tem como objetivo abordar as deficiências de ferro, vitamina A, zinco no contexto do seu diagnóstico bioquímico com a finalidade de apoiar as decisões relacionadas com as análises de estudos epidemiológicos e da saúde pública.

Trata-se de um levantamento bibliográfico, utilizando artigos originais e de revisão, publicados entre 2000 e 2010, e indexados nas bases de dados SciELO, LILACS e MEDLINE/PUBMED. Foram consultados, também, artigos das listas de referências dos artigos encontrados. Os descritores utilizados em português (e seus respectivos correspondentes na língua inglesa) foram: deficiência de ferro (*iron deficiency*), deficiência de vitamina A (*vitamin A deficiency*), deficiência de zinco (*zinc deficiency*) e resposta de fase aguda (*acute-phase reaction*).

Aspectos Epidemiológicos das Deficiências de Micronutrientes

A deficiência de ferro é o distúrbio nutricional mais prevalente em escala mundial, com distribuição geográfica independente do grau de desenvolvimento do país¹³. Estimativas globais apontam que a anemia atinge 1.620 milhões de indivíduos, sendo as maiores prevalências observadas em crianças menores de cinco anos (47,4%)¹⁴. No Brasil, de acordo com dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança⁷, a anemia acomete 20,9% das crianças em idade pré-escolar.

Por sua vez, a deficiência de vitamina A (DVA) atinge cerca de 190 milhões de pré-escolares em todo o mundo. O Brasil é apontado como uma região de risco para a ocorrência DVA subclínica¹⁵. Estima-se que 17,4% das crianças brasileiras menores de cinco anos apresentam níveis inadequados desse micronutriente, sendo as maiores prevalências de DVA observadas nas regiões Sudeste (21,6%) e Nordeste (19,0%)⁷.

No tocante à deficiência de zinco, esta carência nutricional pode ser considerada potencialmente como um problema de saúde pública em diversos países em desenvolvimento¹⁶. No Brasil, estudos realizados a partir de diferentes indicadores bioquímicos e dietéticos apontam baixos níveis de zinco na população infantil¹⁷⁻¹⁹. Contudo, os estudos de prevalência de deficiência de zinco, no Brasil e no mundo, ainda são escassos. Tal fato está provavelmente relacionado às dificuldades técnicas para obtenção de um marcador biológico confiável para avaliar o estado nutricional desse micronutriente⁸.

Indicadores Bioquímicos do Estado Nutricional de Micronutrientes

As áreas e populações nas quais as deficiências de micronutrientes existem, como um problema de saúde pública, podem ser identificadas com o auxílio de indicadores bioquímicos. Além disso, os

resultados das análises bioquímicas permitem a inserção das carências nutricionais dentro de um contexto etiológico, na medida em que possibilitam estabelecer relações entre o estado nutricional de micronutrientes e os fatores associados às carências nutricionais^{10,11}.

O ferro, a vitamina A e o zinco constituem os principais micronutrientes envolvidos no crescimento linear²⁰. Os principais indicadores bioquímicos usados para acessar o estado nutricional desses micronutrientes são a Hemoglobina, o retinol sérico e o zinco sérico^{10,21,22}.

Hemoglobina

A maior parte do ferro do organismo encontra-se na molécula de Hemoglobina das hemácias²³. Desta forma, a concentração de Hemoglobina é considerada o indicador mais confiável para o diagnóstico da anemia em nível populacional²¹.

O método de avaliação da concentração de Hemoglobina é relativamente fácil e de baixo custo, sendo frequentemente utilizado como indicador da deficiência de ferro. Contudo, tal medida apresenta como limitação o fato da anemia ser causada por outros fatores, além da deficiência de ferro. A presença de outras carências nutricionais, tais como a deficiência de vitamina A e os processos infecciosos, pode ocasionar uma redução dos níveis de Hemoglobina¹⁴.

Ademais, os processos homeostáticos também podem mascarar um quadro de deficiência de ferro, uma vez que o organismo poderá dispor dos estoques de ferro para manter as concentrações de Hemoglobina em níveis normais, nos casos de baixas concentrações orgânicas deste mineral^{23,24,25}.

Retinol Sérico

A medida das concentrações de retinol sérico constitui um importante indicador na avaliação da DVA em estudos populacionais. As curvas de distribuição da população e a proporção de indivíduos abaixo do ponto de corte podem ser úteis

para caracterizar os prováveis estados de vitamina A em populações, especialmente em áreas de risco de DVA. Além disso, o retinol sérico também é indicado para avaliar mudanças no perfil nutricional da população, a exemplo das ocorridas em resposta a programas de intervenção¹⁰.

No entanto, devido aos mecanismos de controle homeostático, os níveis de retinol sérico oferecem uma estimativa real dos estoques de vitamina A apenas em condições extremas, quando estes estão muito baixos ou muito elevados¹⁰. Considera-se ainda que as concentrações séricas de retinol podem apresentar-se reduzidas na presença de infecção²¹, anemia²⁶ e deficiência de zinco⁸.

Zinco Sérico

O zinco sérico é um dos indicadores mais indicados para avaliar o risco de deficiência nutricional na população. A concentração de zinco no soro é o único indicador bioquímico capaz de refletir o consumo de zinco dietético e de responder consistentemente à suplementação alimentar, além de possuir dados de referência para a maioria dos grupos etários e gêneros²². Contudo, alguns fatores, como a presença de inflamação/infecção e o estresse, podem reduzir os níveis de zinco na circulação, levando a medidas superestimadas de deficiência na população. As concentrações de zinco sérico podem ainda ser afetadas pela concentração de albumina, pela hemólise e pelo controle homeostático²⁷.

Fatores de Interferência no Processo de Interpretação dos Resultados das Análises Bioquímicas de Micronutrientes

A interpretação correta dos resultados das análises laboratoriais exigem um conhecimento prévio acerca do metabolismo dos micronutrientes; das interações metabólicas entre os mesmos; e dos processos homeostáticos que controlam a utilização dos nutrientes e seus estoques em condições de baixa ingestão dietética, necessidades orgânicas

aumentadas em virtude de modificações do estado fisiológico (ex.: crescimento, gestação) e alterações metabólicas decorrentes de processos patológicos (ex.: presença de infecção)¹².

Efeito da Resposta de Fase Aguda nas Concentrações de Micronutrientes

A resposta de fase aguda promove alterações no metabolismo do ferro, da vitamina A e do zinco^{21,28}. Por consequência, indicadores bioquímicos que possuem relação direta com esses micronutrientes podem ter suas concentrações alteradas durante um processo infeccioso, fazendo com que seus resultados não reflitam o verdadeiro estado nutricional de micronutrientes na população²¹. Tal fato pode estar relacionado a alterações metabólicas decorrentes da ação de algumas proteínas de fase aguda (PFA)^{21,28,29}.

O ferro, principal constituinte da hemoglobina²⁴, pode ter seus níveis sanguíneos reduzidos na vigência de um processo infeccioso subclínico³⁰. Entre as PFA envolvidas no metabolismo do ferro está a transferrina. Esta proteína tem suas concentrações diminuídas durante uma resposta de fase aguda³¹, podendo haver, por consequência, um comprometimento no transporte de ferro no organismo²⁸.

O contrário ocorre com a ferritina, a mais importante proteína de reserva de ferro do organismo²⁴. Por ser uma PFA positiva, suas concentrações aumentam durante a infecção, ocasionando um aumento do estoque intracelular de ferro e uma consequente diminuição nas concentrações de ferro sérico²⁸.

A resposta de fase aguda também pode alterar as concentrações séricas de retinol ao interferir no transporte da vitamina A através da Proteína de Ligação do Retinol (*RBP – Retinol Binding Protein*)²⁹. Por constituir uma PFA negativa, a RBP tem suas concentrações sanguíneas reduzidas durante uma infecção, ocasionando uma diminuição nas concentrações séricas de retinol^{29,31}. Assim, durante uma resposta de fase aguda, as reservas hepáticas

de vitamina A podem permanecer inalteradas, mas a mobilização de vitamina A no plasma pode estar comprometida como resultado de uma baixa síntese de RBP²¹.

Em relação ao zinco, os mecanismos que influenciam a redução de suas concentrações séricas ainda não estão totalmente elucidados. Contudo, experimentos realizados em animais mostram que a incubação isolada de hepatócitos com Interleucina-1 aumenta a transcrição de metalotioneína³⁰, uma proteína que parece estar envolvida nos processos de armazenamento e de captação de zinco³².

Interação entre Micronutrientes

Mecanismos de interação entre o ferro e a vitamina A

Embora a DVA seja reconhecida entre as causas da anemia ferropriva, os mecanismos de interação entre o ferro e a vitamina A ainda não estão totalmente conhecidos. Contudo, há fortes evidências que esta associação deve-se ao fato de a vitamina A beneficiar a eritropoiese, interferir na modulação do metabolismo do ferro e melhorar a resposta imune contra doenças infecciosas²⁶.

Postula-se que a região mais realçada do gene da eritropoetina, hormônio regulador da eritropoiese, contém uma sequência de elementos que são regulados pelo ácido retinoico. Desta forma, ao estimular a síntese de eritropoetina, a vitamina A exerce um efeito direto sobre os elementos celulares da linhagem mieloide, favorecendo desde a formação das unidades formadoras de crescimento rápido-eritroide (*BFU-E – burst-forming unit-erythroid*) e a diferenciação dos demais precursores eritroides até o processo de maturação dos reticulócitos e formação da Hemoglobina^{26,33}.

Estudos mostram ainda que a vitamina A aumenta a depleção dos estoques de ferro hepático, tornando este mineral biodisponível para hematopoiese, o que beneficia a síntese de

Hemoglobina. Desta forma, em caso de DVA, o ferro ficaria aprisionado no fígado e uma anemia poderia ocorrer mesmo na presença de níveis normais de ferro em estoque. Assim, na anemia causada pela deficiência de vitamina A, diferentemente da anemia ferropriva, os níveis de ferritina estão dentro da faixa de normalidade³⁴.

A vitamina A também é necessária para a absorção e utilização de ferro pelo organismo, conservando a sua solubilidade na luz intestinal e reduzindo a má absorção induzida por fitatos e polifenóis³⁴.

Considera-se ainda que, sendo a vitamina A um importante nutriente imunomodulador, na ocorrência de DVA, a infecção seria mais facilmente instalada e o indivíduo se tornaria mais vulnerável ao desenvolvimento da anemia da infecção. Desta forma, um dos possíveis benefícios da vitamina A no estado nutricional de ferro seria a redução na frequência de infecções, que acarretaria uma diminuição na síntese de ferritina e um incremento na produção de transferrina, tornando o ferro mais biodisponível para eritropoiese³⁴.

Ademais, assim como a DVA pode induzir uma deficiência de ferro, a carência desse mineral pode agravar o quadro de deficiência vitamínica. Acredita-se que a deficiência de ferro reduz a atividade da enzima éster retinil hidrolase hepática, responsável conversão dos ésteres de retinil a retinol. Como consequência, tem-se um aumento das concentrações de retinol e ésteres de retinil no fígado, e uma redução dos níveis séricos de vitamina A³⁵.

Mecanismos de interação entre o zinco e a vitamina A

A deficiência de zinco contribui para ocorrência de DVA, mesmo na presença de reservas hepáticas adequadas de vitamina A8. A carência de zinco reduz a síntese de Proteínas Celulares Ligadoras de Retinol (CRBP - Cellular Retinol Binding Proteins), prejudicando o transporte do retinol para as organelas, assim como a síntese da RBP, o que

ocasiona um aumento das reservas hepáticas de retinol e uma consequente redução nas concentrações de retinol sérico³⁶.

Mecanismos de interação entre o zinco e o ferro

Postula-se que a ingestão de altas concentrações de ferro pode ter um efeito negativo sobre a absorção de zinco, quando estes minerais são administrados em solução. No entanto, quando o ferro e o zinco são administrados em uma refeição, e o ferro está presente em pequenas quantidades, este efeito não é observado. Tal interação parece estar relacionada à concorrência entre o ferro e o zinco por uma via de absorção comum. Contudo, os resultados dos estudos mostram-se controversos e inconclusivos^{37,38}, sobretudo devido à falta de um indicador adequado para avaliar as concentrações de zinco no organismo³⁷.

Importância dos Parâmetros Bioquímicos para as Ações de Saúde Pública

Os estudos epidemiológicos possibilitam conhecer a distribuição, a frequência e a magnitude de um problema de saúde na população, bem como estabelecer relações causais entre os eventos. Tais informações são necessárias ao planejamento das ações de saúde, na medida em que permitem organizar a oferta de bens e serviços em função da ocorrência de um problema de saúde pública ou da existência de fatores de risco na população que a tornem vulnerável ao desenvolvimento de certos agravos à saúde. Além disso, os dados epidemiológicos são também úteis para avaliar o impacto gerado pelos programas de intervenção³⁹.

Nesse contexto, os indicadores bioquímicos constituem um dos mecanismos utilizados em estudos epidemiológicos para acessar o estado nutricional de micronutrientes na população; conhecer a distribuição, a frequência e a magnitude das carências nutricionais; inserir as deficiências nutricionais dentro de um contexto causal;

identificar áreas e populações de risco onde as estratégias de intervenção são necessárias; assim como estabelecer pontos de corte que permitem identificar as deficiências como um problema de saúde pública^{6,10,11,22}.

Quando um problema de saúde pública é identificado, estratégias de intervenção devem ser elaboradas de acordo com o grau da deficiência e com aspectos característicos da população-alvo^{10,40}.

A ampla distribuição e a magnitude de uma deficiência nutricional exigem medidas de controle que ofereçam resultados a curto prazo. Neste caso, pode-se recorrer à suplementação alimentar⁴⁰⁻⁴². Contudo, tal estratégia pode tornar-se ineficaz ao longo do tempo, uma vez que seu êxito depende da vontade política e da participação ativa da comunidade⁴⁰.

A diversificação dietética, que tem por base a educação nutricional e adoção de uma dieta saudável, capaz de suprir as necessidades orgânicas de micronutrientes, apresenta-se como solução ideal, pois envolve mudanças de comportamento quase sempre definitivas na população. Porém, mudar hábitos alimentares é um processo de difícil execução, de custo elevado e que apenas confere resultados em longo prazo, não sendo tal estratégia indicada para solucionar problemas de saúde pública cuja distribuição e magnitude exigem resultados imediatos⁴⁰⁻⁴².

Desta forma, a fortificação de alimentos constitui o método mais efetivo, pois requer menor gasto econômico, não depende de decisão individual e pode ser dirigido para população total, oferecendo resultados em médio prazo^{40, 41}.

Uma vez elaboradas as estratégias de controle, os indicadores mostrar-se-ão úteis na avaliação dos resultados dos programas de intervenção nutricional¹⁰.

Para tanto, tornam-se necessários a identificação e o controle de fatores que podem comprometer a fidedignidade dos dados de prevalência de deficiência nutricional na população. Neste sentido, considera-se a influência das

interações entre os micronutrientes e da resposta de fase aguda sobre as concentrações de ferro, vitamina A e zinco, que podem interferir nos resultados das análises bioquímicas, fazendo com que os dados de prevalência não reflitam o real estado de deficiência nutricional na população. Nos estudos epidemiológicos, a identificação e o controle de tais fatores podem ser alcançados através de análises estatísticas e do uso combinado de diferentes indicadores^{2,12,21}.

O uso combinado de diferentes indicadores bioquímicos pode ser usado para sinalizar as deficiências de micronutrientes no contexto das interações metabólicas¹². Assim, a presença de níveis adequados de ferritina associada a baixas concentrações de Hemoglobina e retinol sérico sugere a ocorrência de anemia por DVA³⁴; enquanto que reservas hepáticas adequadas de vitamina A associada a baixos níveis de zinco e retinol séricos apontam uma possível contribuição da deficiência de zinco para a ocorrência de DVA⁸.

Por sua vez, para corrigir os efeitos da resposta de fase aguda sobre os índices de prevalência de deficiência nutricional na população, recomenda-se o uso da medida de uma PFA, como a Proteína C-Reativa, que permita identificar a ocorrência de processos infecciosos, ainda que em caráter subclínico²¹.

Embora não exista ainda um consenso entre os pesquisadores de como controlar ou corrigir os efeitos da infecção subclínica sobre as concentrações de micronutrientes, três estratégias podem ser adotadas: 1) considerar a presença de infecção, indicada por uma PFA, como uma variável de risco para a ocorrência de deficiência nutricional, analisando os dados de toda a amostra e apresentando as diferenças nas prevalências entre os diferentes grupos (amostra total e crianças com infecção subclínica); 2) excluir todos os indivíduos com PFA alteradas e apresentar a proporção de indivíduos com déficit nutricional no grupo sem infecção subclínica; e 3) utilizar um fator de correção para controlar ou corrigir a influência

que as alterações transitórias das PFA ocasionam nas concentrações de micronutrientes^{21,22,28,29,43}.

Ressalta-se que a exclusão dos indivíduos com infecção é mais indicada quando os estudos são realizados nos países industrializados, onde provavelmente poucos sujeitos apresentam PFA alteradas (< 15%), condicionando efeito pouco marcante na mensuração do estado nutricional de micronutrientes. Nos casos de países subdesenvolvidos, onde uma parcela maior da população infantil pode apresentar processos de infecção subclínica, sugere-se a utilização de um fator de correção²¹.

Conclusão

Diante do exposto, fica evidente a importância do conhecimento da influência da interação entre os micronutrientes e da resposta de fase aguda nas concentrações de ferro, zinco e vitamina A no contexto das análises epidemiológicas e na elaboração dos programas de intervenção, objetivando a prevenção e tratamento dessas carências nutricionais de forma mais eficaz. Tal fato torna-se mais relevante quando estes indicadores bioquímicos são usados para acessar o estado nutricional de crianças, uma vez que a população infantil mostra-se vulnerável à aquisição de infecções e de carências nutricionais.

Um entendimento claro dos problemas de alimentação e nutrição, suas incidências, a distribuição desta incidência e seus fatores causais é vital para apoiar a formulação de ações que possibilitem melhorar o estado nutricional, a saúde e o desenvolvimento de um país. Este processo requer a avaliação e a identificação de problemas nutricionais chaves, assim como a geração de informação atualizada sobre dados nacionais do estado nutricional e de populações ou áreas de alto risco. A pesquisa científica, através da informação dietética e bioquímica, constitui a única ferramenta válida para a obtenção de tais informações. Assim, uma revisão/atualização dos indicadores e dos fatores que interferem nos resultados das análises bioquímicas é necessária para a realização de diagnósticos de maior validade e comparabilidade,

que representem a possibilidade de adotar soluções de maneira harmônica e coordenada para os problemas nutricionais.

Referências Bibliográficas

1. WHO/WFP/UNICEF. Preventing and controlling micronutrient deficiencies in populations affected by an emergency: multiple vitamin and mineral supplements for pregnant and lactating women, and for children aged 6 to 59 months. Geneva: World Health Organization; 2007.
2. Silva LSV, Thiapó AP, Souza GG, Saunders C, Ramalho A. Micronutrientes na gestação e lactação. Rev Bras Saude Mater Infant 2007; 7 (3): 237-44.
3. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Carências de Micronutrientes. Cadernos de Atenção Básica, n. 20. Brasil: Ministério da Saúde; 2007.
4. Martins MC, Oliveira YP, Coitinho DC, Santos LMP. Panorama das ações de controle da deficiência de vitamina A no Brasil. Rev Nutr 2007; 20 (1): 5-18.
5. Szarfarc SC. Políticas públicas para o controle da anemia ferropriva. Rev Bras Hematol Hemoter 2010; 32 (Supl 2): S2-8.
6. Brasil. Ministério da Saúde, Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição - CGAN. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasil: Ministério da Saúde; 2011.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança. Brasil: Ministério da Saúde; 2006.
8. Ferraz IS, Daneluzzi JC, Vannucchi H, Jordão Jr. AA, Ricco RG, Del Ciampo LA, Martinelli Jr. CE, Engelberg AAD, Bonilha LRCM, Custódio VIC. Nível sérico de zinco e sua associação com deficiência de vitamina A em crianças pré-escolares. J Pediatr (Rio J.) 2007; 83 (6): 512-7.
9. Figueroa Pedraza D, Rocha ACD, Queiroz EO de, Sousa CPC. Estado nutricional de zinco de crianças que frequentam creches do estado da Paraíba. Rev Nutr 2011; 24: 539-52.

10. WHO - World Health Organization. Indicators for assessing vitamin A deficiency and their application in monitoring and evaluating interventions programs. Micronutrients series. Geneva: World Health Organization; 1996.
11. De Benoist B, Darnton_Hill I, Davidsson L, Fontaine O, Hotz C. Conclusions of the Joint WHO/UNICEF/IAEA/IZiNCG Interagency Meeting on Zinc Status Indicators. *Food Nutr Bull* 2007, 28 (Supl. 3): S480-4.
12. Kac G, Sichieri R, Gigante DP. Epidemiologia nutricional. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Atheneu; 2007.
13. Magalhães TCA, Pires CN, Firmino HH, Franceschini SCC, Sant'Ana LFR. Aspectos relacionados à saúde infantil e principais alterações nutricionais em crianças brasileiras: revisão de literatura. *Cad Saúde Colet* 2009; 17 (2): 433-52.
14. WHO - World Health Organization. Worldwide prevalence of anaemia 1993-1995: WHO Global Database on Anaemia. Geneva: World Health Organization; 2008.
15. Paiva AA, Rondó PHC, Gonçalves-Carvalho CMR, Illison VK, Pereira JA, Vaz-de-Lima LRA, Oliveira CA, Ueda M, Bergamaschi DP. Prevalência de deficiência de vitamina A e fatores associados em pré-escolares de Teresina, Piauí, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22 (9): 1979-87.
16. Silva-Santana SC, Diniz AS, Lóla MMF, Oliveira RS, Silva SMM, Oliveira SF, Kolsteren P. Parameters of evaluation of zinc nutritional status: comparison between zinc hair rates and serum alkaline phosphatase in preschoolers of the Municipality of João Pessoa, Paraíba. *Rev Bras Saude Mater Infant* 2002; 2 (3): 275-82.
17. Marinho HA, Roncada MJ. Ingestão e hábitos alimentares de pré-escolares de três capitais da Amazônia Ocidental Brasileira: um enfoque especial à ingestão de vitamina A. *Acta Amazonica* 2002; 33 (2): 263-74.
18. Costa GA, Marreiro DN, Eulálio JML, Moita Neto JM, Amorim AC, Nogueira AMTN. Erythrocyte zinc and the infant growth profile in northeast Brazil. *Bio Trace Elem Res* 2008; 126 (Supl 1): S15-20.
19. Beinner MA, Menezes MABC, Silva JBB, Amorim FR, Jansen AK, Lamounier JA. Zinco plasmático e zinco capilar, antropometria e consumo alimentar de crianças em uma região rural do Brasil. *Rev Nutr* 2010; 23 (1): 75-83.
20. Figueroa Pedraza D, Queiroz Daiane de. Micronutrientes no crescimento linear e desenvolvimento infantil. *Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum* 2011; 21(1): 156-71.
21. Thurnham DI, Mburu AS, Mwaniki DL, De Wagt A. Micronutrients in childhood and the influence of subclinical inflammation. *Proc Nutr Soc* 2005; 64 (4): 502-9.
22. IZiNCG. Avaliando os níveis de zinco na população através da concentração de zinco no soro. IZiNCG; 2007 (Relatório Técnico, 2).
23. Grotto HZW. Fisiologia e metabolismo do ferro. *Rev Bras Hematol Hemoter* 2010; 32 (Supl 2): S8-17.
24. Zago MA, Falcão RP, Pasquini R. Hematologia: fundamentos e práticas. São Paulo: Atheneu; 2004.
25. Grotto HZW. Metabolismo do ferro: uma revisão sobre os principais mecanismos envolvidos em sua homeostase. *Rev Bras Hematol Hemoter* 2008; 30 (5): 390-7.
26. Semba RD, Bloem MW. The anemia of vitamin A deficiency: epidemiology and pathogenesis. *Eur J Clin Nutr* 2002; 56: 271-81.
27. Pereira TC, Hessel G. Deficiência de zinco em crianças e adolescentes com doenças hepáticas crônicas. *Rev Paul Pediatr* 2009; 27 (3): 322-8.
28. Wieringa FT, Dijkhuizen MA, West CE, Northrop-Clewes CA, Muhilal. Estimation of the effect of the acute phase response on indicators of micronutrients status in Indonesian infants. *J Nutr* 2002; 132 (10): 3061-6.
29. Thurnham DI, McCabe GP, Northrop-Clewes CA, Nestel P. Effects of subclinical infection on plasma retinol concentrations and assessment of prevalence

- of vitamin A deficiency: meta-analysis. *Lancet* 2003; 362: 2052-8.
30. Thurnham DI. Micronutrients and immune function: some recent developments. *Am J Clin Pathol* 1997; 50 (11): 887-91.
31. Rosales FJ, Topping JD, Smith JE, Shankar AH, Ross AC. Relation of serum retinol to acute phase proteins and malarial morbidity in Papua New Guinea children. *Am J Clin Nutr* 2000; 71: 1582-8.
32. Koury JC, Donangelo CM. Homeostase de cobre e atividade física. *Revista de Educação Física* 2007; (136): 47-56.
33. Zimmermann MB, Biebinger R, Rohner F, Dib A, Zeder C, Hurrell RF, Chaouki N. Vitamin A supplementation in children with poor vitamin A and iron status increases erythropoietin and hemoglobin concentrations without changing total body iron. *Am J Clin Nutr* 2006; 84 (3): 580-6.
34. Pereira Netto M, Priore SE, Franceschini SCC. Interação entre vitamina A e ferro em diferentes grupos populacionais. *Rev Bras Saúde Mater Infant* 2007; 7 (1): 15-22.
35. Oliveira JM, Michelazzo FB, Stefanello, J, Rondó PHC. Influence of iron on vitamin A nutritional status. *Nutr Rev* 2008, 66 (3): 141-7.
36. Christian P, West KP Jr. Interactions between zinc and vitamin A: an update. *Am J Clin Nutr* 1998; 68: 435-41.
37. Whittaker P. Iron and zinc interactions in humans. *Am J Clin Nutr* 1998; 68:442-6.
38. Wasantwisut E, Winichagoon P, Chitchumroonchokchai C, Yamborisut U, Boonpradern A, Pongcharoen T, et al. Iron and Zinc Supplementation Improved Iron and Zinc Status, but Not Physical Growth, of Apparently Healthy, Breast-Fed Infants in Rural Communities of Northeast Thailand. *J Nutr* 2006; 136: 2405-11.
39. Pereira MG. *Epidemiologia – Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.
40. Chagas MHC, Flores H, Camara FA, Campos FACS, Santana RA, Lins ECB. Teratogenia da vitamina A. *Rev Bras Saude Mater Infant* 2003; 3 (3): 247-52.
41. García-Casal MN. La deficiencia de hierro como problema de Salud Pública. *An Venez Nutr [online]* 2005; 18 (1): 45-8.
42. Milagres RCRM, Nunes LC, Pinheiro-Sant'Ana HM. A deficiência de vitamina A em crianças no Brasil e no mundo. *Ciênc saúde coletiva* 2007; 12 (5): 1253-66.
43. Verhoef H, West CE, Ndeto P, Burema J, Beguin Y, Koc FJ. Serum transferrin receptor concentration indicates increased erythropoiesis in Kenyan children with asymptomatic malaria. *Am J Clin Nutr* 2001; 74 (6):767-75.

SISTEMA MUNICIPAL SAÚDE-ESCOLA COMO ESTRATÉGIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE: RELATO DE CASO

Public System of Health School as a Strategy for Management of Labour and Education in Health

Giseli Cipriano Rodacoski¹, Izabel Cristina Meister Martins Coelho², Marcio José de Almeida³

1. Psicóloga. Mestre em Educação/PUCPR, Doutoranda no Programa Pró-Ensino na Saúde / Faculdades Pequeno Príncipe, Curitiba - PR.
2. Médica. Especialista em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde. Doutora em Clínica Cirúrgica/Faculdades Pequeno Príncipe, Curitiba-PR.
3. Médico. Doutor em Saúde Pública/Faculdades Pequeno Príncipe, Curitiba – PR.

► **CONTATO:** Giseli Cipriano Rodacoski | Faculdades Pequeno Príncipe - Programa Pró-Ensino na Saúde | Av. Iguaçú, 333 - Rebouças, Curitiba - PR, 80230-020 | (41) 3310-1500 | Email: giseli.cipriano@gmail.com

Resumo

Trata-se de um relato de caso do processo de implantação do modelo de Sistema Municipal Saúde-Escola como ação estratégica para a gestão do trabalho e da educação na Secretaria de Saúde de São José dos Pinhais - PR. O relato trata de uma experiência de qualificação dos profissionais por meio da sistematização e coordenação de programa formal de ensino iniciado em 2009 aqui relatado até 2013. A crescente demanda por serviços especializados, a proximidade com Instituições de Ensino e a possibilidade de contratar profissionais com perfil docente foram oportunidades identificadas no cenário local que tornaram possível a implantação de programas de residências em saúde e o fortalecimento do programa de educação permanente. A coordenação dos serviços assistenciais e de ensino integrou os processos de trabalho com o objetivo de especializar profissionais em áreas estratégicas para o cenário local. Os programas de ensino em serviço foram institucionalizados com a criação de funções e cargos no organograma da Secretaria Municipal de Saúde, regulamentados por lei municipal que instituiu o Sistema Saúde-Escola.

PALAVRAS-CHAVE: educação médica, atenção à saúde, educação em saúde.

Abstract

The case-study presents an analysis of the process of establishing and implementing the Public System of Health School as a strategic action for the management of work and education in the Health Department of São José dos Pinhais - PR. The analysis is from the period of August 2009 to

March 2013. The growing demand for specialized services, proximity to educational institutions and the possibility of hiring professionals with teaching profile opportunities were identified in the local scene that continuing education program. Teaching processes were institutionalized with the creation of roles and positions in the organization chart of the Municipal Health regulated by municipal law that instituted the Public Health School.

KEYWORDS: medical education, health care, health education.

Introdução

A responsabilidade pela contínua formação profissional em serviço, definida a partir de 2004 como “Educação Permanente em Saúde”, é atribuída aos serviços de saúde pela Constituição Federal/88, em seu inciso III, art. 200, que determina como competência do próprio sistema o ordenamento e a formação de recursos humanos na área da saúde, cujo compromisso é reafirmado na Lei 8080/90 que institui o Sistema Único de Saúde. Definir a competência de um sistema pode parecer impessoal, uma vez que “sistema” pode ser entendido como um conjunto de relações entre equipamentos e pessoas em um modelo de gestão ainda fortemente marcado pela fragmentação onde há pouco compromisso de cada um dos atores com o resultado final. Agregar o conceito de Rede ao Sistema de Saúde neste contexto é uma alternativa de se antepor à metáfora muito difundida no Período Industrial que atribuía características de “máquina” ao funcionamento das pessoas. Figueiredo³ considera que:

Tal como a metáfora central da Sociedade Industrial era a máquina, a metáfora central da Sociedade da Informação é a rede. A metáfora da máquina valorizava o isolamento, a ausência de contexto, a rotina, a mecanização, a passividade. A metáfora da rede valoriza a comunidade e a interação, o contexto, os processos orgânicos, a geometria variável, a complexidade, o fluxo, a mudança.

Para o autor, o grande desafio dos programas de ensino é construir contextos e gerir de forma inteligente a tensão inerente às interações entre conteúdos e contextos. Neste sentido, o contexto, tal como se apresenta, tem grande importância na

formação e especialização de profissionais de saúde. O processo ensino-aprendizagem quando acontece nos serviços, com a participação dos atores deste contexto na função docente, pode contribuir para aproximar o perfil do egresso das necessidades de saúde da população.

O modelo denominado Sistema Municipal Saúde-Escola (SMSE) se propõe assumir o desafio de aproximar conteúdos (saberes cognitivos) e contextos (habilidades e atitudes), definido por Andrade⁴, como “uma estratégia de gestão da educação permanente transformando toda a rede de serviços de saúde existente no município em espaços de educação contextualizada e de desenvolvimento profissional”. Caracteriza-se como uma estratégia de ação para a execução da Política de Educação Permanente. Trata-se de um programa de educação planejado, sistematizado e pactuado com o governo para intervenção em áreas estratégicas, executado pela gestão municipal em parceria com instituições de ensino. O SMSE permite ampliar o conceito de docência. Cada profissional da rede tem competência de ensinar a partir de sua vivência e formação, apoiado pelas Instituições de Ensino que têm o papel de articular saberes próprios do ambiente educacional com o conhecimento aplicado na prática diária.

O Sistema Municipal Saúde Escola é orientado pela Política Nacional de Educação Permanente, e baseado nos seguintes princípios:

- I – descentralização da gestão;
- II – integralidade da atenção à saúde individual e coletiva;

III – desenvolvimento de trabalhadores em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS, por meio de metodologias ativas, integração ensino-serviço-comunidade, assistência, pesquisa e extensão com participação e controle social.

As diretrizes deste modelo de gestão definidas por Andrade⁴ promovem o conceito de saúde como qualidade de vida, cuja construção requer uma abordagem complexa transdisciplinar, transversal, intersetorial e multiprofissional. Um sistema cujo eixo central de desenvolvimento é o espaço dos serviços e o seu território de abrangência, e que demanda, para sua implementação, de profissionais formados de acordo com as necessidades de saúde da população.

A dimensão pedagógica do ensino em serviço remete à teoria de Vygotski⁶ em relação à influência do contexto social no processo de aprendizagem sem deixar de reconhecer a dimensão pessoal, bem como remete, especificamente para a educação em saúde, ao método Paidéia, teorizado por Campos⁷, como um método que pode contribuir para modificar o sujeito e os padrões dominantes de subjetividade: “Tem potencial pedagógico e terapêutico, seja para criar dependência e impotência, seja para coproduzir autonomia, ampliando a capacidade de análise e de cogestão das pessoas”. Trata-se de um modelo de desenvolvimentos de competências e autonomia para a assistência, o ensino e a gestão de serviços, programas e sistemas de saúde em um contexto marcado por diversidades e desigualdades, que requer do profissional flexibilidade para readequar sua prática constantemente.

Freire⁸, em sua filosofia humanista, promovia a arte de educar a população no contexto sociocultural em que se encontrava, valorizando características do grupo social e usando-as a favor da educação. Uma educação que faz sentido para o aluno, pois é contextualizada na sua rotina de vida.

Os pressupostos da Política de Educação Permanente e a experiência exitosa da implantação do Sistema Municipal Saúde-Escola em outros municípios influenciaram os gestores da saúde em

São José dos Pinhais a investir na qualificação dos profissionais da Secretaria Municipal da Saúde por meio da implantação de programas de residência como estratégia de ampliar acesso, fortalecer a resolutividade e a sustentabilidade do sistema local e impactar na melhoria da qualidade de vida da população.

O município de São José dos Pinhais, região metropolitana de Curitiba com área territorial de 946,435 Km², tem uma população atual de 264.210 habitantes (IBGE 2010).

O perfil da prestação de serviços de saúde na cidade em 2009 era a atenção ao trauma. A atenção às emergências era prioridade, o que confirma o modelo de assistência do paradigma hegemônico: centralizado em serviços especializados, de urgência, emergência e hospitalar. O ano de 2010 foi marcado por importantes mudanças na gestão, tais como: descentralização administrativa e de serviços especializados, municipalização do hospital com abertura de Pronto Socorro e fortalecimento das ações da atenção primária. Em 2011, o Município assumiu a gestão plena dos recursos da saúde e ampliou o acesso a serviços especializados. A rede própria municipal em 2012 era composta por 26 Unidades Básicas de Saúde com atuação na Estratégia de Saúde da Família, sendo 17 equipes de saúde bucal e 52 equipes da estratégia da saúde da família habilitadas. Rede de serviços de atenção especializada com 17 pontos de atenção – CAPS-i, CAPS-ad, CAPS-tm, Policlínica, Policlínica Infante Juvenil, Farmácia básica (2) e especial, Núcleo de testagem e aconselhamento em saúde, Centro de atendimento de adolescentes em situação de risco, Laboratório, Hospital-dia, Hospital e Maternidade, Centro de especialidades Odontológicas, Unidade de atendimento Pré-hospitalar, Unidade de Pronto Atendimento 24h, Unidade de Vigilância de Zoonoses. Além dos serviços de apoio SAMU, SIATE, Vigilâncias em Saúde, NASF, Educação Permanente, Ouvidoria, Regulação e Auditoria, Assessoria Jurídica e demais serviços administrativos da SMS.

Este artigo descreve o processo de implantação do modelo de Sistema Municipal Saúde-Escola

como ação estratégica para a gestão do trabalho e da educação na Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Pinhais no Paraná.

Processo de Implantação

O planejamento das ações estratégicas para caracterizar os serviços de saúde como cenários de ensino-aprendizagem estava comprometido com objetivos institucionais bem como as Políticas Públicas, de modo que a convergência de interesses favoreceu a integração dos profissionais envolvidos. O intuito de atuar como campo de formação para cursos da área da saúde justificou a inclusão de prova de títulos no concurso público municipal para favorecer a seleção de profissionais com experiência acadêmica. Agregar profissionais com perfil docente foi condição para ofertar vagas para residência médica e multiprofissional nos serviços de saúde, bem como cumprir os requisitos para certificação do hospital como instituição de ensino.

Em dezembro de 2010 foram apresentados ao Ministério da Educação os programas de residência médica em sete especialidades estratégicas para o sistema de saúde loco-regional: Psiquiatria, Clínica Médica, Medicina de Família e Comunidade, Ginecologia e Obstetrícia, Ortopedia e Traumatologia, Pediatria e Cirurgia Geral. A aprovação dos programas apresentados com financiamento de 14 bolsas pelo Ministério da Saúde favoreceu a instituição no organograma da Secretaria da Saúde da Divisão de Ensino e Pesquisa, cujas atribuições incluem a coordenação administrativa dos programas de ensino e pesquisa trabalhando muito próximo da Divisão de Recursos Humanos.

Para subsidiar a integração da gestão do trabalho e da educação na saúde foi encaminhada para a Câmara Municipal de Vereadores e aprovada em maio de 2011 a Lei 1.726 que instituiu o Sistema Municipal Saúde-Escola. Por meio desta lei foram destinados recursos para o pagamento de até 60 bolsas para residentes médicos e multiprofissionais, bem como o pagamento de servidores que exercerem a função de preceptores com bolsas equivalentes às bolsas de inovação

tecnológica do Ministério da Ciência e Tecnologia. A alteração na rotina dos serviços de saúde foi gradativa e sistemática, aproximando cada vez mais e de forma indissociável a assistência, o ensino e o trabalho.

Para o planejamento do programa das residências em saúde foram considerados os pontos fortes e fracos apresentados pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS),^{10,11} em relação aos programas de Residência em Saúde já em andamento no Brasil nos últimos anos e aplicados no atual programa da Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Pinhais, de modo que a equipe trabalhou no sentido de fortalecer pontos fortes e minimizar pontos fracos, com as seguintes ações:

1. Constituição de comissões de ética deontológica das diversas categorias profissionais, de modo a fortalecer a identidade de cada uma das profissões nas relações entre os profissionais que atuam na estratégia de saúde da família. O objetivo foi fortalecer as relações complementares e minimizar as relações excludentes valorizando a contribuição na assistência, no ensino e na pesquisa de cada uma das profissões, de modo que o trabalho em equipe multiprofissional não implicasse em despersonalização das funções, mantendo as competências específicas de cada uma das profissões, de modo a evitar que profissionais desempenhassem apenas as competências gerais na rotina dos serviços de saúde. Foram instituídas as comissões de ética: Médica, Psicologia, Fonoaudiologia e Odontologia. Em processo de eleição as comissões de Enfermagem e Farmácia.

2. Estabelecimento de critérios para caracterizar as Unidades de Saúde como "Unidades de ensino-aprendizagem" aos moldes dos que caracterizam os Hospitais de Ensino:

- **Infraestrutura do local:** segurança, conexão com internet, equipamentos multimídia disponíveis para acesso ao Telessaúde e outros meios de EaD, espaço físico apropriado e protegido para o estudo de casos clínicos, reuniões e aulas. Unidade de

Saúde com pelo menos três equipes de saúde da família completas para favorecer o exercício do apoio matricial.

- **Titulação do preceptor local:**

- Título de especialista e/ou pelo menos 3 (três) anos de experiência na área de formação dos residentes para a preceptoria.

- Profissional capacitado com curso de Formação de Preceptores, oferecido pela Secretaria Municipal de Saúde em parceria com Instituição de Ensino.

- **Perfil do profissional local** para exercer a função de preceptoria

- compromisso com aprendizagem do aluno e ciência do papel mediador e formador do preceptor

- disponibilidade para a preceptoria, padrão mínimo 20h/semana com residente, compatível com a agenda do programa de residência.

- atuação profissional sistematizada de acordo com os princípios do programa de Residência em Saúde

- inserção no processo de trabalho em Redes de atenção estratégicas para a loco-região, com ampla interface com a Estratégia de Saúde da Família.

- **Serviços oferecidos pela Unidade:**

realização de no mínimo os serviços de coleta de sangue, acolhimento com classificação de riscos e proteção da vulnerabilidade, dispensação de medicamentos, imunização, consultas e visitas domiciliares, reuniões de equipe e com a comunidade;

- **Ampliação das Comissões obrigatórias nos hospitais** de ensino para membros da SMS com representantes das Unidades de ensino-aprendizagem.

Dentre as dificuldades mais significativas ao longo deste processo destacam-se as seis alterações na condução da Secretaria Municipal da Saúde entre 2009 e 2013. Em um dado momento foi preciso desvincular o que era operacional do que era político e continuar o trabalho mesmo que não se tenha pauta nas reuniões do colegiado gestor. A instabilidade política gerou insegurança nos servidores que permaneciam em uma atitude de espera demorando para integrar-se às mudanças. Também ameaça a descontinuidade dos programas de ensino a estrutura das Instituições de Ensino que remunera o docente por atividades em sala de aula e pesquisa e não considera como mérito acadêmico o ensino de campo, limitando a disponibilidade para a tutoria nos serviços de saúde.

As dificuldades encontradas no período de implantação foram referentes à fragmentação e departamentalização da administração pública que, quando em excesso, gerava burocratização e um excesso de impessoalidade que dificultava o avanço de questões importantes. Muitas vezes sendo necessário uma “mesa de negociações” para alcançar arranjos inovadores. Esta inovação geralmente envolve a superação de paradigmas, reelaboração de normas e elaboração de minutas que levem a uma legislação municipal que seja permissiva e não restritiva para a gestão do trabalho e da educação na saúde.

Muitos foram os que se identificaram com a proposta de educação pelo trabalho como maneira de qualificar os profissionais no intuito de melhorar os serviços prestados aos usuários.

Efeitos Provocados

O movimento provocado pelos programas de ensino no mundo do trabalho é evidenciado pelo aumento da oferta dos serviços especializados nos ambulatórios médicos, dada a necessidade de volume de atendimentos para os residentes, os médicos preceptores passaram a fazer uma permanência por volta de 2h30/dia maior nos serviços de especialidades.

Outros efeitos evidentes foram: a realização ininterrupta de cirurgias eletivas ao longo de 2011, serviço este que era frequentemente interrompido em 2010; diminuição na lista de espera para atendimento de psiquiatria que, em março de 2011, era de 1040 pacientes, foram abertos seis ambulatórios de subespecialidades de psiquiatria e decorridos seis meses, em setembro do mesmo ano, a fila de espera reduziu para 323 pacientes e em dezembro do mesmo ano foi zerada. A partir de então os preceptores e residentes de psiquiatria (R3) sistematizaram apoio matricial nas unidades de saúde e territórios das equipes da Estratégia de Saúde da Família. Para aproximar o Hospital Municipal da condição de um Hospital de Ensino, foram atendidos os critérios de constituição de todas as comissões assessoras obrigatórias, que resultou em importante colegiado gestor constituído por representantes das comissões e é consultado pela Direção Geral na tomada de decisões estratégicas para o Hospital.

O modelo de gestão denominado Sistema Municipal Saúde-Escola organizado pela interação entre diversos atores no campo da educação e da saúde demonstrou ser possível a implementação do que foi teorizado por Campos⁷:

Reorientar as práticas de saúde voltando-as para ampliar a capacidade de análise e de cogestão dos Sujeitos. Capacidade para lidar com limitações impostas pelo contexto e com as nossas próprias. Uma prática construtiva, processual, e que procure, na medida do possível, facilitar que os sujeitos reconheçam e expressem seus interesses e desejos, para, em seguida, recompô-los segundo o interesse e necessidades de outros, segundo o contexto e segundo as imposições institucionais.

Em maio de 2011 a Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Pinhais foi considerada membro da Rede de Escolas e Centros Formadores em Saúde Pública, rede esta composta atualmente por 42 instituições e coordenada pela Escola Nacional de Saúde Pública ENSP/Fiocruz.

Os serviços de atenção primária foram ampliados e articulados aos demais níveis de atenção por meio de apoio matricial, implantação de 2 equipes de NASF e oferta de todos os serviços de saúde e seus territórios de abrangência para atividades planejadas de ensino-aprendizagem.

Ao longo dos anos os programas de residência médica atraíram cada vez mais candidatos como mostra a tabela abaixo, e novos programas foram criados em parceria com Instituição de Ensino: Residência Multiprofissional e Residência em Enfermagem na área da Saúde da Criança e do Adolescente.

Tabela 1. Relação de vagas de Residência Médica, segundo especialidades e número de candidatos em 2011, 2012 e 2013.

ESPECIALIDADE	Vagas R1	2011	2012	2013
Cirurgia Geral	2	19	25	68
Clínica Médica	5	15	19	106
Med Fam Comunidade	6	8	2	9
Ginecologia e Obstetrícia	5	5	10	40
Ortopedia e Traumatologia	2	2	4	55
Pediatria	6	9	13	50
Psiquiatria	4	18	24	92

Durante um ano e meio tramitou na Prefeitura uma minuta para propor a inclusão da atividade de ensino no orçamento da Secretaria Municipal de Saúde após verificação de disponibilidade orçamentária, coerência com a Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentária Anual para a previsão de gratificação aos servidores que desempenharem função de ensino no Sistema Saúde-Escola. A Câmara Municipal aprovou a inclusão deste elemento de despesa no orçamento de 2013, no entanto outra dificuldade se impôs: o objeto de contrato dos profissionais com a prefeitura era apenas para prestação de serviços

assistenciais, de modo que a remuneração por função de preceptoría precisou ser inserida no estatuto das cooperativas médicas, dos servidores, empregados públicos, bem como no objeto de contrato com cooperativas médicas.

A modalidade de atendimento por plantões também não favorecia a integralidade do cuidado, uma vez que não havia permanência horizontal nos serviços, não havia carga horária prevista para discussão de casos, reuniões multiprofissionais e reuniões de planejamento pedagógico. A tentativa de integrar as funções de assistência e ensino em serviço encontrou limites administrativos que foram relacionados à Secretaria de Administração e Recursos Humanos para serem discutidos na possibilidade de serem contemplados na revisão do Plano de Cargos e Salários dos servidores públicos da Prefeitura, bem como nos contratos de serviços com terceiros.

Um desafio ainda a ser alcançado é o estabelecimento de critérios para o credenciamento de toda a Rede como “formadora” de profissionais, assim como desenvolver uma proposta de critérios para considerar Unidades de Saúde como “Unidades Formadoras”.

Considerações Finais

A experiência de São José dos Pinhais é pioneira no Paraná e antecedeu em dois anos a Medida Provisória¹² 621, de 08 de julho de 2013, que instituiu o Programa Mais Médicos e o Edital¹³ nº 3 de 08 de outubro de 2013 que dispõe sobre as condições do Município para implantação de novos cursos de graduação em Medicina e Programas de Residência sob responsabilidade do Município.

Em uma época marcada por mudanças importantes no modelo de atenção à saúde, ações que aproximem as áreas de educação e da saúde devem ser estimuladas. O pioneirismo evidenciou debilidades na organização de serviços de saúde local, contexto frequentemente encontrado em municípios de médio porte, que possuem cursos universitários da área da saúde.

A relevância deste programa de ensino pioneiro no Estado do Paraná está em ser uma ação de iniciativa da gestão da saúde, que, por análise do perfil epidemiológico e da relação com o dimensionamento de profissionais atual e desejado, compreendeu a necessidade de investir na formação em serviço de médicos nas especialidades estratégicas para a sustentabilidade do sistema de saúde loco-regional.

Para construir esta cultura é preciso empreender um processo criativo, gerenciar conflitos em momentos divergentes e convergentes no grupo, com muita responsabilidade para não romper bruscamente com o paradigma positivista e com práticas tradicionais que refletem a identidade do grupo e geram segurança, mas tanto quanto possível agregar análises qualitativas aos processos de trabalho. Os programas são mais vulneráveis no início, principalmente aqueles criados no âmbito de Secretarias Municipais de Saúde por serem uma política de governo e não de Estado, portanto sujeitos a descontinuidade a cada mudança de gestão, daí a necessidade de institucionalizar os processos.

Referências Bibliográficas

- 1 CHIAVENATO, Idalberto. Introdução à teoria geral da administração: uma visão abrangente da moderna administração das organizações. Revisada e atualizada. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.
- 2 COSTA, Frederico Lustosa da. Brasil: 200 anos de Estado; 200 anos de administração pública; 200 anos de reformas. Revista de Administração Pública – Rio de Janeiro 42(5): 829-74, SET/OUT. 2008
- 3 FIGUEIREDO, A. D. Redes e Educação: a surpreendente riqueza de um conceito. Apresentação no Seminário: “Redes de Aprendizagem, Redes de Conhecimento”, Conselho Nacional de Educação. Lisboa, 22 de junho de 2001.
- 4 ANDRADE, O. 2004 Artigos: Sistema Municipal de Saúde Escola. Disponível em <http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/> acesso em 26/02/2011.

- 5 MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- 6 VIGOTSKI L. S. A Formação Social da Mente. São Paulo, Martins Fontes, 1991.
- 7 CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde Paidéia. SP, 2003. Ed. Hucitec
- 8 FREIRE, Paulo. Pedagogia da Autonomia. Saberes necessários à Prática Educativa. São Paulo: Paz e Terra. 1996
- 9 Conferência Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde de São José dos Pinhais – Paraná – Gestão 2009-2013. Secretaria Municipal de Saúde disponível em www.sjp.pr.gov.br
- 10 HADDAD, Ana Estela. Avanços e desafios na Política Nacional de Gestão da Educação na Saúde. XXVI Congresso Estadual do COSEMS – PR. Curitiba, 11/11/2010. Comunicação oral.
- 11 MARTINS A. et al. Residência Multiprofissional em Saúde: o que há de novo naquilo que já está posto? in FAJARDO, Ananyr P. et al. RESIDÊNCIAS EM SAÚDE – fazeres e saberes na formação em saúde. Brasil. Ministério da Saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.
- 12 BRASIL Presidência da República - Medida Provisória nº 621 de 08 de julho de 2013. Disponível em http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=826436FA36E178A4361923A5712895ED.node2?codteor=1108863&filename=MPV+621/2013 acesso em 18/11/2013.
- 13 BRASIL. Ministério da Educação – Edital nº 3 de 22 de outubro de 2013. Disponível em http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&ved=OCE8QFjAE&url=http%3A%2F%2Fwww.ilape.edu.br%2Flegislacao%2Fdoc_download%2F619-edital-n-3-2013-primeiro-edital-de-pre-selecao-de-municipios-para-implantacao-de-curso-de-graduacao-em-medicina-por-instituicao-de-educacao-superior-privada&ei=PUyKUr_fD8S_kQf4woHgBw&usg=AFQjCNHH7N2IshzS1IROInJsUhQg8x8PqQ&sig2=jjhV2BVTbkSYgJmm8tlmeQ&bvm=bv.56643336,d.eW0 acesso em 18/11/2013.

Saúde Pública, Meu Amor

Organizadores: Lenir Santos e Luiz Odorico Monteiro de Andrade

Autores: Adib Jatene, Antonio Lancetti, Aparecida Pimenta, Beatriz Dobashi, Carmen Lavras, Cláudio Maierovitch Henriques, David Capistrano, Emerson Merhy, Florianita Campos, Gastão Wagner, Gilson Carvalho, Isamara de Gouvêa, José da Silva Guedes, José Gomes Temporão, Lenir Santos, Lídia Silveira, Roberto Tykanori, Sergio Arouca, Sarah Escorel, Silvio Fernandes da Silva



A história da saúde pública no Brasil é uma história de pessoas e de humanidades. Pessoas que sonharam, pensaram, conceberam, convenceram, atuaram e não se esmoreceram nessa caminhada que levou a saúde a ser um direito de cidadania em 1988.

Durante um período de mais ou menos quarenta anos – da concepção da Reforma Sanitária dos anos 70, aos dias de hoje –, foi possível concretizar no país um sistema de saúde pública de acesso universal e igualitário. E isso se fez com homens, seus ideais, suas utopias e suas ações.

Sabemos que a história da saúde pública já foi contada em livros, artigos, ensaios, teses; mas nem sempre sob o ponto de vista da atuação individual e da dedicação de pessoas que muitas vezes se sentiram culpadas pelas ausências familiares, mudando de uma cidade para outra, como ciganos da saúde.

O elemento mais importante – o ser humano e suas lutas quixotescas - faltava nas narrativas da construção da saúde pública feita até os dias de hoje.

A importância deste livro está nas memórias que poderão servir de estímulo aos mais jovens numa demonstração de que é possível colocar no altar pessoal a utopia e os sonhos pessoais e coletivos.

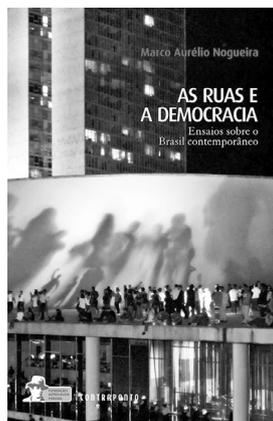
Trata-se de um livro que conta a história de boa parte dos artífices da Reforma Sanitária Brasileira.

Valor: R\$ 50,00

Disponível em: www.sabereseditora.com.br

As ruas e a democracia. Ensaios sobre o Brasil contemporâneo

Autor: Marco Aurélio Nogueira



Prefaciado por Renato Janine Ribeiro, com as abas da capa assinadas por Luiz Werneck Vianna e a contracapa por Luiz Eduardo Soares, *As ruas e a democracia* reúne ensaios escritos ao sabor dos acontecimentos que marcaram os dois últimos anos e pretende refletir sobre a crise política que se agudizou no Brasil depois dos protestos de junho de 2013.

Segundo Marco Aurélio Nogueira, as ruas de junho surpreenderam, mas as razões de sua efervescência estão entranhadas na estrutura das sociedades contemporâneas, inscritas na realidade do capitalismo globalizado, na história nacional e na conjuntura política, expressando a força

desconstrutora e reorganizadora do processo de radicalização da modernidade capitalista.

A principal hipótese do livro é que o Brasil conheceu em junho a face mais visível de uma crise da política que vinha de longe, que trocara sua manifestação explícita por uma latência recorrente que aos poucos foi corroendo a representação política e pondo em xeque a legitimidade dos governos. O sistema político em sentido estrito surge nela como a ponta de um iceberg, o protagonista que sintetiza o que há de perverso no todo. Questionou-se o sistema vivo, aquele que se mostra na conduta dos políticos, dos partidos e dos governantes, na falta de ideias generosas com que dar um sentido de futuro à sociedade, na facilidade com que se permite o enriquecimento de certos atores e a disseminação de ilícitos de todo tipo. Não se recusou o sistema escrito, constitucionalizado, nem a democracia política como tal, mas o que funciona (ou não funciona) de fato.

A agenda brasileira está posta. A superação da ditadura nos anos 1980 não teve força para democratizar e ajustar as instituições políticas nem para impor um novo modo de fazer política, situação que se agravou com as transformações socioculturais ocorridas nas décadas seguintes. As elites políticas – de todos os partidos, da esquerda à direita – acomodaram-se ao sistema e passaram a se beneficiar dele, desvirtuando o que havia de potência democrática. Sequer os instrumentos de participação direta inscritos na Constituição foram aproveitados. Diante desse cenário, uma reforma em sentido forte, que modifique o sistema, produza impacto na cultura política e no modo de governar, é um desafio que só tem como ser vencido se incluir todas as forças sociais, dentro e fora do Estado. Uma reforma política cosmética, dedicada a alterar regras eleitorais, pouco ajudará.

Capítulos:

1. Brasil, junho 2013: as vozes das ruas e os limites da política.

2. Depois de junho. Sobre as respostas governamentais.

3. Voo panorâmico sobre o governo Dilma.

4. Crise e reforma política.

5. Mídia, democracia e hipermodernidade.

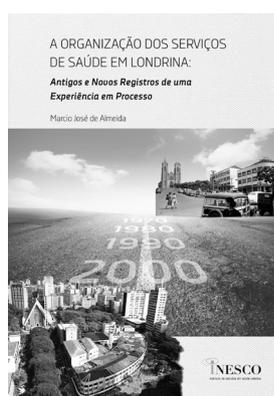
6. A corrupção que não sai de cena.

Valor: R\$30,00 (com desconto para associados do INESCO)

Disponível em: www.contrapontoeditora.com.br

A Organização dos Serviços de Saúde em Londrina – Antigos e Novos Registros de uma Experiência em Processo

Autor: Marcio José de Almeida



Resgate histórico do movimento de saúde no país, Marcio Almeida era secretário de saúde de Londrina, em 1978, quando escreveu a dissertação de mestrado que apresentou no ano seguinte ao Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual

do Rio de Janeiro (IMS-UERJ).

Agora, trinta e cinco anos depois, o autor tira da gaveta um dos poucos documentos que resgatam o histórico da saúde coletiva no Brasil. E o transforma em livro, com o título A Organização dos Serviços de Saúde em Londrina: Antigos e Novos Registros de uma Experiência em Processo.

Ao transformar a dissertação em livro, o autor foi além do trabalho acadêmico, apresentado em 1979 e aprovado com nota dez por uma Comissão Examinadora composta pelos Professores Nelson Rodrigues dos Santos (UNICAMP), Hugo Tomassini (ENSP) e Madel Therezinha Luz (USP).

Marcio acrescentou à obra acadêmica um posfácio no qual faz a ponte histórica com o presente. Além disso, revisita os momentos primordiais pelos quais passou o movimento de saúde brasileiro em todos esses anos.

“É um capítulo a mais, que registra o que houve de 1979 para cá, inclusive a crise do sistema de saúde de Londrina, um verdadeiro desmanche, que vivenciei como vereador durante alguns meses entre 2009 e 2012.”

O professor Nelson Rodrigues dos Santos, pioneiro da saúde coletiva em Londrina, ex-Secretário de Saúde de Campinas e do Estado de São Paulo, ex-Secretário Executivo do Conselho Nacional de Saúde e Hésio de Albuquerque Cordeiro, orientador do então mestrando nos anos 1970 e depois presidente do INAMPS e reitor da UERJ, assinam, respectivamente, a apresentação e o prefácio do livro.

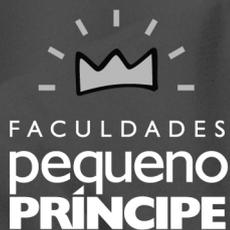
O movimento de mudança na saúde existente no Brasil passou a ser mais visível a “partir da

Constituinte de 1988. Mas, na verdade, começou a ser construído antes, nos anos 1970, quando algumas cidades, articuladas com universidades, tomaram iniciativas no sentido de instalar serviços de saúde em um novo modelo acadêmico e assistencial que não fosse só o ‘hospitalocêntrico’. Londrina foi uma dessas cidades, com experiências iniciais em três postos que serviam para treinamento de alunos da Universidade Estadual de Londrina”, recorda o autor.

Com um texto muito bem estruturado e embasado, inclusive com gráficos e tabelas, como é característica de uma dissertação, *A Organização dos Serviços de Saúde em Londrina: Antigos e Novos Registros de uma Experiência em Processo*, tem, ao mesmo tempo, linguagem prática e ágil em 226 páginas. A edição é do INESCO - Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, em coedição com o CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde e o CEPESC - Centro de Estudos e Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ.

Valor: R\$ 25,00

Disponível em: www.inesco.org.br



Pós-Graduação

ESPECIALIZAÇÕES 2014

Futuros Especialistas em Saúde

Matrículas abertas. Não perca esta chance!

CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO À SUA ESCOLHA:

ENFERMAGEM EM PEDIATRIA E CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS

PSICOLOGIA DA SAÚDE E HOSPITALAR

AUDITORIA PARA HOSPITAIS, SERVIÇOS, SISTEMAS E PLANOS DE SAÚDE

FARMÁCIA CLÍNICA

GESTÃO EM SAÚDE

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA **(NOVO)**

BIOLOGIA MOLECULAR **(NOVO)**

GESTÃO DE ENTIDADES DO TERCEIRO SETOR **(NOVO)**

PESQUISA CLÍNICA **(NOVO)**

INÍCIO DAS AULAS: Março e Abril de 2014 (conforme agendamento do curso)

PERIODICIDADE: mensal

ESTRUTURA DAS AULAS: Sábado – das 12h30 às 20h30 e
Domingo – das 8h30 às 12h30 e das 13h30 às 17h30

INFORMAÇÕES:

(41) 3310-1529 • www.faculdadespequenoprincipe.edu.br
Avenida Iguacu, 333 • Rebouças • Curitiba/PR • CEP: 80.230-020

CHAPA ARNALDO BERTONE

(GESTÃO 2013 – 2017)

Os signatários desta Carta Aberta desejam convidar você para participar desta nova etapa na vida do NESCO. Fundado em 1987, portanto comemorando 25 anos de muito trabalho e excelentes frutos na área das políticas de saúde e de educação, a entidade renovou recentemente seu Estatuto e prepara-se para eleger uma nova diretoria, novo conselho fiscal e novo conselho técnico-administrativo.



Agora como um Instituto, mantendo seu CNPJ, seu compromisso com os interesses públicos na saúde e na educação, dotado da mesma flexibilidade gerencial que lhe permite a condição de ser uma entidade de direito privado, o iNESCO precisa do seu apoio e participação.

Apresentamos a seguir os pontos centrais da nossa proposta de trabalho. Não se trata de um Plano de Ação e Metas. Este será construído de forma participativa em uma Oficina de Trabalho que realizaremos em meados do ano. No momento, queremos sinalizar para onde propomos seguir:

1. Iniciativas no campo da formação de profissionais de saúde. Promovendo cursos, eventos ou apoiando processos já em curso em outras Instituições com as quais venhamos a estabelecer parcerias. Diretrizes curriculares dos cursos da área da saúde. Formação de Ativadores. Resgate do Pro-Saúde Paraná, aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde no início dos anos 2000, objeto de uma Resolução conjunta SESA e SETI, mas jamais implantado. Estabelecimento de parceria com a Rede UNIDA.
2. Iniciativas na área da gestão em saúde e em educação. Promoção da metodologia de Gestão para Resultados. Formação de profissionais na área de Monitoramento e Avaliação de Projetos e Programas Sociais. Estabelecimento de parceria com a Rede Brasileira de Monitoramento e Avaliação.
3. Iniciativas voltadas ao fortalecimento do Terceiro Setor no Paraná. Combate às falsas entidades que se apresentam aos gestores municipais, verdadeiras

arapucas. Estabelecimento de parcerias com o GRPCOM, o Ministério Público, o Tribunal de Contas do Paraná, etc.

4. Iniciativas voltadas à qualificação do iNESCO como Organização Social junto ao Governo do Paraná, de acordo com a Lei Complementar 140/2011. Analisar a possibilidade de também ser qualificada como OSCIP junto ao Ministério da Justiça.
5. Iniciativas voltadas a apoiar o fortalecimento das Secretarias Municipais de Saúde, com capacitação de gestores e outras formas. Elaborar projetos de Sistemas Municipais de Saúde-Escola. Estabelecimento de parceria com o COSEMS-PR e firmar contratos de gestão com Prefeituras Municipais interessadas na expertise e experiência do iNESCO.
6. Iniciativas relativas à dinamização da sua linha editorial. Profissionalização da Revista Espaço para a Saúde. Resgate da Revista Olho Mágico, em parceria com o Programa de Pós-Graduação em Ensino nas Ciências da Saúde, da Faculdades Pequeno Príncipe, Curitiba.
7. Iniciativas voltadas a apoiar o Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Paraná, atualmente albergado na Escola de Saúde Pública do Paraná. Analisar a abertura de outras Estações de Trabalho, como uma voltada ao monitoramento da realidade de saúde no litoral do estado do Paraná.
8. Promoção de eventos de interesse das áreas de saúde e de educação, como o II Congresso Paranaense de Saúde Pública, dando sequência ao primeiro, realizado em 2000.
9. Colaborar na organização do Encontro da Região Sul da Rede UNIDA a ser realizado em final de outubro em Londrina.
10. Iniciativas voltadas a estreitar relações com o poder legislativo, seja com a Comissão de Saúde da Assembleia Legislativa, seja com Câmaras Municipais.

Londrina/Curitiba/Maringá, maio de 2013.

PLANO ESTRATÉGICO DE DESENVOLVIMENTO DO INESCO: 2013-2017

(Londrina, 15/10/2013)

Este Plano Estratégico de Desenvolvimento do iNESCO (PED) foi elaborado prevendo-se o período 2013 a 2017, os quatro anos da gestão da diretoria eleita em maio de 2013. O Plano é produto de análises, reflexões e discussões ocorridas em quatro momentos/contextos recentes:

1º Momento: novembro 2012 a março 2013 – por ocasião do processo de reafirmação e de redefinição dos objetivos estatutários e da estrutura organizacional do ex-Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESCO);

2º Momento: abril e maio de 2013 – período e processo em que foi definida a composição e elaborada a proposta de trabalho da Chapa Arnaldo Bertone, eleita na Assembleia Geral de 25/5/2013, realizada em Curitiba;

3º Momento: junho e julho de 2013 – quando se preparou a Oficina de Trabalho de Planejamento Estratégico da entidade, realizada no dia 3 de agosto e em cujo período novas contribuições e propostas foram apresentadas e discutidas;

4º Momento: agosto a outubro de 2013 – período em que várias atividades foram desenvolvidas pela nova diretoria eleita e pela secretaria executiva recém-constituída, o que propiciou um “choque de realidade”, ou seja, uma melhor avaliação das potencialidades e limitações da entidade.

Este PED deve servir como um eixo norteador das linhas de trabalho do iNESCO, que deverão ser operacionalizadas, preferencialmente, por meio de Planos de Ação anuais, com a definição de Metas e de indicadores de acompanhamento. Processos e produtos que deverão ter lugar a partir do início de 2014, quando a entidade deverá ter condições, inclusive financeiras, de promover oficinas de trabalho com os associados que tiverem disposição e interesse em participar.

Por proposta da secretaria executiva da entidade, o trabalho deverá ser organizado e desenvolvido por meio de **projetos**. Neste momento, dadas as condições peculiares da transição que o iNESCO vem passando, dispõe-se de projetos preliminares ou anteprojetos, a saber:

1. Projeto “Reorganização da estrutura física, material e de pessoal da entidade” – sede independente de qualquer Instituição, imóvel alugado em Londrina, imagem-objetivo de futura sede própria em Curitiba, recursos materiais essenciais especialmente na área de informática, quadro de pessoal da secretaria executiva enxuto, de preferência sem funcionários com vínculo

trabalhista e remunerados com bolsas para projetos ou tarefas específicas;

2. Projeto “Qualificação do iNESCO como Utilidade Pública Municipal, Estadual e Federal” - Lei Municipal (Londrina) 10.886, de 25/7/2013; Lei Estadual ... de .../10/2013 e processo em andamento para obtenção da Utilidade Pública Federal.

3. Projeto “Ampliação e consolidação do quadro associativo” – quando foi lançada a primeira Campanha de confirmação das associações, com cobrança da anuidade de 2013 e de ampliação do quadro, no início de outubro/2013 existiam 67 associados individuais e nenhum associado institucional. A Meta é conseguir, até final de 2013: 150 associados individuais em dia com a tesouraria (R\$60,00 a anuidade de 2013 = 50% do valor definido na AG de 25/5/2013) e 5 associados institucionais em dia com a tesouraria (R\$250,00 idem). Essas associações deverão estar distribuídas em todas as regiões do estado, com um número maior nas cidades de Curitiba, São José dos Pinhais e Araucária (Região Metropolitana da capital), Paranaguá (Litoral), Ponta Grossa e Guarapuava (Centro), Francisco Beltrão (Sudoeste), Cascavel (Oeste), Maringá e Londrina (Norte) e Cornélio Procopio (Norte Velho). Sem prejuízo, evidentemente, de associações de qualquer outro município paranaense. As Metas seguintes são: 300 associados individuais e 10 institucionais até dezembro de 2014; 500 individuais e 15 institucionais até dezembro de 2015; 750 individuais e 20 institucionais até dezembro de 2016.

4. Projeto “Portal iNESCO” – construir, em um primeiro momento, um site independente do portal da UEL, com um perfil informativo mais relevante e uma capacidade interativa mais atraente. Evoluir para um portal próprio.

5. Projeto “Informativo Eletrônico” – iniciar em 1/10/2013 e dar seguimento à elaboração e distribuição entre associados e parceiros, de um Informativo Eletrônico com periodicidade regular, inicialmente mensal, mas com vistas a ser ao menos semanal.

6. Projeto “iNESCO nas Redes Sociais” – criar Facebook, Twitter e outros meios de participação nas redes sociais.

7. Projeto “Editorial I” – constituir o Conselho Editorial do iNESCO e as comissões editoriais da Revista e da coleção de livros, estabelecendo relações com autores paranaenses em potencial e de parceria ou comerciais

com outras editoras e com a rede de distribuição de livros no estado.

8. Projeto “Editorial II – Revista Espaço para a Saúde” – regularizar a sua produção, publicando até dezembro de 2013 o Volume 14, Números 1 e 2. Esta deverá ser uma edição típica da transição que vive a entidade e a própria publicação. Deverá já apresentar elementos novos tanto do ponto de vista gráfico como de estrutura e publicar as novas Normas de Publicação. A partir de 2014, ou seja, do Volume 15, a revista deverá ser trimestral. Aperfeiçoar sua qualidade e buscar melhorar sua pontuação junto aos órgãos de acompanhamento das publicações científicas. Deverá manter seu formato eletrônico mas retomar, pelo menos provisoriamente, o formato impresso.

9. Projeto “Editorial III – Coleção de Livros” – preferencialmente de autores paranaenses de todas as regiões, inicialmente com 4 linhas: Educação Médica e Formação Profissional em Saúde; Governança Social; Saúde Coletiva e, por último, Ação & Desenvolvimento Comunitário. Na primeira linha foi publicado em setembro o livro “Organização dos Serviços de Saúde em Londrina: novos e velhos registros de uma experiência”, em coedição com o CONASEMS e o CEPESC/IMS/UERJ, com apoio da SMS de Londrina, da SESA e do Complexo Pequeno Príncipe. Na segunda linha está em andamento o entendimento com a Editora de Cultura (SP) para publicar o livro “Governos no Brasil: Democracia Frágilizada” (Homero Giacomini); na terceira linha estão em andamento os entendimentos para a segunda edição do livro “Bases da Saúde Coletiva” (Luiz Cordoni Jr, Selma Maffei e Darli Soares). E na última linha está em andamento a publicação de uma obra produzida pela Fundação Kettering com o título “Para que as comunidades funcionem”.

10. Projeto “Centro de Documentação e Memória sobre a Nova Saúde Pública no Paraná Dr. Walter Pecoits” - anunciado no dia 25 de setembro, em Curitiba, existe um anteprojeto. Há entendimentos para uma visita à Casa de Osvaldo Cruz, no Rio de Janeiro, que poderá servir como referência e fornecer elementos para a elaboração do projeto desta iniciativa. Também tiveram início os entendimentos para compor uma comissão organizadora do Centro. O projeto deverá ser submetido à análise do Governo do Estado, com vistas a obter apoio para sua implantação.

11. Projeto “Centro de Documentação e Pesquisa sobre a Saúde Pública em Londrina Dr. Dalton Paranaguá” – anunciado no dia 21 de setembro, nas dependências da UBS pioneira de toda a rede

municipal, a da Vila da Fraternidade, em Londrina. Na ocasião foi dada a informação de que após a edificação das novas instalações físicas, a UBS será denominada “UBS Arnaldo Agenor Bertone”, um dos fundadores do INESCO e o primeiro diretor administrativo-financeiro da Autarquia Municipal de Saúde (1978-1982). Existe um anteprojeto do Cedoc-DP e cogita-se lançar mão do crowdfunding (captação coletiva de recursos) para viabilizá-lo. Além da busca de apoio e recursos junto à Prefeitura do Município de Londrina, uma vez que, na oportunidade do anúncio, o titular da SMS comprometeu-se a incluir no projeto arquitetônico da nova UBS, um espaço especial para o CEDOC-DP.

12. Projeto “VII Fórum Nacional sobre Metodologias Ativas de Ensino e Aprendizagem na Formação Profissional em Saúde” – dando seguimento ao processo iniciado em 2002 pelos estudantes de medicina da PUCPR (Fórum sobre PBL), seguido pelos eventos em Bragança Paulista e Lages (SC) nos anos seguintes, essa iniciativa passou a ter novas características a partir de 2007, em Londrina, quando foi realizado o IV Fórum Nacional sobre Metodologias Ativas de Ensino e Aprendizagem na Formação Profissional em Saúde. Nos anos seguintes foram realizados, em Marília (2009) e em Campo Grande (2010), os V e VI Fóruns. No período de 8 a 10 de maio de 2014, em Curitiba, será realizado o VII Fórum. No momento está sendo constituída a Comissão Organizadora do evento, cuja primeira tarefa será elaborar o Projeto Executivo do evento e encaminhar solicitações de apoio (especialmente junto à SETI, Fundação Araucária e Ministério da Saúde) e busca de parcerias.

13. Projeto “II Congresso Paranaense de Saúde Pública” – o primeiro Congresso foi promovido pelo NESCO em 2000. Diante do calendário da Copa do Mundo (junho/julho) e das eleições (outubro) de 2014, a definição tomada pela diretoria do INESCO foi promover esse evento no período de 14 a 16 de agosto de 2014, em Curitiba. Na programação do evento deverá ser incluído o lançamento de Concursos/Prêmios Científicos, de Melhores Experiências e de Melhores Práticas, homenageando pessoas como: Professor Darli Antonio Soares; Professor Dante Romanó, Professor Amilcar Gigante, Ana Ito e outros. No momento está sendo constituída a Comissão Organizadora do evento, cuja primeira tarefa será elaborar o Projeto Executivo do evento e encaminhar solicitações de apoio (idem + SESA e SMS da capital e das maiores cidades do estado).

14. Projeto “Fórum Permanente de Debate sobre a Conjuntura Estadual de Saúde” - criação de um espaço próprio para as análises sobre as políticas

estaduais de saúde e de educação voltada à saúde. Tanto por meio eletrônico como por meio de eventos presenciais.

15. Projeto “PRÓ-SAÚDE Paraná” - retomando o processo de criação do Fórum Estadual dos Cursos de Graduação da área da saúde comprometidos com a implantação e desenvolvimento das Diretrizes Curriculares Nacionais, constituído tanto por professores como por dirigentes de cursos, o iNESCO deverá retomar o processo interrompido de elaboração de um programa estadual de estímulo para as mudanças do modelo acadêmico existente nos cursos da área da saúde no estado.

16. Projeto “SEMPRE ALERTA” – identificação de oportunidades ofertadas pela publicação de editais, seja na área federal, especialmente Ministério da Saúde, seja na estadual, especialmente Fundação Araucária, e formulação e submissão de projetos de pesquisa e de intervenção. Recentemente, foram submetidos dois projetos, aos Editais 19 e 20 da SVS/MS. Aguardam-se resultados da avaliação.

17. Projeto “Apoio à atualização e especialização profissional” – a exemplo do que ocorreu em julho e agosto de 2013, quando o iNESCO promoveu em Curitiba, em parceria com a Faculdades Pequeno Príncipe e a ORZIL Consultoria, dois cursos de Atualização sobre o SICONV, novas propostas deverão ser analisadas, como: Metodologias ativas de ensino e aprendizagem nos cursos da área da saúde; Estratégias de implantação das DCN no Paraná; Elaboração de projetos e criação de iniciativas para captação de recursos; Gestão estratégica para as entidades sociais do Terceiro Setor, etc.

18. Projeto “Parcerias Estratégicas em âmbito nacional” - reinserção do iNESCO no movimento sanitário nacional e no movimento de mudança na formação de profissionais de saúde, restabelecendo canais de diálogo e participando dos eventos e movimentos (por exemplo, o “Saúde + 10”) promovidos por entidades como ABRASCO, Rede UNIDA, ABEM, ABEn, CEBES, CONASS e CONASEMS.

19. Projeto “Parcerias Estratégicas em âmbito estadual” – retomada da participação do iNESCO junto às políticas desenvolvidas pela SESA, com vistas inclusive a uma participação ativa, viabilizada por um Convênio de Cooperação, junto à Comissão de Saúde da Assembleia Legislativa do Paraná, junto à SETI e IES públicas, privadas e do Terceiro Setor e também junto às Prefeituras Municipais (em especial as de municípios de porte médio como Curitiba, Londrina, Maringá, Paranaguá, Ponta Grossa, Guarapuava, Cascavel e Francisco Beltrão) e entidades como a Pastoral da Criança, a Federação dos

Hospitais do Terceiro Setor e a Sociedade Paranaense de Medicina de Família e Comunidade.

20. Projeto Especiais, como “Esporte, Saúde e Cidadania em Ação” – tendo por base o projeto “Basquetebol e Cidadania em Ação”, desenvolvido por uma associada (Rosanela Pezente), elaborar projeto para captação de recursos junto a mecanismos de fomento (Lei Rouanet, Lei do Esporte) e de apoio junto à sociedade para sua consolidação e expansão. Além deste projeto especial, outros poderão ser desenvolvidos, como: “Observatório Paranaense sobre Doenças Negligenciadas”; “Observatório Paranaense sobre as atividades desenvolvidas por entidades do Terceiro Setor na área de saúde”, etc.

Como foi registrado no início deste documento, estes são projetos que devem ser vistos como preliminares ou anteprojetos. O desenvolvimento de cada um deles dependerá de análises conjunturais e, especialmente, das condições objetivas e subjetivas necessárias.

Todas as ações do iNESCO devem ser guiadas por ações de: a) diagnóstico de oportunidade; b) criação de canais de discussão e participação dos interessados; c) desenvolvimento das ações em si; d) ampla divulgação das ações e dos resultados; e) influência nos processos de elaboração, de execução e de avaliação das políticas públicas.

Com o tempo e como parte da agenda do iNESCO, devem ser ampliadas e aprofundadas a reflexão e a crítica à verticalização da atual institucionalidade do SUS, com o fomento de propostas que caminhem além da importante e crucial questão do subfinanciamento da saúde. A retomada, em terras paranaenses, das temáticas relacionadas aos recursos humanos em saúde e aos movimentos de mudança na formação e na prática profissional, é objetivo difícil de ser alcançado mas, por isso mesmo, é um desafio que o iNESCO em sua nova fase propõe a todos para ser enfrentado.

A desconfiança mútua entre os cidadãos e os aparelhos do Estado, que estão na base das revoltas difusas de junho de 2013, sinaliza para a importância do desenvolvimento e fortalecimento da sociedade. O iNESCO, como organização da sociedade, tem um papel a cumprir para o restabelecimento de um nível de confiança necessário e essencial para a consolidação da Democracia. Sempre tendo em vista o mote dos primórdios do movimento sanitário e das origens do próprio NESCO/iNESCO: Democracia é Saúde & Saúde é Democracia!

PORTARIA Nº 01 DE 25 DE NOVEMBRO DE 2013.

Designa membros do Conselho Técnico Administrativo (CTA) do iNESCO

O PRESIDENTE DO INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA, ouvido a Diretoria e no uso de suas atribuições, considerando o art. 39 e na forma do que dispõe o art. 27, inciso XI do Estatuto;

RESOLVE:

Art. 1º - Designar os membros do Conselho Técnico Administrativo (CTA), sendo eles:

I - Membros titulares: Homero Giacomini, Luis Fernando Nicz, Marli Terezinha Oliveira Vannuchi, Regina Melchior (indicada pela reitoria da UEL), Valmir Rycheta Correia (indicado pela reitoria da UEM), Pollyana Kássia de Oliveira Borges (indicado pela reitoria da UEPG).

II. Membros suplentes: Darcy Reis de Oliveira e Wladithe Organ Carvalho (indicada pela reitoria da UEL).

Art. 2º - Os membros do Conselho Técnico Administrativo do iNESCO não serão remunerados, exceto nas despesas que comprovadamente realizarem se previamente autorizadas pela Diretoria.

Art. 3º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

João José Batista de Campos

PORTARIA Nº 02 DE 25 DE NOVEMBRO DE 2013.

Designa os membros da Comissão de Tomada de Preços do iNESCO

O PRESIDENTE DO INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA, ouvido a Diretoria e no uso de suas atribuições, e na forma do que dispõe o art. 27, inciso XI do Estatuto;

RESOLVE:

Art. 1º - Designar Marcio José de Almeida, Carlos José Estevam Lioti, Maira Sayuri Sakay Bortoletto, como membros da Comissão de Tomada de Preços, especificamente para elaboração e envio de proposta à Secretaria de Estado da Saúde – SESA.

Art. 2º - A função de presidente da Comissão de Tomada de Preços do iNESCO será desempenhada por Marcio José de Almeida, para a qual não haverá remuneração, exceto nas despesas que comprovadamente realizar se previamente autorizadas pela Diretoria.

Art. 3º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

João José Batista de Campos

PORTARIA Nº 03 DE 25 DE NOVEMBRO DE 2013.

Institui o Regimento do Conselho Editorial do iNESCO

O PRESIDENTE DO INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA, ouvido a Diretoria e no uso de suas atribuições, e na forma do que dispõe o art. 27, inciso XI do Estatuto;

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar o Regimento do Conselho Editorial do iNESCO conforme anexo.

Art. 2º - Designar os membros do Conselho Editorial do iNESCO, sendo eles:

I - João José Batista de Campos (Presidente)

II - Alberto Durán González

III - Elaine Rossi Ribeiro

IV - Luiz Cordon Junior

V - Izabel Cristina Meister Martins Coelho

Art. 3º - Ficam criadas no âmbito do Conselho Editorial, duas Comissões: a da Revista Espaço para Saúde e a de Livros.

Art. 4º - As funções de editor chefe e editor associado da Revista Espaço para Saúde serão desempenhadas respectivamente por Alberto Durán González e por Elaine Rossi Ribeiro.

Art. 5º - As funções de presidente e vice-presidente da Comissão Editorial de Livros serão desempenhadas, respectivamente por Luiz Cordon Junior e por Izabel Cristina Meister Martins Coelho.

Art. 6º - Os membros do Conselho Editorial do iNESCO não serão remunerados, exceto nas despesas que comprovadamente realizarem se previamente autorizadas pela Diretoria

Art. 7º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

João José Batista de Campos

Regimento do Conselho Editorial do iNESCO

Da Composição e da Presidência

Art. 1º. O Conselho Editorial é um colegiado auxiliar do iNESCO, no que concerne à edição de livros e publicações científicas.

Art. 2º. O Conselho Editorial é composto por 5 (cinco) membros, incluindo seu Presidente, escolhidos pela Diretoria do iNESCO, entre profissionais associados, com notório saber técnico-científico e de reconhecidos trabalhos prestados à comunidade científica, das áreas da saúde e educação.

Parágrafo Único: Os Membros do Conselho Editorial não receberão qualquer remuneração por esta atividade.

Art. 3º. O mandato dos Conselheiros será de 2 (dois) anos, contados a partir dos respectivos atos de nomeação, permitida a recondução.

Das Competências

Art. 4º. Compete ao Conselho Editorial:

I - Propor política editorial, plano editorial anual, plano orçamentário e diferentes projetos de publicações;

II - definir critérios próprios com padrões para publicações visando a seleção e edição de textos e cumprimento de direitos autorais para cada linha de editoração;

III - constituir Comissão editorial para a Revista Espaço para a Saúde;

IV - constituir Comissão editorial de livros;

V - designar editor de livros, editor chefe e editor associado da Revista Espaço para a Saúde;

VI - examinar e selecionar os originais encaminhados nos termos definidos em normativas próprias para edição de livros e edição de periódicos;

VII - indicar Consultor ad hoc, se entender necessário, a ser designado pelo seu Presidente;

VIII - apreciar convênios e contratos de coedições;

I X - deliberar sobre outras atividades afetas ao Conselho Editorial.

Art. 5º. Compete ao Presidente do Conselho Editorial:

I - cumprir e fazer cumprir as decisões do Conselho Editorial;

II - representar o Conselho Editorial;

III - convocar e presidir reuniões;

IV - decidir ad referendum do Conselho nos casos de urgência;

V - zelar pelo cumprimento da política e dos planos editoriais e pelo padrão editorial das obras publicadas;

VI - apreciar projetos de coedição de obras aprovadas pelo Conselho;

VII - opinar sobre as políticas de lançamento e de publicidade das obras.

Das Reuniões

Art. 6º - O Conselho Editorial reunir-se-á duas vezes ao ano ou quando convocado por seu Presidente ou a requerimento da metade de seus Membros.

§ 1º. O Conselho Editorial somente deliberará com a presença de mais da metade de seus Membros e as decisões serão tomadas por maioria simples;

§ 2º. As votações do Conselho Editorial serão abertas, exceto quando for justificadamente solicitada votação secreta por um dos Conselheiros, caso em que o Conselho deliberará por maioria simples;

§ 3º. Cada Membro do Conselho Editorial terá direito a um voto. Nos casos de empate, o Presidente exercerá o voto de qualidade;

§ 4º. De cada reunião lavrar-se-á ata que será discutida e votada na reunião seguinte e, após aprovação, assinada pelo Presidente e demais Membros presentes.

Art. 7º. O Conselho Editorial poderá funcionar por e-group ininterruptamente e presencialmente conforme descrito no Art. 6º.

Das Disposições Gerais e Transitórias

Art.8º. O presente regimento entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 9º. A instância recursal das decisões do Conselho Editorial será a Diretoria do iNESCO.

Art.10. O presente Regimento poderá ser alterado em reunião plenária do Conselho Editorial mediante proposta de qualquer dos seus Membros, aprovada pela maioria simples dos presentes, e encaminhado para aprovação final pela Diretoria do iNESCO.

Art. 12. Os casos omissos serão resolvidos pelo Conselho Editorial, observado o disposto no artigo 4º deste Regimento.

DIRETRIZES PARA AUTORES

Orientações gerais

Atenta às tendências no campo das publicações científicas, a *Revista Espaço Para a Saúde* prioriza artigos que abordem os temas da formação profissional, trabalho em saúde e políticas, planejamento e organização dos sistemas e serviços de saúde adotando os “Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas”, publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas – Estilo Vancouver como normas para publicação de artigos. No que couber e para efeito de complementação das informações, recomenda-se consultar o site <http://www.icmje.org>

Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à *Revista Espaço Para a Saúde*, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, tanto do texto, quanto de figuras e tabelas, quer na íntegra ou parcialmente, excetuando-se resumos ou relatórios preliminares publicados em anais de reuniões científicas. O(s) autor(es) deverá(ão) assinalar a opção referente à **Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais**.

Quando a investigação envolver sujeitos humanos, a publicação do artigo na *Revista* estará condicionada ao cumprimento dos princípios éticos, que deverá ser claramente descrito no último parágrafo da seção Metodologia do artigo.

O encaminhamento do manuscrito deverá ser feito de forma eletrônica pelo portal de periódicos da Universidade Estadual de Londrina.

Os conceitos emitidos nos manuscritos são de responsabilidade exclusiva dos(s) autor(es), não refletindo obrigatoriamente a opinião do Conselho Editorial.

Categorias de artigos

Além dos artigos originais, os quais têm prioridade, a *Revista Espaço Para a Saúde* publica artigos de revisão, ensaios e relato de experiências.

Artigos originais – são contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa

original inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados. Devem atender aos princípios de objetividade e clareza da questão norteadora. Devem ter no máximo 20 (vinte) páginas com a seção referências. As tabelas e figuras não devem exceder a 5 (cinco).

Artigos de revisão – são avaliações críticas e ordenadas da literatura sobre determinado assunto, devendo conter Objetivo (por que a revisão da literatura foi realizada, indicando se ela enfatiza algum fator em especial), Fonte de dados (informar os critérios de seleção de artigos e os métodos de extração e avaliação da qualidade das informações), Síntese dos dados (informar os principais resultados da pesquisa, sejam quantitativos ou qualitativos) e Conclusões (as conclusões e suas aplicações). Os procedimentos adotados e a delimitação do tema devem estar incluídos. Sua extensão limita-se a 20 (vinte) páginas com a seção referências.

Ensaio – são trabalhos descritivos e interpretativos baseados na literatura recente sobre a situação global em que se encontre determinado assunto investigativo. Devem ter no máximo 10 (dez) páginas.

Relatos de experiências – são relatos de experiências acadêmicas, assistenciais e de extensão. Devem limitar-se a 10 (dez) páginas e 5 (cinco) referências.

Autoria

O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere sobretudo à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima, podendo, neste caso, figurar na seção “Agradecimentos”. A indicação dos

nomes dos autores deverá vir logo abaixo do título do artigo.

Processo de julgamento dos manuscritos

Os critérios de editoração estabelecidos pela Revista visam garantir a qualidade das publicações.

Os artigos submetidos à Revista, que atendem às “instruções aos autores” e que se coadunem com a sua política editorial, são encaminhados ao Editor que considerará o mérito científico da contribuição. Aprovados nesta fase, os artigos serão encaminhados a membros do Conselho Editorial previamente selecionado pelo Editor. Cada artigo é enviado para dois conselheiros de reconhecida competência na temática abordada. Diante dos pareceres emitidos pelos conselheiros, o editor toma ciência e os analisa em relação ao cumprimento das normas de publicação. Posteriormente, encaminha os pareceres de aceitação de publicação, necessidade de reformulação ou de recusa justificada aos autores.

O anonimato é garantido durante todo o processo de julgamento. A decisão sobre aceitação é tomada pelo Conselho Editorial.

Os artigos recusados, mas com possibilidade de reformulação, poderão retornar como novo trabalho, iniciando outro processo de julgamento.

Os artigos aceitos sob condição serão encaminhados aos autores para alterações necessárias e normalizações de acordo com o estilo da revista.

Caso o número de trabalhos aprovados ultrapasse o número máximo de artigos para uma edição, os artigos excedentes serão publicados na edição posterior.

Preparo dos manuscritos

Da formatação: Os manuscritos deverão ser produzidos em editor de texto word respeitando os limites da categoria do artigo, digitadas com letra arial, corpo 12 (doze) e margens laterais, superior e inferior de 2,5 cm cada, espaço 1,5 em todo o texto, incluindo página de rosto, resumos, ilustrações, agradecimentos e referências. As páginas devem ser numeradas no ângulo superior direito a partir da página de identificação.

Da estrutura: Os manuscritos enviados devem ser redigidos de acordo com a ortografia e a

gramática oficiais e obedecendo a estrutura formal abaixo:

a) Página de rosto – deve conter:

- Título do artigo que deve ser centralizado, em caixa alta, conciso e completo, evitando palavras supérfluas. Recomenda-se começar pelo termo que represente o aspecto mais relevante do trabalho, com os demais termos em ordem decrescente de importância;
- Versão exata do título para o idioma inglês;
- Abaixo do título, centralizado: Nome completo do(s) autor(es), titulação e instituição a que pertence(m);
- Nome, endereço e e-mail do autor responsável para troca de correspondência;
- Tipo de auxílio e nome da agência financiadora;
- Se baseado em tese ou dissertação de mestrado, o título, ano e instituição onde foi apresentada.

b) Resumos e descritores – devem ser apresentados dois resumos, sendo um em português e outro em inglês (abstract), incluindo descritores e keywords.

Artigos originais – para os artigos originais, o resumo deve conter no máximo 250 (duzentas e cinquenta) palavras, estabelecendo os objetivos do estudo ou investigação, os métodos empregados, os principais resultados e as principais conclusões. Abaixo do resumo, deve ser fornecido de 3 (três) a 6 (seis) descritores extraídos do vocabulário “Descritores em Ciências da Saúde” (LILACS - disponível nas bibliotecas médicas ou na Internet <http://www.decs.bvs.br>) quando acompanharem os resumos em português, e do Medical Subject Headings (Mesh – disponível em <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>) quando acompanharem os resumos em inglês. Se não forem encontrados descritores disponíveis para a temática do assunto, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido.

Demais categorias de artigo – o formato do resumo deve ser narrativo, com até 250 (duzentas e cinquenta) palavras, destacando o objetivo, os métodos usados para levantamento das fontes

de dados, os critérios de seleção dos trabalhos incluídos, os aspectos mais importantes discutidos e as conclusões mais importantes e suas aplicações.

c) Texto – o texto de estudos experimentais ou observacionais deve conter as seguintes seções, cada uma com seu respectivo subtítulo: **Introdução** (deve ser breve, definir claramente o problema estudado, destacando sua importância e as lacunas do conhecimento, fornecendo referências estritamente pertinentes), **Métodos** (deve descrever de forma objetiva e completa os métodos empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção), **Resultados** (deve descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações ou comparações e o texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas e figuras), **Discussão** (deve conter comparação dos resultados com a literatura, as limitações da pesquisa e a interpretação dos autores, enfatizando os aspectos novos e importantes do estudo), e **Conclusões** (relacionar as conclusões com os objetivos do trabalho, evitando assertivas não apoiadas pelos achados e incluindo recomendações, quando pertinentes).

O texto de artigos de revisão não obedece a um esquema rígido de seções. Sugere-se uma **breve introdução**, em que o(s) autor(es) explica(m) qual a importância da revisão para a prática, à luz da literatura, uma **síntese dos dados**, que deve apresentar todas as informações pertinentes, e uma **conclusão**, que deve relacionar as ideias principais da revisão com as possíveis aplicações.

As demais categorias terão estrutura textual livre, devendo, entretanto, serem observadas as regras de formatação.

d) Tabelas e Ilustrações – os quadros, tabelas e figuras deverão ser apresentados inseridos no texto, titulados corretamente, numerados consecutivamente com algarismos arábicos na ordem em que foram citados no texto e construídos para sua reprodução direta sempre que possível.

e) Agradecimentos – devem ser breves e objetivos, somente a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo, mas que não tenham preenchido os critérios de autoria,

desde que haja permissão expressa dos nomeados. Podem constar agradecimentos a instituições pelo apoio econômico, material e outros.

f) Citações – identificar as referências no texto por números arábicos sequenciais (iniciando pelo 1) e sobrescritos. Quando se tratar de citação sequencial separar os números por traço (ex: 1-5); quando intercalados use vírgula (ex: 1,3,7).

g) Referências – as referências devem ser numeradas e normalizadas de acordo com o estilo Vancouver, disponível no site http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o Index Medicus: <http://www2.bg.am.poznan.pl/czasopisma/medicus.php?lang=eng>. Publicações com até 6 (seis) autores citam-se todos; acima de 6 (seis) autores, citam-se os seis primeiros autores, seguidos da expressão latina “et al”. Não devem ser inseridas notas de rodapé.

Envio dos manuscritos

Só serão aceitos trabalhos enviados, após cadastro gratuito, por meio do Sistema de Submissão do portal de revistas da Universidade Estadual de Londrina (<http://www.uel.br/portal/?pagina=revistas.php>).

Verificação de itens

- 1) Original dentro das normas de formatação;
- 2) Página de rosto com todas as informações solicitadas;
- 3) Resumo em português e inglês, com palavras-chave e keywords;
- 4) Texto dentro das normas de estruturação: introdução, métodos, resultados, discussão e conclusões;
- 5) Tabelas, quadros e figuras numerados por ordem de inserção no texto;
- 6) Referências no estilo Vancouver, numeradas por ordem de citação;
- 7) Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais.

DIREITO ADMINISTRATIVO

DIREITO E DESENVOLVIMENTO

DIREITO EMPRESARIAL

DIREITO DA INOVAÇÃO

DIREITO DO TERCEIRO SETOR

DIREITO DO TRABALHO

Áreas
atendidas

- ✦ Acompanhamento diário de leis e decretos relacionados aos negócios dos clientes
- ✦ Elaboração de Estudos de Viabilidade Jurídica para Empreendimentos Econômicos, Sociais ou Ambientais
- ✦ Obtenção de incentivos fiscais pela Lei do Bem, da Inovação, da Informática e do ISS tecnológico
- ✦ Orientação pré e pós-contratual
- ✦ Atendimento em inglês, francês, italiano e espanhol
- ✦ Portal interativo

CONSULTORIA JURIDICA ESPECIALIZADA

Análise de conformidade

Capacitação- treinamento

Diálogo com as partes

Metodologia

Adequação

Acompanhamento/gestão

Suporte técnico para a tomada de decisão

- ✦ Atendimento à legislação
- ✦ Prevenção de riscos
- ✦ Redução de impactos ambientais
- ✦ Inovação
- ✦ Parcerias
- ✦ Resultados financeiros

Valorização da ética
Gestão das relações entre as diferentes partes
Aumento da competitividade

Informação
Visibilidade

Resultados



GRI



ISO 26000



SA 8000

Índice de
Sustentabilidade
IBOVESPA



Instrumentos
aplicados

Boas Práticas de
Governança



GRUPO DE PESQUISA SOBRE CONSÓRCIOS

Os consórcios intermunicipais de saúde (CIS) no Paraná têm se estruturado e se fortalecido nos últimos vinte anos e estão presentes hoje em todas as regiões do estado e em praticamente todos os seus municípios. Apesar disso, têm sido objeto de estudo de poucas pesquisas. Recentemente, com a decisão do Governo Estadual de criar um novo Programa de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde (COMSUS), voltado à ampliação e qualificação dos serviços de saúde de atenção secundária e especializada, este segmento adquiriu novas características. Principalmente porque a intenção do novo Programa é também articular o trabalho dos consórcios com as políticas estaduais, em especial o desenvolvimento das redes de atenção à saúde.

O Grupo de Pesquisa sobre Consórcios almeja compreender os modelos organizativos existentes e o desempenho dos CIS do Paraná, além da articulação dos mesmos com o Governo Estadual para a construção das redes de atenção à saúde. É com essa intenção que foi elaborada a pesquisa “Os consórcios intermunicipais de saúde e o desenvolvimento das redes de atenção à saúde no Paraná: modelos organizativos, desempenho e perspectivas”, financiada pela Fundação Araucária.

Para realizar a pesquisa foi construído um arcabouço teórico-conceitual e metodológico que se lastreia na bibliografia mais recente. Os conceitos de redes de atenção, desempenho, consórcios e seus modelos organizativos são os principais. A natureza da problemática e os objetivos do projeto recomendam uma abordagem quali-quantitativa e, além da consulta a fontes secundárias de dados, estão sendo aplicados questionários e entrevistas. Ainda está prevista para 2014 a realização de grupos focais. Os trabalhos serão realizados, entre 2013 e 2014, junto à SESA e aos 24 consórcios existentes e terão a duração de 24 meses.

Espera-se contribuir para o conhecimento dos modelos organizativos vigentes nos CIS do Paraná, dos seus níveis de desempenho e confirmar o impacto que eles vêm exercendo sobre os esforços voltados à implantação de um novo modelo assistencial de saúde no Paraná, com vistas ao fortalecimento das redes de atenção à saúde.

Caros Diretores dos CIS e Secretários de saúde, visitem o blog (<http://gpconsorcios.wordpress.com/>). Participem da pesquisa e divulguem o trabalho que vem sendo desenvolvido em seus municípios.

Prof. Dr. Alberto Durán González

Professor da Universidade Estadual de Londrina
Coordenador do Grupo de Pesquisa sobre Consórcios

VII FÓRUM NACIONAL DE METODOLOGIAS ATIVAS DE ENSINO-APRENDIZAGEM NA FORMAÇÃO EM SAÚDE



8 a 10
de maio
2014

Curitiba
Paraná

PROMOÇÃO



APOIO



2º Congresso Paranaense de Saúde Pública



1ª MOSTRA PARANAENSE DE
PROJETOS PPSUS

14 a 16 de agosto de 2014
Curitiba - Paraná

PROMOÇÃO



APOIO

