

Covid-19: Uma oportunidade para refletir sobre a prática baseada em evidências

Covid-19: An opportunity to reflect on evidence-based practice

Covid-19: una oportunidad para reflexionar sobre la práctica basada en la evidencia

Ramon Antônio Oliveira¹

Como citar: Oliveira RA. Covid-19: Uma oportunidade para refletir sobre a prática baseada em evidências. REvisa. 2021;10(1):1-4. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n1.p1a4>

REVISA

1. Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein. São Paulo, São Paulo, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-9668-7051>

Recebido: 10/10/2020
Aprovado: 12/12/2020

Um surto de pneumonia, frequentemente associada à febre, tosse seca, fadiga e sintomas gastrintestinais ocasionais, em uma cidade chinesa, comprometeu aproximadamente 70% dos trabalhadores de um mercado de frutos do mar, em dezembro de 2019.¹ Naquele momento, houve a edição de um alerta epidemiológico pelo governo local e mais tarde, em março de 2020, a Organização Mundial da Saúde declarou pandemia pelo SARS-Cov-2. Foram mobilizados diversos recursos para a prestação de cuidados aos doentes, além da implementação de medidas de distanciamento social e profundas modificações nas atividades de vida de cada um de nós, a fim de reduzir a propagação do vírus e limitar o impacto nos sistemas de saúde.²

As medidas para a mitigação da propagação do vírus sofreram alterações ao longo desses últimos meses. Não foi recomendado o emprego de máscaras faciais por leigos em locais públicos até um segundo momento, por exemplo. Isso decorreu do aprofundamento no conhecimento científico a respeito do vírus, das formas de transmissão, do reconhecimento daqueles sob maior risco e dos desfechos aos doentes. No decorrer desse tempo, convivemos com o sofrimento de pacientes e familiares, além do trabalho sobre-humano de prestadores de cuidados de saúde.³

Incansável tem sido a busca de pesquisadores por tratamentos e cuidados eficazes para os pacientes acometidos pela infecção. Parece-nos evidente, inclusive entre a população geral, a necessidade de respostas rápidas da ciência para a solução desse problema específico de saúde. Essa busca pode ser comparada à Prática Baseada em Evidências (PBE).⁴

A PBE pode ser definida como o uso consciente, explícito e judicioso da melhor e mais atual evidência científica, aliada à experiência clínica e à preferência do paciente, para a prestação de cuidados em saúde.⁴⁻⁵ Assim, a PBE não busca apenas encorajar profissionais da saúde a empregarem evidências científicas para a prestação de cuidados, uma vez que assumimos que isso tem sido feito rotineiramente por eles, mas definir o que constitui uma evidência aceitável, ou seja, que atende padrões científicos, em contraste com as evidências consideradas clínicas e/ou pessoais.⁶

O termo PBE foi cunhado a partir do trabalho desenvolvido pelo Dr. Gordon Guyatt, na década de 1990, durante suas atividades de ensino no curso de residência médica na Universidade McMaster, no Canadá.⁷ Adicionalmente, diversos avanços foram necessários para o avanço da PBE, como o refinamento dos métodos de análise epidemiológica e a incorporação de softwares para realização de análises estatísticas. Além disso, o médico epidemiologista Dr. Archie Cochrane (1909-1988) publicou críticas à classe médica britânica devido à ausência de padrões rigorosos para a tomada de decisões em saúde e ao excesso de liberdade clínica, o que expunha pacientes a procedimentos com pouca ou nenhuma eficácia. Seu trabalho culminou com a fundação da *Cochrane Collaboration*, uma rede internacional que busca direcionar a prestação de cuidados em saúde orientados por evidências científicas de alta qualidade.⁶

Apesar da ampla aceitação, há severas críticas à PBE. Atualmente, a PBE ampara-se, principalmente, em resultados de revisões sistemáticas da literatura científica e metanálises. O processo de metanálise sintetiza os resultados de múltiplos estudos que abordaram um tópico específico. Não se trata apenas de coletar os resultados de diversos pequenos estudos que testaram uma determinada intervenção; a metanálise emprega métodos estatísticos para integrar os diversos resultados em um único valor – as medidas de efeito – além de fornecer uma síntese das evidências disponíveis sobre o tema em estudo.⁸ Contudo, no processo de seleção e inclusão dos estudos primários que fornecem dados para a realização da metanálise, discretas diferenças nos delineamentos podem ser perdidas em uma tentativa de reunir dados suficientes para a realização do cálculo.⁸ Desta forma, neste procedimento, o revisor pode incluir resultados de estudos em que pacientes foram submetidos a procedimentos discretamente distintos e, assim, comparar resultados considerados incomparáveis.⁸

Outra crítica à PBE trata da redução da liberdade do profissional de saúde na tomada de decisão clínica, uma vez que o cuidado será cada vez mais direcionado por diretrizes baseadas em evidências científicas. Isso é comum entre aqueles preocupados com a relação entre dados resultantes de metanálises e sua significância aos pacientes, individualmente. Contudo, o acúmulo de experiências na prestação de cuidados baseados em evidências tem proporcionado maior segurança a esses profissionais de saúde.⁹

A Academia Nacional de Medicina dos Estados Unidos estabeleceu que, no ano de 2020, pelo menos 90% das decisões clínicas seriam baseadas em evidências científicas atualizadas.¹⁰ Dada a importância da PBE nos cenários de prestação de assistência à saúde, há grande movimento para a inclusão do tema nos currículos dos cursos de graduação de profissionais de saúde, o que compreende estratégias para o ensino e aprendizagem de métodos de obtenção e avaliação crítica de evidências científicas.¹¹ Contudo, segundo Guyatt et al.,¹² somente o treinamento de profissionais voltado à PBE não é suficiente para que a assistência seja baseada em evidências científicas. A inter-relação de diversas

características, como o desenvolvimento de habilidades para avaliação da qualidade da evidência científica, e suas implicações requerem estudo intensivo, o que demanda frequentemente muito tempo. Além disso, alguns profissionais não têm o desejo de desenvolver habilidades avançadas para a avaliação de evidências científicas e as unidades de saúde não contam com os recursos necessários para implementação da PBE, o que pode impactar negativamente sua implementação.

Desse modo, além da formação de novos profissionais habilitados para o desenvolvimento do raciocínio crítico visando à PBE, Melnyk et al.⁴ declaram que são necessários esforços conjuntos; por exemplo, o estabelecimento da PBE como uma política nos sistemas de saúde, a capacitação de gestores institucionais, a formação de profissionais capacitados e o financiamento específico para que os serviços de saúde sejam capazes de prover condições necessárias para a prestação de cuidados baseados em evidências científicas.

Portanto, parece-nos oportuno destacar que todos os profissionais de saúde, gestores e pesquisadores devem se debruçar sobre este método a fim de incorporá-lo à prática clínica. Como resultado, espera-se a redução das divergências regionais na prestação de cuidados, elevação da qualidade dos cuidados de saúde e otimização do emprego dos recursos financeiros destinados à área da saúde, além do respeito às preferências dos usuários dos serviços de saúde.⁵ Esses aspectos teriam impacto positivo não só no atual cenário da pandemia de covid-19, mas em todas as abordagens de tratamento clínico.

Agradecimento

Essa pesquisa não recebeu financiamento para sua realização.

Referências

1. Wu Y-C, Chen C-S, Chana Y-J. The outbreak of COVID-19: An overview. *J Chin Med Assoc.* 2020;83(3):217-20.
2. World Health Organization WHO. Listings of WHO's response to COVID-19 Geneva: WHO; 2020 [cited 2021 7th Jan]. Available from: <https://www.who.int/news/item/29-06-2020-covidtimeline>.
3. Bedford J, Enria D, Giesecke J, Heymann DL, Ihekweazu C, Kobinger G, et al. COVID-19: towards controlling of a pandemic. *Lancet.* 2020;395(10229):1015-8.
4. Melnyk BM, Finout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare. 3rd ed. USA: Wolters Kluwer; 2015. 625 p.
5. Melnyk BM, Gallagher-Ford L, Long LE, Fineout-Overholt E. The Establishment of Evidence-Based Practice Competencies for Practicing Registered Nurses and Advanced Practice Nurses in Real-World Clinical Settings: Proficiencies to Improve Healthcare Quality, Reliability, Patient Outcomes, and Costs. *Worldviews Evid Based Nurs* [Internet]. 2014 13/01/2015; 11(1):[5-15 pp.]. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/wvn.12021/pdf>.
6. James JE. Reviving Cochrane's contribution to evidence-based medicine: bridging the gap between evidence of efficacy and evidence of effectiveness and cost-effectiveness. *Eur J Clin Invest.* 2017;47(9):617-21.
7. Sur RL, Dahm P. History of evidence-based medicine. *Indian J Urol.* 2011;27(4):487-9.

8. Esteves SC, Majzoub A, Agarwal A. The problem of mixing 'apples and oranges' in meta-analytic studies. *Transl Androl Urol*. 2017;6:S412-S3.
9. Parker M. False dichotomies: EBM, clinical freedom, and the art of medicine. *Med Humanit*. 2005;31(1):23-30.
10. Institute of Medicine (US) Roundtable on Evidence-Based Medicine. Leadership Commitments to Improve Value in Healthcare: Finding Common Ground: Workshop Summary. Washington (DC): National Academies Press (US); 2009.
11. Sin M-K, Bliquez R. Teaching evidence based practice to undergraduate nursing students. *J Prof Nurs*. 2017;33(6):447-51.
12. Guyatt GH, Meade MO, Jaeschke RZ, Cook DJ, Haynes RB. Practitioners of evidence based care: Not all clinicians need to appraise evidence from scratch but all need some skills. *BMJ*. 2000;320(7240):954-5.

Autor de Correspondência

Ramon Antônio Oliveira
Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein
Av. Prof. Francisco Morato, 4.293. CEP: 05.521-200.
Butantã, São Paulo, São Paulo.
oliveiraramon@yahoo.com.br

Lesão Renal Aguda por Síndrome da Lise Tumoral em Unidade de Terapia Intensiva- Conhecimento do Enfermeiro

Acute Kidney Injury due to Tumor Lysis Syndrome in the Intensive Care Unit - Nurses Knowledge

Lesión renal aguda por síndrome de lisis tumoral en la Unidad de Cuidados Intensivos - Conocimiento de las enfermeras

Camila Andrade Pereira¹, Roberto Bezerra da Silva²

Como citar: Pereira CA, Silva RB. Lesão Renal Aguda por Síndrome da Lise Tumoral em Unidade de Terapia Intensiva- Conhecimento do Enfermeiro. REVISA. 2021; 10(1): 5-12. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n1.p5a12>

REVISA

1. Instituto Multidisciplinar Brasileiro de Educação em Saúde. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-4190-7533>

2. Instituto Multidisciplinar Brasileiro de Educação em Saúde. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-3528-3069>

Recebido: 12/10/2020
Aprovado: 29/12/2020

RESUMO

Objetivo: analisar a produção científica sobre a lesão renal aguda causada pela síndrome da lise tumoral no paciente internado em unidade de terapia intensiva, bem como o conhecimento do enfermeiro sobre tal patologia. **Método:** Trata-se de um artigo de revisão integrativa realizado através da leitura de 30 artigos científicos retirados da Biblioteca Virtual de Saúde. **Resultados:** Identificou-se a ocorrência da lesão renal aguda e síndrome de lise tumoral através das alterações metabólicas e hemodinâmicas nos pacientes internados na unidade de terapia intensiva e observou-se que não há publicações com relatos do enfermeiro sobre o conhecimento desta patologia. **Conclusão:** Apesar dos estudos atuais e a busca constante pelo conhecimento, sabe-se que a lesão renal aguda e Síndrome de Lise Tumoral é uma emergência oncológica com alta taxa de morbidade, onde a principal estratégia para melhorar a evolução de pacientes é estabelecer medidas profiláticas e o tratamento adequado com urgência. Deve existir uma análise contínua do enfermeiro, bem como de toda equipe, estratificação dos riscos e elaboração de protocolos de controles hidroeletrólitos e laboratoriais para estabilização hemodinâmica do paciente oncológico na unidade de terapia intensiva.

Descritores: Lesão Renal Aguda; Unidade de Terapia Intensiva; Síndrome da Lise tumoral.

ABSTRACT

Objective: to analyze the scientific production on acute kidney injury caused by tumor lysis syndrome in patients admitted to the intensive care unit, as well as the nurses' knowledge about such pathology. **Method:** This is an integrative review article carried out by reading 30 scientific articles taken from the Virtual Health Library. **Results:** The occurrence of acute kidney injury and tumor lysis syndrome was identified through metabolic and hemodynamic changes in patients admitted to the intensive care unit and it was observed that there are no publications with nurses' reports on the knowledge of this pathology. **Conclusion:** Despite current studies and the constant search for knowledge, it is known that acute kidney injury and Tumor Lysis Syndrome is an oncological emergency with a high morbidity rate, where the main strategy to improve the evolution of patients is to establish prophylactic measures and appropriate urgent treatment. There must be a continuous analysis of the nurse, as well as the entire team, risk stratification and elaboration of hydroelectrolytic and laboratory control protocols for hemodynamic stabilization of the cancer patient in the intensive care unit.

Descriptors: Acute Kidney Injury; Intensive care unit; Tumor Lysis Syndrome.

RESUMEN

Objetivo: analizar la producción científica sobre la lesión renal aguda por síndrome de lisis tumoral en pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos, así como el conocimiento de los enfermeros sobre dicha patología. **Método:** Se trata de un artículo de revisión integradora realizada mediante la lectura de 30 artículos científicos extraídos de la Biblioteca Virtual en Salud. **Resultados:** Se identificó la ocurrencia de daño renal agudo y síndrome de lisis tumoral a través de cambios metabólicos y hemodinámicos en pacientes ingresó en la unidad de cuidados intensivos y se observó que no existen publicaciones con informes de enfermeras sobre el conocimiento de esta patología. **Conclusión:** a pesar de los estudios actuales y la búsqueda constante de conocimiento, se sabe que la lesión renal aguda y el síndrome de lisis tumoral es una emergencia oncológica con una alta morbilidad, donde la principal estrategia para mejorar la evolución de los pacientes es establecer medidas profiláticas. y tratamiento urgente apropiado. Se debe realizar un análisis continuo de la enfermera, así como de todo el equipo, estratificación de riesgo y elaboración de protocolos de control hidroelectrolítico y de laboratorio para la estabilización hemodinámica del paciente oncológico en la unidad de cuidados intensivos.

Descriptores: Lesión renal aguda; Unidad de terapia intensiva; Síndrome de lisis tumoral

Introdução

A ocorrência da função renal e tumores estão estritamente correlacionados. Deve ser considerado em duas situações distintas: doenças renais causada pela presença de câncer e/ou seu tratamento, particularmente nefrotoxicidade de drogas antineoplásicas e doença renal como fator de risco adicional de morbimortalidade no curso da neoplasia. Vários dados sugerem um papel da insuficiência renal crônica (IRC) como fator de risco independentemente para o desenvolvimento de câncer, com altas taxas de incidência. A insuficiência renal aguda (IRA) é a complicação renal mais frequente induzida pelo tratamento quimioterápico que ocorre de 12 a 49% dos pacientes com câncer terminal. Embora a insuficiência renal preexistente possa influenciar o resultado, estima-se que 9 a 32% dos pacientes com câncer precisam de hemodiálise, mostrando uma alta taxa de mortalidade (72 a 85%).¹⁻¹¹

A predição das futuras condições de saúde desses pacientes é crucial, e os médicos tentam prever as alterações em suas condições clínicas o mais cedo possível, com a finalidade de ajustar os tratamentos, influenciar na eventual falência de órgãos em estágio inicial e evitar resultados desfavoráveis. A lesão renal aguda (LRA) é uma das mais comuns falências de órgão em pacientes críticos e afeta cerca de 40% das admissões à UTI.⁷

Entre os pacientes hospitalizados, a LRA é uma complicação comum, entre os portadores de câncer, a incidência chega a 12% dos casos e muitas vezes, a LRA se desenvolve nas primeiras 48 horas da admissão. Um estudo dinamarquês com 37.257 pacientes com câncer apresentou 17,5% de incidência de LRA, de acordo com as definições da classificação de Rife (Risco, Lesão, Falha, Perda da função renal e doença renal em estágio terminal). Em um ambiente de terapia intensiva em hospitais oncológicos, a incidência aumenta para aproximadamente 50%, com a transição epidemiológica das últimas décadas, o câncer tornou-se objeto de vários estudos clínicos que resultaram em mais opções para o diagnóstico e tratamento da doença. Assim, houve um aumento na sobrevivência dos pacientes e o manejo das complicações da doença e os efeitos adversos do tratamento também se tornaram mais comuns.⁸

Pacientes críticos necessitam de suporte específico para preservar as funções de seus órgãos vitais, razão pela qual são tratados em unidades de terapia intensiva (UTI). A predição das futuras condições de saúde desses pacientes é crucial, e os médicos tentam prever as alterações em suas condições clínicas o mais cedo possível, com a finalidade de ajustar os tratamentos, influenciar na eventual falência de órgãos em estágio inicial e evitar resultados desfavoráveis. O cuidado de enfermagem a pacientes com IRA é um desafio constante na prática clínica, pois requer raciocínio e julgamento clínico na tomada de decisão. Para que o enfermeiro desempenhe uma assistência com qualidade e segurança, é necessário interesse profissional e incentivo da instituição para alcançar o conhecimento. Verifica-se que a incessante busca por aprender é baseada em motivações internas, externas e no empenho por adquirir novas competências essenciais no processo de cuidar.^{9,12}

A síndrome de lise tumoral é uma complicação da quimioterapia para neoplasias hematológicas, em particular, leucemias e linfomas agressivos. Para câncer hematológicos, terapias direcionadas como inibidores de pequenas

moléculas e anticorpos monoclonais, têm alta atividade antitumoral, são bem toleradas e têm baixa incidência de síndrome de lise tumoral associada.¹¹

A síndrome da lise tumoral aguda, surge de uma súbita liberação de produtos intracelulares provenientes de uma quebra maciça de células tumorais na circulação sanguínea espontânea ou secundária a radioterapia ou quimioterapia. Essa complicação é caracterizada por síndrome da lise tumoral, é uma emergência oncometabólica resultante da morte celular rápida. A síndrome da lise tumoral pode ocorrer como consequência da terapia direcionada ao tumor ou espontaneamente. Os médicos devem estratificar todos os pacientes com câncer hospitalizados e especialmente aqueles que recebem quimioterapia para o risco de síndrome de lise tumoral. Vários aspectos da prevenção incluem hidratação adequada, uso de terapias para baixar o ácido úrico, uso de ligantes de fosfato e minimização da ingestão de potássio. Paciente com alto risco para o desenvolvimento da síndrome de lise tumoral deve ser monitorados na unidade de terapia intensiva.^{11,13-18}

Frente ao contexto pesquisado e explanado, as perguntas norteadoras deste estudo é: qual a produção científica relacionada a lesão renal aguda causada pela síndrome da Lise tumoral no paciente internado em unidade de terapia intensiva? Qual o conhecimento do enfermeiro sobre tal patologia?

Neste sentido, o objetivo deste estudo foi analisar a produção científica sobre a lesão renal aguda causada pela síndrome da Lise tumoral no paciente internado em unidade de terapia intensiva, bem como o conhecimento do enfermeiro sobre tal patologia.

Método

Trata-se de uma revisão integrativa de publicações relacionadas a lesão renal aguda e à síndrome da lise tumoral em pacientes com neoplasias com maior incidência hematológica, incluindo também relatos publicados do profissional enfermeiro na unidade de terapia intensiva.¹³

Para a elaboração da revisão integrativa foram percorridas seis etapas distintas: a identificação do tema e a questão norteadora; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem; definição das informações a serem extraídos dos estudos selecionados/categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados e apresentação da revisão/ síntese do conhecimento.¹³

Para a busca dos artigos científicos pertinentes ao estudo, foram realizadas procura bibliográfica no Portal Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (Lilacs) e Scientific Eletronic Library OnLINE (Scielo).

Os descritores utilizados no estudo foram: Lesão renal aguda, Unidade de Terapia Intensiva, Síndrome da Lise Tumoral. Foram evidenciados a causa da síndrome da lise tumoral nas publicações recentes, bem como a epidemiologia e fisiologia da doença, principais pacientes oncológicos acometidos pela doença em fase de tratamento quimioterápico em internação na unidade de terapia intensiva.¹³

Resultados e Discussão

Foram encontrados 30 artigos do ano de 2008 a 2020 em relação aos aspectos relevantes a lesão renal por lise tumoral em pacientes na unidade de terapia intensiva e os relatos do profissional enfermeiro em publicações sobre esta intercorrência tão pouco relatada por este profissional. Aplicou-se os critérios de inclusão e exclusão e foram selecionados 4 artigos explanados em forma de tabela com período de tempo de 2013 a 2020.¹³

Quadro 1- Estratificação dos principais fatores de síndrome de lise tumoral, bem como a epidemiologia, fisiopatologia e terapêutica utilizada e a busca do conhecimento do profissional enfermeiro nos artigos relacionados.¹⁴⁻¹⁷

Autor	Título	Objetivo	Resultados	Conclusões
Tallo FS et al	Síndrome da Lise Tumoral: uma revisão para o clínico	Descrever, através da revisão integrativa, a Síndrome da Lise Tumoral e os aspectos atuais de seu tratamento.	Câncer Emergência metabólica Lise celular	Evidenciou a terapêutica e causa da SLT e os fatores de risco da doença. Não demonstrou e/ou citou o conhecimento do enfermeiro sobre a patologia.
Giongo SM et al	Síndrome da Lise Tumoral	Descrever o protocolo de opções terapêuticas para pacientes oncológicos com SLT.	Síndrome da lise Tumoral Tratamento Prevenção Epidemiologia Fisiopatologia	Foi explanado sobre o tratamento e a prevenção, assim como a epidemiologia da doença e fisiopatologia, não demonstrando o conhecimento da enfermagem e os cuidados por ela realizado.
Wang Y et al	Impact of daytime continuous veno-venous haemofiltration on treatment of paediatric Tumour Lysis Syndrome	Descrever a eficácia da hemofiltração veno-venosa contínua no período diurno nos tratamentos pediátricos	Terapia renal Tratamento pediátrico Lesão renal aguda	Objetivou a eficácia e os resultados da hemofiltração veno-venosa contínua diurna para o tratamento pediátrico da SLT, não citando o papel da equipe de enfermagem bem como seu conhecimento sobre a doença.
Armaly Z et al	Tumor Lysis Syndrome in chronic lymphocytic leukemia: a rare case repost from nephrology	Justificar um caso de paciente com síndrome da lise tumoral espontânea em fase inicial baixa dosagem de terapia com esteroides.	Síndrome da Lise Tumoral Leucemia linfocítica crônica Lesão renal aguda	Salientou a chance menos frequente e os relatos de casos de ocorrência do acontecimento da síndrome da lise tumoral em tumores crônicos e sólidos, não citando também o conhecimento do enfermeiro intensivista.

Os artigos que foram explanados na tabela acima demonstraram uma revisão sobre as neoplasias com maior possibilidade de ocorrência da síndrome de lise tumoral (SLT), bem como os fatores de sua apresentação clínica e investigação metabólicas. No primeiro artigo pode-se observar os critérios para diagnóstico laboratorial da síndrome da lise tumoral que é ácido úrico maior ou igual a 8mg/dL ou 25% que o valor basal, potássio maior ou igual a 6 mEq/L ou 25% que o valor basal, fosfato maior ou igual a 4,5 mg/dL em adultos, maior que 6,5 mg/dL em criança que o ou maior que a linha de base, cálcio menor ou igual 7 mg/dL ou 25% menor que o valor basal, com critérios para 3 dias antes e até 7 dias depois do tratamento. Toda anamnese deve ser realizada, pois pode haver o desaparecimento. Evidenciou também que a há maiores riscos de ocorrer a síndrome da lise tumoral clínica pacientes com arritmia cardíaca, convulsões, oligúria ou aumento de 0,3 mg/dL de creatinina.¹⁰ Pode-se notar também no primeiro artigo da tabela que há poucos estudos publicados investigando a melhor forma de monitorização. Uma diretriz propõe a seguinte forma: em pacientes de alto risco: DHL, ácido úrico, creatinina, potássio, sódio, fósforo e cálcio e cada 12h nos primeiros três dias e a cada 24 horas nos subsequentes.¹⁴ Observou-se na segunda tabela a tumoral terapêutica e a prevenção da síndrome da lise tumoral, que a suspeição e a vigilância são fundamentais nos pacientes sob risco, terapia citotóxica pode ser postergada a fim de instituir medidas profiláticas com intuito de reduzir as manifestações clínicas. A hidratação e a monitorização através do balanço hidroeletrolítica a cada seis horas é fundamental.¹⁵

No artigo terceiro foi observado a eficácia da hemofiltração veno-venosa de forma contínua no tratamento pediátrico de lise da síndrome tumoral, uma vez que esta patologia tem uma rara ocorrência neste tipo de paciente. Foram realizados observações de 08 pacientes de 5 a 14 anos recém tratados de leucemia linfoblástica aguda. Iniciou-se o tratamento de lise de síndrome tumoral com CVVH Hemofiltração veno-venosa com duração total de 8-80 horas com avaliação da produção urinária, ácido úrico, potássio, fosfato, cálcio. Avaliou-se que o cálcio voltou a níveis normais, dentre tanto a recuperação da função renal foi lenta. A produção de urina em três pacientes com anúria ou oligúria voltou ao normal em três dias após a CVVH. O número de creatinina sérica voltou ao normal em todos os pacientes após 23 dias de CVVH, o fosfato se regularizou no 5 dias de tratamento, o nível de potássio com 1 dias e hiperuricemia com 4 dias após a CVVH. Ouve a comprovação de melhora metabólica após o início do tratamento pela hemofiltração veno-venosa contínua.¹⁶

Foi descrito um relato de raro de leucemia linfocítica crônica estável que evoluiu espontaneamente para síndrome de lise tumoral após uma curta dose de esteroides. Com isso fala-se sobre a importância de fazer o diagnóstico diferencial de qualquer insuficiência renal aguda na constelação de qualquer malignidade.¹⁷

Considerações finais

A síndrome da lise tumoral é a emergência oncológica mais frequente tanto em adultos e crianças. Embora não haja definição ou critérios de diagnóstico universal aceito, a SLT é entendida como conjunto de distúrbios metabólicos que resultam grande parte de distribuição de células tumorais que pode ser espontâneo ou secundário a instauração tratamento. A lise tumoral gera

liberação maciça de conteúdo intracelular, incluindo ácidos nucleicos e eletrólitos na corrente sanguínea podem desencadear o desenvolvimento de hipercalemia.

Dentre os fatores de risco para desenvolver LRA, destacam-se as doenças clínicas preexistentes, intervenções terapêuticas, além da susceptibilidade individual que podem repercutir na função renal. Também há relação com o processo de envelhecimento, atrelado às doenças crônico-degenerativas e alterações renais morfofuncionais. O diagnóstico precoce da LRA está diretamente relacionado ao melhor prognóstico de pacientes clínicos críticos, e dentre as estratégias comumente utilizadas, tem-se a mensuração de marcadores biológicos, a partir da análise de dados laboratoriais, que sinalizam alterações agudas que interferem na função renal.

Ao partir do pressuposto de que a LRA piora o prognóstico de pacientes em UTI e que as estratégias de prevenção e tratamento precoce asseguram melhor evolução do quadro clínico, é fundamental a atuação de equipe multiprofissional especializada para minimizar complicações e iniciar precocemente o tratamento adequado a cada caso, no cenário intensivo. Ênfase deve ser atribuída à equipe de enfermagem, uma vez que se configura como os maiores provedores dos cuidados assistenciais especializados. Pode-se afirmar que o enfermeiro tem papel substancial.

A Lesão Renal Aguda (LRA) é uma doença sistêmica, multifatorial e que contribui para aumento da morbimortalidade de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). No ambiente hospitalar, é uma das complicações mais frequentes em pacientes hospitalizados, cuja prevalência oscila entre 15 e 30%, porém, nas UTI's, este valor é praticamente duplicado.¹ Estima-se que 13% dos pacientes destas unidades serão tratados com terapia de substituição renal, destes, 50 a 60% irão a óbito. Dentre os fatores de risco para desenvolver LRA, destacam-se as doenças clínicas preexistentes, intervenções terapêuticas, além da susceptibilidade individual que podem repercutir na função renal. Também há relação com o processo de envelhecimento, atrelado às doenças crônico-degenerativas e alterações renais morfofuncionais.

Apesar dos estudos atuais a busca constante pelo conhecimento do profissional enfermeiro sabe-se que a SLT é uma emergência oncológica com alta taxa de morbidade, onde a principal estratégia para melhorar a evolução de pacientes é estabelecer medidas profiláticas e o tratamento adequado com urgência. Deve existir uma análise contínua do enfermeiro, bem como de toda equipe, estratificação dos riscos e elaboração de protocolos de controles hidroeletrólíticos e laboratoriais e o cuidado direto bem realizado prestado a este perfil de paciente na unidade de terapia intensiva.

Diante da pesquisa realizada pode-se destacar como limitação do estudo que não há relatos dos enfermeiros sobre a lise da síndrome tumoral, uma vez que os relatos desta patologia são de extrema importância nas tomadas de decisões e no processo do cuidado. Sendo assim há uma necessidade de novo estudo futuro atualizado com abordagem sobre o tema.

Agradecimento

Essa pesquisa não recebeu financiamento para sua realização.

Referências

1. Benichel CR, Meneguín S. Fatores de risco para lesão renal aguda em pacientes clínicos intensivos. *Acta Paul Enferm.* 2020;33: 3-APE20190064. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0064>
2. Lima WL, Paula LB, Duarte T, Paixão T, Magro MCS. Conhecimento dos enfermeiros da atenção primária à saúde sobre fatores de risco para Lesão Renal Aguda. *Esc. Anna Nery [Internet]*. 2020 [citado 2020 Set 12]; 24(2): e20190280. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0280>
3. Nascimento RAM, Assunção MSC, Silva Junior JM, Amendola CP, Carvalho TM, Lima EQ, et al. Nurses' knowledge to identify early acute kidney injury. *Rev Esc Enferm USP.* 2016;50(3):399-404. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000400004>
4. Melo GAA, Silva RA, Aguiar LL, Medina LAC, Oliveira CVF, Melo DG, Caetano J A. Relação entre o perfil profissional de enfermeiros intensivistas e cuidados omissos na terapia por hemodiálise. *Rev.Min Enferm.* 2019; DOI: 10.5935/1415-2762.20190113. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/remme.org.br/pdf/e1265.pdf>
5. Silva CMS, Silva DDAN, Silva GGP, Santos Maia LF, Oliveira TS. Insuficiência renal aguda: principais causas e a intervenção de Enfermagem em UTI. *Ver Recien.* 2016[citado em 2018 jan. 25];6(16):48-56. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/134>
6. Silva PEBB, Mattos M. Hemodialysis complications in the intensive. *Journal of nursing.* ISS: 1981-8963;2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234781/31146>
7. Meyfroidt G. Modelos de predição clínica para lesão renal aguda na unidade de terapia intensiva: uma revisão sistêmica. *Rev. Bras. Ter. Intensiva.* 2020; 32(1):123-132. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2020000100123&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
8. Cesar BN, JUNIOR MSD. Acute kidney injury in cancer patients. *Rev. Assoc. Med. Bras.* vol.66 supl.1 São Paulo 2020 Epub Jan 13, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.66.s1.25>
9. Melo GA, Aspectos de interesse e preparo dos enfermeiros de terapia intensiva sobre injúria renal aguda. *Rev. Min. Enferm.* 2018; e-1135 DOI:105935/1415-2762.20180064. Disponível em: <http://www.rwmw.org.br/exportpdf/1273;ene1135.pdf>
10. Delgado MD, Cestari JJ, Tauret AHL, Alemanno G. Síndrome de lisis tumoral. Revisión Bibliográfica a 90 Años de su descripción. *Ver. Nefrol Dias Traspl.* 2018; 38 (2): 148-59 ISSN 0326-3428 Disponível em: <https://www.revistarenal.org.ar/index.php/rndt/article/view/315/313>
11. Lacava V, Coppolino G, Puntorieri E, Cernaro V, Lupica R, Visconti L, Buemi A, Santoro d, Buemi M. Nephro-oncology: a link in evolution. *Ren Fail.* 2015; 37(8): 1260-6.
12. Huang CV, Grandas FG, Flechet marine, Meyfroidt G. Modelos de predição clínica para lesão renal aguda na unidade de terapia intensiva: Uma revisão sistemática. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2020; 32(1): 123-32. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=p&t&pid=S0103-507X2020000100123

13. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto enferm.2008;17(4):758-64.
14. Tallo FS, Vendrame LS, Lopes RD, Lopes AC. Síndrome da lise tumoral: uma revisão para o clínico. Rev. Bras Cli Med. São Paulo, 2013; 11(2):150-4. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n2/a3569.pdf>
15. Giongo MS, Teixeira FJP, Gadonski G. Síndrome da lise tumoral: Oncologia da prevenção ao tratamento, Acta Médica Vol. 39, n.2; 2018. Disponível em: <https://editora.pucrs.br//acessolivres/periodicos/actamedica/assets/edicoes/2018-2/arquivos/pdf/41.pdf>
16. Wang Y, Lu Jing, Tao AY. Impact of daytime continuous veno-venous haemofiltration on treatment of paediatric tumour lysis syndrome, Journal of international medical reseach vol. 46 (9);2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0300060518776426>
17. Armaly Z, Elias M, Yasin R, Munir H, Jabbour AR, Artoul S, Saffouri A, Tumor lysis syndrome in chronic lymphocytic leukemia: A rare case repost from nephrology. Am J Case Rep, 2019;20: 1776-1780. Disponível em: <https://www.amjcaserep.com/abstract/index/idArt/917211>
18. Darmon M, Malak S, Guichard I, Schlemmer B. Síndrome de lise tumoral: uma revisão abrangente da literatura.Rev.Bras.Ter.Intensiva Vol.20 no.3 São Paulo July/Sept.2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/50103-507x2008000300011>

Autor de Correspondência

Camila Andrade Pereira
Rua Fabiano Pereira, 493. CEP: 29800-000.
Campo Novo. Barra de São Francisco,
Espírito Santo, Brasil.
camilaandrade16@hotmail.com

Condições de trabalho da enfermagem: uma revisão integrativa

Nursing working conditions: an integrative review

Condiciones laborales de enfermería: una revisión integradora

Gabrielle Alves da Anunciação Barreto¹, Juliana Mascarenhas Leite Oliveira², Beatriz Araújo Carneiro³, Mineia Araújo Carneiro Bastos⁴,
Gustavo Marques Porto Cardoso⁵, Wilton Nascimento Figueredo⁶

Como citar: Barreto GAA, Oliveira JML, Carneiro BA, Bastos MAC, Cardoso GMP, Figueredo WN. Condições de trabalho da enfermagem: uma revisão integrativa. REVISA. 2021; 10(1): 13-21. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n1.p13a21>

REVISA

1. Faculdade Nobre de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-1051-4518>

2. Faculdade Nobre de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-6716-4769>

3. Faculdade Nobre de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-7352-9827>

4. Faculdade Nobre de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-3600-8904>

5. Faculdade Nobre de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-0125-6492>

6. Universidade Estadual de Feira de Santana, Departamento de Saúde. Feira de Santana, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-2066-0914>

Recebido: 12/10/2020
Aprovado: 29/12/2020

RESUMO

Objetivo: descrever as condições de trabalho do enfermeiro, com ênfase na exposição a doenças ocupacionais e influência da carga horária na qualidade de vida do profissional. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa, realizada em agosto de 2020 nas bases de dados: Scientific Eletronic Libray Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências (LILACS) e PubMed. Utilizando os descritores saúde: saúde do trabalhador; qualidade de vida; riscos ocupacionais e enfermagem. **Resultados:** Foram selecionados 19 artigos, nos idiomas inglês, português e espanhol, publicados entre os anos de 2015-2020. O trabalho da enfermagem exige alto grau de atenção e responsabilidade, as condições em que esses profissionais estão inseridos os submetem a variados agentes produtores de danos à saúde. Estresse ocupacional, acidentes de trabalho, carga horária excessiva foram fatores associados à baixa da qualidade de vida desse grupo. Enfermeiros realizam suas atividades com grande pressão psicológica e desgaste físico, decorrente de condições de trabalho precárias, má organização da gestão do sistema, deficiência de equipamentos básicos e imprescindíveis ao desenvolvimento do trabalho, bem como a grande demanda de pacientes em relação à oferta de profissionais. **Conclusão:** Destaca-se a importância da criação de medidas para segurança desse grupo, através de investimentos financeiros e políticas públicas para melhorar das condições de trabalho, assim como o fortalecimento das entidades de proteção a essa classe trabalhista. **Descritores:** Condições de trabalho; Enfermagem; Doenças ocupacionais; Qualidade de vida; Saúde do trabalhador.

ABSTRACT

Objective: to describe the nurses' working conditions, with an emphasis on exposure to occupational diseases and the influence of the workload on the professional's quality of life. **Method:** This is through an integrative literature review, performed in August 2020 through research in the databases: Scientific Eletronic Libray Online (SciELO), Latin American and Caribbean Literature in Sciences (LILACS) and PubMed. Using the descriptors health: worker health; quality of life; occupational risks and nursing. **Results:** 19 articles were selected, in English, Portuguese and Spanish, published between the years 2015-2020. Nursing work requires a high degree of attention and responsibility, the conditions in which these professionals are inserted subject them to various agents that produce damage to health. Occupational stress, work accidents, excessive workload were factors associated with the low quality of life of this group. Nurses perform their activities with great psychological pressure and physical exhaustion, due to precarious working conditions, poor organization of system management, deficiency of basic and essential equipment for the development of work, as well as the great demand from patients in relation to the supply of professionals. **Conclusion:** The importance of creating measures for the safety of this group is highlighted, through financial investments and public policies to improve working conditions, as well as the strengthening of entities that protect this working class.

Descriptors: Working conditions; Nursing; Occupational diseases; Quality of life; Worker's health.

RESUMEN

Objetivo: describir las condiciones laborales del enfermero, con énfasis en la exposición a enfermedades ocupacionales y la influencia de la carga de trabajo en la calidad de vida del profesional. **Método:** Se trata de una revisión integradora realizada en agosto de 2020, mediante la investigación en las bases de datos: Scientific Eletronic Libray Online (SciELO), Literatura Latinoamericana y Caribeña en Ciencias (LILACS) y PubMed. Utilizando los descriptores salud: salud del trabajador; calidad de vida; riesgos laborales y enfermería. **Resultados:** Se seleccionaron 19 artículos, en inglés, portugués y español, publicados entre los años 2015-2020. El trabajo de enfermería requiere un alto grado de atención y responsabilidad, las condiciones en las que se insertan estos profesionales los someten a diversos agentes que producen daños a la salud. El estrés laboral, los accidentes laborales, la sobrecarga de trabajo fueron factores asociados a la baja calidad de vida de este grupo. Las enfermeras realizan sus actividades con gran presión psicológica y agotamiento físico, debido a las precarias condiciones laborales, la mala organización de la gestión del sistema, la deficiencia de los equipos básicos y esenciales para el desarrollo del trabajo, así como la gran demanda de los pacientes en relación a la oferta de profesionales. **Conclusión:** Se destaca la importancia de crear medidas para la seguridad de este colectivo, a través de inversiones financieras y políticas públicas para mejorar las condiciones laborales, así como el fortalecimiento de las entidades que protegen a esta clase trabajadora.

Descriptores: Las condiciones de trabajo; Enfermería; Enfermedades profesionales; Calidad de vida; Salud del trabajador.

Introdução

O trabalho em enfermagem pode ser influenciado por diversas questões, tais como: as relações de poder e lutas de classes e gênero. Essas direcionam o profissional para a busca de um maior posicionamento e autonomia nas suas atividades, além do reconhecimento social e profissional que, por vezes, encontra-se enfraquecido¹.

A deterioração das condições de trabalho no campo da saúde está presente em todo o serviço da enfermagem e ocorre por diversos fatores, como a falta de recursos materiais e escassez de profissionais, gerando sobrecarga em funcionários de determinados setores, além de vínculos de trabalho frágeis e salários baixos^{1,2}.

Doenças ocupacionais se apresentam como um grande inimigo no setor da saúde. Enfermeiras ao decorrer de suas atividades diárias encontram-se expostas aos mais diversos riscos biológicos, químicos, físicos e ergonômicos, tornando-se assim um grupo vulnerável para o desenvolvimento de doenças (físicas e emocionais), repercutindo tanto em sua qualidade de vida quanto na qualidade da assistência prestada³. Essas profissionais em suas condições de trabalho são encarregados de atividades com elevados níveis de responsabilidade, além de prestarem cargas horárias excessivas, levando-os a exaustão, alto nível de estresse, danos psicológicos e problemas fisiológicos^{2,4}.

O estresse ocupacional é definido como uma pressão fisiológica e psicológica causada pelo desequilíbrio entre as exigências pessoais e as condições na qual o indivíduo trabalha. Baldonado et al.⁵ em estudo sobre o estresse de enfermeiros no trabalho concluem que situações na qual o indivíduo vivencia carência de recursos necessários para as atividades encarregadas, os expõem a estresse constante, desenvolvendo prejuízos a sua saúde, evoluindo de forma lenta e progressiva para um estado de desordem no organismo. Essa situação gera quadros de exaustão, aumentando a frequência de acidentes de trabalho, visto que, más condições no serviço influenciam no desempenho das suas tarefas^{5,6}.

A iniciativa de medidas para segurança e proteção dessa equipe de enfermagem se tornam de responsabilidade em parte da instituição em que esse profissional exerce seu trabalho. Machado et al.⁷ em um estudo sobre condições de trabalho da enfermagem exhibe que apenas 40,6% dos profissionais são assistidos quando adoecem pela instituição que trabalham. Aqueles que não são (30,5%) e os que 'às vezes' (19,1%) são assistidos somam 49,6%, ou seja, quase a metade da equipe enfrenta de forma direta problemas de saúde de outras pessoas, mas não tem amparo institucional quando se trata da sua própria saúde pessoal.

Considerando o crescente interesse pelas atividades exercidas pela enfermeira e o estado de saúde desses trabalhadores, este estudo objetiva através de uma revisão integrativa da literatura, analisar as condições de trabalho da enfermagem em um contexto geral, com especificidade na exposição a doenças ocupacionais e influência da carga horária na sua qualidade de vida.

Método

Trata-se de um estudo descritivo, de caráter exploratório, desenvolvido através de uma análise crítica da literatura. A princípio, foi efetuado um levantamento bibliográfico da temática proposta, por meio de pesquisas em ambientes virtuais, nas seguintes bases de dados: *Scientific Eletronic Libray Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências (LILACS) e PubMed.

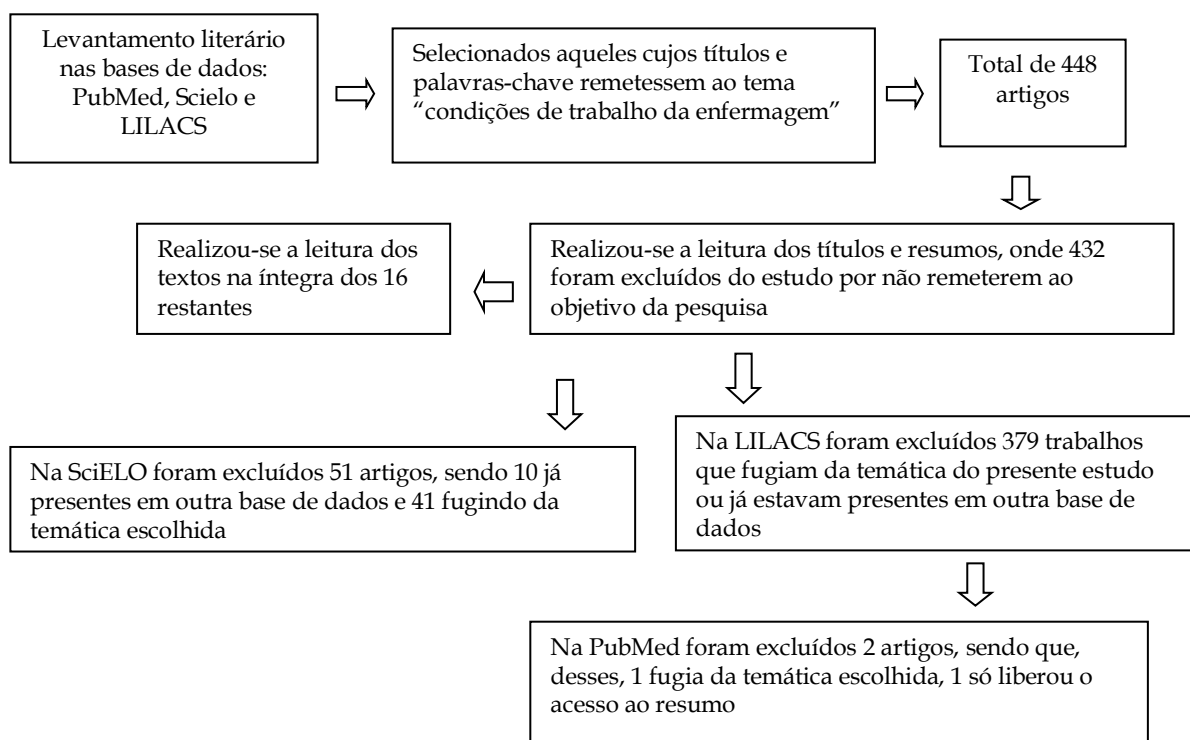
Os descritores empregados durante a revisão da literatura integrativa foram: saúde do trabalhador; qualidade de vida; riscos ocupacionais; enfermagem.

Após a seleção dos descritores, realizou-se um cruzamento na BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) com o operador booleano AND da seguinte forma: “work conditions” AND “Nursing” AND “Nursing working conditions”, onde se alcançou artigos das bases de dados, LILACS, PubMed e Scielo. Os estudos obtidos em cada base de dados foram descritos, na devida ordem, no Quadro 1 abaixo:

Quadro 1- Quantidade de artigos da amostra final por base de dados, 2020.

Bases De Dados	Cruzamento	Amostra Identificada	Excluídos	Amostra Final
SCIELO	“Nursing working conditions”	63	51	12
PUBMED	“work conditions” AND “Nursing”	3	2	1
LILACS	“work conditions” AND “Nursing”	382	379	3
TOTAL	--	448	432	16

Figura 1- Processo metodológicos da revisão, 2020.



A triagem dos artigos foi desenvolvida por um grupo de revisores, previamente calibrados, de forma que ambos tivessem acesso as mesmas referências, porém as selecionasse de forma independente.

A inclusão dos artigos seguiu critérios previamente estabelecidos, a fim de se fazer o refinamento das publicações indexadas. O levantamento literário foi constituído por uma amostra de 16 artigos publicados pelos cursos: Enfermagem e Psicologia, escolhida e caracterizada, com enfoque na área da Enfermagem. Foram selecionados artigos publicados entre os anos de 2015-2020, sendo obtidos trabalhos nos idiomas inglês, português e espanhol.

Resultados

Os dados foram levantados em agosto de 2020, tendo sido encontrados no PubMed, SciELO e LILACS, 448 estudos que versavam sobre a temática, quando utilizados os descritores selecionados pelos autores.

Realizou-se a leitura dos títulos e resumos, onde 432 foram excluídos do estudo por não remeterem ao objetivo da pesquisa, estarem duplicados nas bases de dados ou não possuírem *open access*. Na LILACS foram excluídos 379 trabalhos que fugiam da temática do presente estudo ou já estavam presentes em outra base de dados; na SciELO excluiu-se 51 artigos, sendo 10 já presentes em outra base de dados e 41 fugindo da temática e na PubMed foram excluídos 2 artigos, sendo que, desses, 1 fugia da temática escolhida, 1 não se encontrava em *open access*.

Assim a amostra do estudo foi de 16 artigos a serem analisados de forma mais aprofundada, como se pode notar no Quadro 2.

Quadro 2 - Autores, ano de publicação, objetivo e resultados dos 16 estudos selecionados, 2020.

Autores	Ano	Objetivo	Resultados
Freire SKA, Santiago EJP. ¹	2017	Conhecer a da produção científica sobre as doenças ocupacionais no Brasil em relação aos trabalhadores de enfermagem	Fatores como o estresse, as cargas horárias e as condições de trabalho influenciam na saúde das enfermeiras
Dias MO, et al. ²	2019	Discutir a repercussão das questões de gênero e socioeconômicas de trabalhadores de enfermagem no enfrentamento da precarização do trabalho de enfermagem	A predominância feminina, jornada dupla, questões sociais e culturais, desvalorização profissional, participação reduzida em espaços de luta e questões burocráticas trabalhistas foram apresentadas como justificativas para o baixo envolvimento no trabalho
Souza KHJF, et al. ³	2020	Identificar as associações entre as variáveis associadas ao trabalhador de enfermagem de um hospital psiquiátrico	Os fatores associados aos riscos de adoecimento foram: queixas de insônia, trabalho noturno e jornada de trabalho
Oliveira MM, et al. ⁴	2017	Verificar as repercussões dos riscos ocupacionais nos	A maneira como é organizado o trabalho de enfermagem a nível hospitalar bem como seu processo,

		profissionais de enfermagem que atuam em área hospitalar	são os maiores causadores de exposição a riscos ocupacionais aos trabalhadores
Baldonado M, et al. ⁵	2018	Conhecer e comparar os níveis de stress de enfermeiros espanhóis e portugueses a exercer funções em Hospitais	Os fatores mais estressantes foram a sobrecarga do trabalho e a dificuldade em lidar com a morte
Macedo ATB, et al. ⁶	2020	Verificar presença de estresse psicossocial e escores de resiliência nos profissionais da enfermagem que cuidam de adultos com germes multirresistentes	Observou-se que 69,23% (27) dos profissionais apresentaram elevado estresse psicossocial e 56,41% (22) baixa resiliência
Machado MH, et al. ⁷	2015	Analisar a situação das condições de trabalho em que a equipe de enfermagem atua, incluindo variáveis em relação às condições laborais e de relacionamento	Mais de ¼ da equipe veem seus chefes distantes, inacessíveis, quando necessitam de ajuda; elevado grau de insegurança e violência no ambiente de trabalho; poucos são assistidos, quando adoecem, pela própria instituição em que trabalham; além de desgaste profissional
Santos AP, et al. ⁸	2020	Compreender as dificuldades encontradas pela equipe de enfermagem durante o Atendimento Pré-Hospitalar	Os principais entraves para o atendimento foram a acessibilidade aos locais de atendimento, segurança da cena e a ocorrência de violência ocupacional contra os profissionais
Costa KNFM, et al. ⁹	2017	Avaliar a qualidade de vida de relacionada à saúde dos profissionais de enfermagem	Entre os oito domínios do instrumento de qualidade de vida relacionada à saúde, três resultaram comprometimento importante dos escores. Os que obtiveram menor média foram: Dor (22,4), Estado Geral de Saúde (25) e Aspectos Sociais (22,5)
RB, Silva RM, Moraes-Filho IM. ¹⁰	2017	Analisar as evidências científicas sobre as principais dificuldades que o Enfermeiro em Saúde Ocupacional enfrenta na prevenção de acidentes e no cuidado a doenças no ambiente organizacional	Existem dificuldades relacionadas ao próprio mercado de trabalho e problemas internos, envolvendo a relação entre empresas e trabalhadores, mediada pelo enfermeiro.
Oliveira CAFB, et al. ¹¹	2020	Analisar as repercussões do trabalho docente na saúde dos professores de enfermagem	Devido à pressão por alta demanda laboral e inadequadas condições de trabalho, esta atividade favorece ao adoecimento desses profissionais
Ferenc AVF, Brandão ACP, Braúna RCA. ¹²	2015	Analisar as condições de trabalho docente em uma universidade pública mineira e sua implicação para os percursos de desenvolvimento profissional	Os professores percebem os efeitos dos processos de intensificação, e de precarização do seu trabalho, devido a alta pressão e elevada carga de trabalho.

Marin J, Ribeiro CDM. ¹³	2020	Analisar a gênese e os problemas bioéticos que emergem no processo de trabalho entre equipes de uma unidade básica de saúde no Brasil	Os motivos desse problema bioético estão associados à arrecadação da gestão municipal para aumento da produção e cumprimento de metas, a falta de valorização dos trabalhadores da equipe e os esforços empreendidos por eles no trabalho por parte da gestão e estima assimétrica.
Cardoso CML et al. ¹⁴	2016	Compreender as vivências de Sofrimento Moral expressas no cotidiano da Estratégia Saúde da Família.	Questões do cotidiano do sistema de saúde levam os profissionais a vivenciar uma prática desafiadora em lidar com situações cotidianas que vão contra seus preceitos éticos e podem comprometer a qualidade do trabalho, tornando-se desencadeadores de Angústia Moral.
Worm FA, et al. ¹⁵	2016	Mapear os fatores de risco ao adoecimento relacionado ao trabalho dos profissionais de Enfermagem da Equipe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência	Os Indicadores Prazer e Sofrimento no Trabalho apontaram liberdade de expressão dos profissionais, por outro lado há falta de reconhecimento e esgotamento profissional. Para a avaliação dos danos relacionados ao trabalho destacam-se os danos físicos.
Cunha LS et al. ¹⁶	2016	Identificar o ponto de vista dos profissionais de enfermagem sobre a adaptação e improvisação de materiais no trabalho hospitalar e analisar as vantagens e desvantagens desta prática para o trabalho em saúde e enfermagem	Evidenciou-se que a prática de adaptar/improvisar e dialética, com sentimentos de sofrimento e prazer. Pois, ao mesmo tempo em que assegura o cuidado, também coloca em risco a segurança dos pacientes e dos trabalhadores

Discussão

O ambiente de trabalho em todo seu contexto abrange diversas situações que prejudicam a qualidade de vida dos funcionários que o compõem, situações essas de responsabilidade da saúde pública, como a questão da violência no cotidiano das instituições de saúde. O profissional enfermeiro nessa condição se encontra desprotegido a ataques vindo tanto da equipe em que insere como da população usuária do serviço. Em um estudo onde se obteve a percepção dos profissionais quanto ao sentimento de proteção contra a violência, somente 29%, ou seja, menos de 1/3 da equipe se sente segura no trabalho, contra 21,8% que se sentem 'às vezes' e 40,1% que não se sentem protegidos^{7,8}.

A alta carga horária devido a plantões hospitalares, troca de turnos e duplo emprego associado a baixos salários, acarreta significativamente na qualidade de vida dos enfermeiros⁹. Situações de desgastes físicos e psicológicos não deixam dúvidas quanto às condições vividas pela equipe nas instituições que atuam, uma pesquisa registrou que 65,9% desses trabalhadores consideram sua atividade desgastante, tendo como um desses fatores desencadeadores a carga horária excessiva⁷.

O ambiente de trabalho em que a enfermagem opera está de frente a diversos elementos causadores de riscos, devido a proporção de procedimentos complexos, coletivos e arriscados como em ambientes de confinamento, o que ocorre nas plataformas de petróleo offshore¹⁰. Os enfermeiros enfrentam doenças ocupacionais constantes, capazes de causar danos biopsicossociais, decorrentes de procedimentos realizados pelos mesmos, chegando a produzir variadas lesões a nível celular (queimaduras, irritações na pele e olhos, toxicidade)³.

A enfermagem atua nas mais diversas áreas da saúde, com desafios e particularidades. Em um estudo abordando as condições de trabalho e saúde na realidade de docentes da enfermagem, foi identificado que 69,2% dessas profissionais relataram a ausência de pausas para descanso e alimentação durante a jornada de trabalho, no que tange espaço para descanso na instituição 75% dos participantes relatam inexistência de local apropriado pra repouso^{7,11,12}.

Fatores considerados estressantes rodeiam a rotina desses trabalhadores, sendo produtores de potenciais agravos a condição de saúde desses indivíduos e acarretando problemas que comprometem o equilíbrio fisiológico do organismo. Dentre esses fatores, tem-se as barreiras na comunicação entre a equipe e gestão nas instituições de saúde, o despreparo de um membro atinge o outro, à vista disso, o gestor quando incapaz de desempenhar eficientemente seu papel seja pela falta de experiência, conhecimento ou relações falsas de poder autoritárias, geram sobrecarga de trabalho e pressão psicológica em toda equipe^{13,14}. Um estudo recente revelou o adoecimento da enfermagem como um tema grave que atinge mais da metade dos participantes envolvidos, seus dados apontam que 56,1% declararam ter precisado de atendimento médico nos primeiros 12 meses de serviço⁷.

Worm¹⁵ em sua pesquisa sobre o risco de adoecimento dos profissionais de enfermagem no trabalho em atendimento móvel de urgência, obteve uma avaliação positiva quando relata as condições de trabalho nesse setor, tendo como fatores protagonistas a qualidade dos materiais e ambiente onde esse grupo trabalha, além de boa disponibilização de equipamentos e materiais para realização de suas atividades propostas. O estudo ainda conclui que a desorganização e acomodação profissional é o que gera insatisfação e frustração no trabalho, acarretando um saldo negativo no desempenho do trabalho realizado e na qualidade da assistência.

Quando o ambiente e materiais são precários ocorre uma maior exposição a riscos e sofrimento nos enfermeiros, por não poderem aplicar os conhecimentos e técnicas seguras os limitando na sua própria área. Entra-se muitas vezes o imprevisto nas atividades executadas, onde são exigidos rápida resolução dos problemas aumentando ainda mais a pressão psicológica dos trabalhadores, essa capacidade adaptativa apesar de incrementar maior criatividade na tarefa, possui maior carga negativa por configurar-se em práticas perigosas para uma profissão que mesmo quando atuada corretamente já possui grandes riscos¹⁶.

Conclusão

No decorrer da pesquisa se observou que os artigos tinham temáticas que muitas vezes se corroboravam. Essas temáticas abrangiam as condições de trabalho dessa classe, exposição a doenças ocupacionais na enfermagem, e

diversas outros causadores de prejuízos à saúde do trabalhador como cargas horárias excessivas, estresse ocupacional e acidentes de trabalho, o que faz com que seja essencial aplicar medidas que amenizem esses danos. Podendo se ampliar desde investimentos nas condições de trabalho desses profissionais como adequar as demandas com maior número de enfermeiros. Desde a preocupação em ofertar práticas integrativas em saúde para os mesmos no ambiente de trabalho e incentivo a uma alimentação saudável e a prática de atividades físicas.

Outro ponto a se destacar é o fortalecimento das relações de entidades que protegem essa classe, o desenvolvimento de ações de educação em serviço que sejam capazes de diminuir os riscos de exposição e garantir a qualidade de vida no trabalho, estimulando maior autonomia para os enfermeiros.

Agradecimento

Essa pesquisa não recebeu financiamento para sua realização.

Referências

- 1.Dias MO et al. Percepção das lideranças de enfermagem sobre a luta contra a precarização das condições de trabalho. Rev. esc. enferm. USP São Paulo, v.53, e03492, 2019.
- 2.Freire AKS, Santiago EJP. Doenças ocupacionais nos trabalhadores de enfermagem e educação em saúde: revisão integrativa. Rev. Saúde e desenvolvimento, 11(6):202-218, 2017.
- 3.Souza KHJF, et al. Fatores associados aos riscos de adoecimento da equipe de enfermagem no trabalho em instituição psiquiátrica. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 28, 2020.
- 4.Oliveira, MM, et al. Riscos ocupacionais e suas repercussões nos profissionais de enfermagem no âmbito hospitalar. Revista Enfermagem Contemporânea, v. 6, n. 2, p. 129-138, 2017.
- 5.Baldonado M, et al. Stress at work among nurses: a comparative study Spain/Portugal. International Journal on Working Conditions, Porto – PT, Jun; (15):67-80, 2018.
- 6.Macedo ATB, et al. Estresse psicossocial e resiliência: um estudo em profissionais da enfermagem. Revista de Enfermagem da UFSM. Santa Maria: UFSM, Vol. 10, n. 25, p. 1-17, 2020.
- 7.Machado MH et al. Condições de trabalho da enfermagem. Rev. Enferm. Foco, 6(1/4):79-90, 2015.
- 8.Santos AP, et al. Dificuldades encontradas pela equipe de enfermagem no atendimento pré-hospitalar. Revista Eletrônica Acervo Saúde, n. 51, 2020.
- 9.Costa KNFM, et al. Qualidade de vida relacionada à saúde dos profissionais de enfermagem. Rev enferm UFPE on line., Recife, v. 11, n. 2, 2017.
- 10.Almeida RB, Silva RM, Moraes-Filho IM. As dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro do trabalho na prevenção de acidentes e doenças ocupacionais – revisão de literatura. Rev. Cient. Sena Aires, Valparaíso – Go, v. 6,n. 1,p.59-71, 2017.
- 11.Oliveira CAFB, et al. Configurações do mundo do trabalho e o processo saúde-doença dos trabalhadores docentes de enfermagem. Revista Enfermagem UERJ, v. 28, p. 33123, 2020.
- 12.Ferenc AVF, Brandão ACP, Braúna RCA. Condições de trabalho docente em uma universidade pública. Rev.Eletrônica Pesquiseduca, Santos – Sp, Jul.; 7(14):358-384, 2015.

13. Marin J, Ribeiro CDM. Problemas bioéticos na prática interequipes em uma unidade de Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Revista Latinoamericana de Bioética*, v. 20, n. 1, p. 67-77, 2020.
14. Cardoso CML et al. Moral Distress in Family Health Strategy: experiences expressed by daily life. *Rev. Esc. Enferm. USP São Paulo*, Jun.; 50(spe):89-95, 2016.
15. Worm FA, et al. Risco de adoecimento dos profissionais de enfermagem no trabalho em atendimento móvel de urgência. *Revista Cuidarte, Bucaramanga - CO*, v.7, n.2, p.1288-1296, 2016.
16. Cunha LS et al. O trabalho hospitalar da enfermagem: dialética presente na prática de adaptar e improvisar. *Rev enferm UERJ Rio de Janeiro*, v. 24, n. 5, e18835, 2016.

Autor de Correspondência

Gustavo Marques Porto Cardoso.
Rua D, 177, Conjunto Morada do Sol.
CEP: 44.008-440. Calumbi. Feira de
Santana, Bahia, Brasil.
gugampc@hotmail.com

Os benefícios do pré-natal masculino para a consolidação do trinômio mãe-pai-filho: uma revisão integrativa

The benefits of male prenatal for the consolidation of the mother-father-son trinomial: an integrative review

Los beneficios del prenatal masculino para la consolidación del trinomio madre-padre-hijo: una revisión integrativa

Gabriel da Silva Lopes¹, Thais Vilela de Sousa², Dnise de Araujo Freitas³, Francidalma Soares Sousa Carvalho Filha⁴, Erika Silva de Sá⁵,
Andréia Coelho de Vasconcelos⁶, Wemerson Passos⁷, Iel Marciano de Moraes Filho⁸

Como citar: Lopes GS, Sousa TV, Freitas DA, Carvalho-Filha FSS, Sá ES, Vasconcelos AC, et al. Os benefícios do pré-natal masculino para a consolidação do trinômio mãe-pai-filho: uma revisão integrativa. REVISA. 2021; 10(1): 22-38. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n1.p22a38>

REVISA

1. Universidade Paulista, Campus Brasília, Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-1146-0574>
2. Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Goiás, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-7498-516X>
3. Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Goiás, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-9120-1128>
4. Universidade Estadual do Maranhão, Balsas, Maranhão, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-5197-4671>
5. Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo, Goiânia, Goiás, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-3026-6091>
6. Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Goiás, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-7310-4976>
7. Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Goiás, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-0332-7845>
8. Universidade Paulista, Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-0798-3949>

Recebido: 12/10/2020
Aprovado: 19/12/2020

RESUMO

Objetivo: Evidenciar, por meio de revisão de literatura, a importância do envolvimento paterno no decorrer do ciclo gravídico-puerperal, no favorecimento do trinômio mãe-pai-filho. **Método:** Trata-se de revisão integrativa da literatura, realizada em outubro de 2020, nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde, Portal de Periódicos Capes e o Scielo, com recorte temporal de 20 anos em que 24 artigos foram analisados. **Resultados:** Observou-se predomínio de estudos com abordagem qualitativa (n=24) 100%, em periódicos nacionais (n=23) 95,83%, seu nível de evidência muito baixo, segundo método Grade (n=24) 100%, se concentraram em periódicos da área de enfermagem (n=16) 66,66% e na base de dados BVS (n=21) 87,50%. **Conclusão:** A inclusão durante as consultas de pré-natal, além de promover da saúde, previne e facilita diagnósticos de enfermidades e fortalecimento de vínculos que, por sua vez, possibilitam um melhor desenvolvimento fetal e um acompanhamento de saúde do casal durante todo o ciclo gravídico-puerperal, a partir da inserção precoce dos pais no trinômio mãe-pai-filho. **Descritores:** Relações Pai-Filho; Pré-natal; Parto humanizado.

ABSTRACT

Objective: to highlight, through a literature review, the importance of paternal involvement during the pregnancy-puerperal cycle, in favor of the mother-father-son trinomial. **Method:** This is an integrative literature review conducted in October 2020 in the databases Virtual Library in Health, Portal de Periódicos Capes and Scielo with a 20-year time frame in which 24 articles were analyzed. **Results:** There was a predominance of studies with a qualitative approach (n = 24) 100%, in national journals (n = 23) 95.83%, their level of evidence very low according to the Grade method (n = 24) 100%, if concentrated in nursing journals (n = 16) 66.66% and in the VHL database (n = 21) 87.50%. **Conclusion:** inclusion during prenatal consultations, in addition to promoting health, prevents and facilitates diagnoses of illnesses and strengthens bonds, which, in turn, enable better fetal development and health monitoring of the couple throughout the pregnancy cycle -puerperal, from the early insertion of parents in the mother-father-son trinomial.

Descriptors: Parent-Child Relations; Prenatal; Humanizing delivery.

RESUMEN

Objetivo: Resaltar, a través de una revisión de la literatura, la importancia del involucramiento paterno durante el ciclo embarazo-puerperal, en favor del trinomio Madre-Padre-Hijo. **Método:** Se trata de una revisión integradora de la literatura, realizada en octubre de 2020, en las bases de datos Biblioteca Virtual en Salud, Portal de Periódicos Capes y Scielo, con un plazo de 20 años en el que se analizaron 24 artículos. **Resultados:** Predominó los estudios con enfoque cualitativo (n = 24) 100%, en revistas nacionales (n = 23) 95,83%, su nivel de evidencia muy bajo, según el método Grade (n = 24) 100%, si concentrado en revistas de enfermería (n = 16) 66,66% y en la base de datos BVS (n = 21) 87,50%. **Conclusión:** La inclusión durante las consultas prenatales, además de promover la salud, previene y facilita el diagnóstico de enfermedades y fortalece lazos que, a su vez, permiten un mejor desarrollo fetal y seguimiento de la salud de la pareja durante todo el ciclo del embarazo -puerperal, desde la inserción temprana de los padres en el trinomio madre-padre-hijo. **Descriptores:** Relaciones entre padres e hijos; Prenatal; Nacimiento humanizado.

Introdução

A autonomia corporal é instituída como um direito humano, da qual a pessoa tem liberdade sobre o seu corpo, e isso significa que a decisão de ter ou não filhos é da esfera privada de uma mulher ou de um casal. No entanto, quando a mulher está grávida, sua autonomia fica relativizada, devido a existência de outro ser, o nascituro, que também tem seus direitos assegurados pela constituição.¹

Assim, é imprescindível uma assistência de qualidade a estas gestantes, que se exprime no pré-natal, por meio de ações efetivas e oportunas no sentido de evitar problemas inesperados, garantindo um parto e nascimento saudáveis, além de assegurar a saúde materna, paterna, fetal e do neonato¹. Destaca-se que, o principal objetivo da atenção ao pré-natal é acolhê-los desde o início da gravidez - que se caracteriza em um período de mudança físicas e emocionais que cada gestante vivencia de forma singular e essas transformações podem gerar dúvidas, medos, angústias ou uma curiosidade em saber o que vai acontecer no interior de seu corpo.²

Nesse contexto, o pré-natal é operacionalizado através de consultas que serão realizadas tanto por médicos quanto por enfermeiros, cuja gestante é encaminhada após gerar o número de abertura do Sistema de Acompanhamento da Gestante (SISPRENATAL) a realizar imunizações, exames e ecografias. O ideal é que se inicie nos primeiros três meses de gestação e com recomendações de no mínimo seis consultas de pré-natal durante toda a gravidez.³

Durante o acompanhamento do pré-natal o envolvimento consciente e ativo do pai/parceiro, se torna um fator preditor para a ruptura de concepções abarcadas historicamente de que, a paternidade só parece existir quando a criança nasce ou quando está mais crescida. Assim, a gravidez também é um assunto de homem e estimular a participação do pai/parceiro durante todo esse processo pode ser fundamental para o bem-estar biopsicossocial da mãe, do bebê e dele próprio, sendo o pré-natal o momento oportuno e propício para isso.⁴

Nos primórdios, o parto era visto como um evento essencialmente feminino, o que favoreceu uma exclusão do pai/companheiro. Com a luta para a implementação de práticas mais humanizadas e vivências naturais do parto, percebeu-se que a participação masculina/pai poderia ser positiva, durante o período de gestação, na qual a presença do companheiro é um fator preditor que favorece o fortalecimento de vínculos familiares, proporcionando ao pai o reconhecimento de seu papel perante a gestante, ademais de propiciar sentimentos de importância e realização.⁵⁻⁶

Destarte, os cuidados com os bebês começam quando a gravidez é confirmada. A partir daí, a mulher e seu parceiro terão acesso às consultas de pré-natal, das quais irão receber orientações necessárias ao acompanhamento da gestação. Em 2005, foi instituída a Lei Federal nº 11.108, que garante o direito de um acompanhante de livre escolha para a mulher durante o período gravídico-puerperal, com isso, a Lei do Acompanhante pode contribuir positivamente para inserção dos homens nas consultas de pré-natal e consolidar de acordo com o Ministério da Saúde (MS), a mudança crucial do paradigma - do binômio mãe-criança para o trinômio mãe- pai-criança.⁴

Em continuidade, em 2018, o MS institucionalizou o Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais da Saúde, objetivando abordar e contextualizar a importância do envolvimento consciente e ativo de homens adolescentes, jovens adultos e idosos em todas as ações voltadas ao planejamento reprodutivo e, ao mesmo tempo, contribuir para a ampliação e a melhoria do acesso e acolhimento desta população aos serviços de saúde, com enfoque na Atenção Básica. E trouxe o pré-natal do parceiro que se propõe a ser uma das principais portas de entrada aos serviços ofertados pela Atenção Básica em saúde à população masculina, ao ressaltar ações orientadas à prevenção, à promoção, ao autocuidado e à adoção de estilos de vida mais saudáveis. Deve-se ressaltar que essas atitudes não serão positivas apenas para as crianças e mulheres, mas especialmente para os homens, por aproximá-los da arena do afeto e do cuidado.^{4,7}

Semelhantemente com as normatizações, uma terceira etapa de uma pesquisa nacional relacionada a Saúde do Homem, Paternidade e Cuidado, realizada pelo Ministério da Saúde, com 26.965 participantes, foi aclarado que 72,25% dos pais ou cuidadores entrevistados participaram das consultas de pré-natal com suas parceiras no país. Desse total, foi verificado também que 80,71% (21.763) afirmaram que esse envolvimento os motivou a cuidar melhor da sua saúde. E esses dados também demonstram que a paternidade é a principal via de acesso do homem na unidade de saúde para que ele também se cuide.⁴

Assim, a discussão nesta área tem se certificado sobre os benefícios da permanência paterna durante o processo de concepção. Além disso, a presença paterna durante o trabalho de parto, acompanhando todo o processo e apoiando a parturiente constantemente, tem consequências positivas no desenovelar do nascimento do bebê, proporcionando melhorias significativas na construção do vínculo paterno, estimulando a mulher no momento de parturição e diminuição de intercorrências neonatais.⁵

Logo, a sua presença deverá ser enfatizada durante as práticas assistências para preparar o casal para a hora do parto, fortalecendo a percepção de que a gestação, parto/nascimento e o puerpério são eventos carregados de sentimentos profundos, momentos de crises construtivas e com forte potencial positivo para estimulação e formação de vínculos importantes, podendo provocar transformações pessoais positivas, incentivando mudanças com a parceira que irão melhorar no decorrer dessa gestação.^{8,3}

Destaca-se que para pais de primeira viagem, tantas revelações podem se mostrar como fatores que podem os levar a ter sentimentos de estresse, pressão, ocasionado dificuldades de enfretamento para tais situações, mas é de fundamental importância que eles se preparem para viver esse processo com tranquilidade, e lembrar que tudo valerá a pena pelo seu sucessor.⁵

Dessa forma, o objetivo do estudo é evidenciar, por meio de revisão de literatura, a importância do envolvimento paterno no decorrer do ciclo gravídico-puerperal, no favorecimento do trinômio mãe-pai-filho. Este trabalho destacará a inclusão paterna durante o ciclo gravídico-puerperal, contextualizando a importância do acompanhamento do pai durante esse ciclo e evidenciando o ingresso da população masculina aos serviços de saúde por meio do pré-natal.

Método

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura científica. A revisão integrativa é um estudo que se dá a partir da análise de pesquisas relevantes de fontes secundárias através de levantamento bibliográfico que reúne conhecimentos sobre o fenômeno a ser investigado. Constitui uma técnica de pesquisa com rigor metodológico, criteriosa e conscienciosa, que aumenta a credibilidade e a profundidade de conclusões que podem contribuir para reflexão sobre a realização de futuros estudos, dessa forma, contribuindo também para tomada de decisão que busque melhorar as evidências recentes.⁹

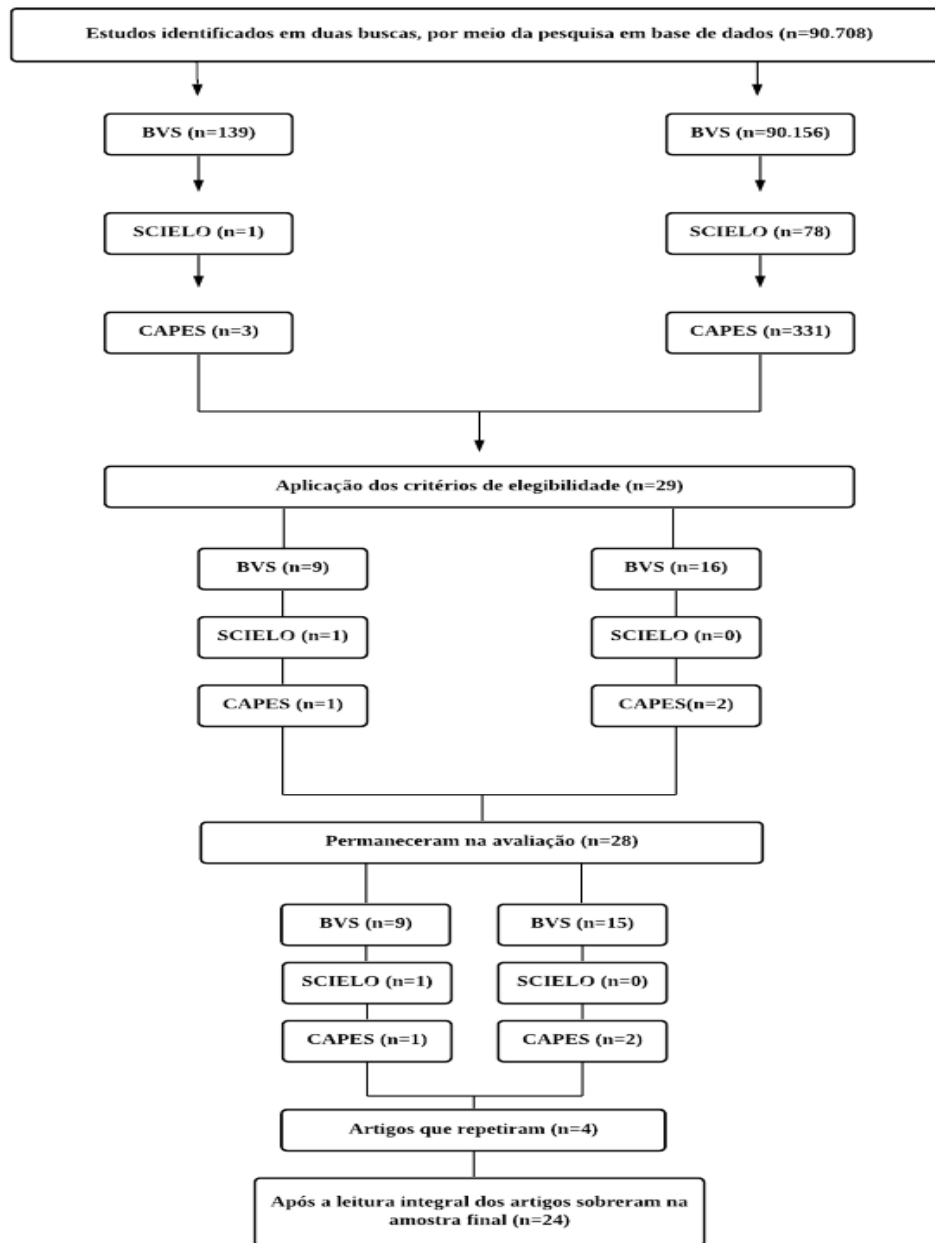
Neste estudo, optou-se por pesquisar em bases de dados de ampla divulgação científica no meio nacional, sendo utilizadas a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), o Portal de Periódicos Capes e o Scielo (Scientific Electronic Library Online). Na busca digital dos artigos científicos indexados nas bases de dados supracitadas, utilizaram-se os seguintes Descritores em Ciência da Saúde (DeCS): “Relações Pai-Filho”, e “Pré-natal”, além do descritor não controlado pré-natal masculino, combinados pelo operador booleano “AND” como demonstrado no quadro abaixo.

Quadro 1 – Estratégia de busca nas bases de dados. Brasil, 2020.

Base	Estratégia de busca	Resultados	Filtrados	Selecionados	Repetição
BVS	relações pai-filho AND pré-natal AND (fulltext:("1") AND la:("pt"))	139	9	9	3
	pré-natal masculino AND (fulltext:("1") AND la:("pt"))	90156	16	15	0
Scielo	Relações Pai-Filho and pré-natal	1	1	1	1
	Pré-natal masculino	78	0	0	0
Portal de periódicos CAPES -	Relações Pai-Filho and pré-natal	3	1	1	0
	Pré-natal masculino	331	2	2	0
Total		90.708	29	24	4

A coleta de dados foi realizada no mês de outubro de 2020. Foram aplicados como filtros dentro das bases e como critérios de elegibilidade o idioma (textos publicados em português), período de publicação (entre 2000 a 2020) e sua disponibilidade integral (disponível online integralmente) e foram excluídas revisões de literatura, dissertações, teses e editoriais. Após a seleção de títulos e resumos, prosseguiram para leitura na íntegra, estudos que responderam e atenderam o objetivo da pesquisa. Na comparação dos resultados encontrados nas buscas entre as bases de dados, houve repetição entre as bases de dados BVS com três artigos e um artigo entre BVS e SCIELO, sendo então excluídos quatro artigos. Este processo está explicitado no fluxograma abaixo.

Figura 1. Fluxograma referente às buscas nas bases de dados. Brasil, 2020.



Após a leitura completa dos artigos, vinte e quatro compuseram a amostra final de pesquisa incluídas nesta revisão. Desses estudos foram extraídas informações para composição do quadro sinóptico como autores, título, ano de publicação, base, periódico de publicação, nível de evidência segundo o método Grade¹⁰, método, e o envolvimento do pai/ parceiro no ciclo gravídico-puerperal.

Os estudos ainda foram categorizados e apresentados por temas centrais: Os benefícios dos direitos do acompanhante em relação ao trinômio mãe-pai-filho; Pré-natal Masculino um fator preditor para o ingresso do homem ao serviço de saúde; Participação do pai durante o ciclo gravídico puerperal; Envolvimento do pai no aleitamento materno.

Resultados

No Quadro 2 observa-se predomínio de estudos com abordagem qualitativa (n=24) 100%, em periódicos nacionais (n=23) 95,83%, seu nível de evidência muito baixo segundo método Grade (n=24) 100%, se concentraram em periódicos da área de enfermagem (n=16) 66,66% e na base de dados BVS (n=21) 87,50%.

Quadro 2. Quadro Sinóptico da amostra final segundo autores, título, ano de publicação, base de dados, periódico de publicação, nível de evidência segundo o método Grade, método e o envolvimento do pai/companheiro no ciclo gravídico puerperal (n=24). Brasil, 2020.

Autores	Título	Ano*	Base	Periódico	Nível Evidência	Método	Envolvimento do Pai/ Companheiro no Ciclo Gravídico Puerperal
Carvalho MLM	Participação dos pais no nascimento em maternidades públicas: dificuldades institucionais e motivações dos casais	2003	BVS	Cadernos de Saúde Pública	Muito Baixo	Qualitativo do tipo etnográfico	Envolvimento do pai/companheiro nos cuidados com as crianças, sua participação no nascimento e formação do vínculo pai-bebê.
Brito RS, Enders BC, Soares VG	Lactação materna: a contribuição do pai	2005	BVS	Revista Baiana de Enfermagem	Muito Baixo	Qualitativo descritivo	Envolvimento do pai/companheiro na contribuição do aleitamento materno.
Piazzalunga CRC, Lamounier JA	O contexto atual do pai na amamentação: uma abordagem qualitativa	2011	BVS	Revista Médica de Minas Gerais	Muito Baixo	Qualitativo do tipo método dialético	Contribuição e envolvimento do pai/companheiro no durante a amamentação.
Francisco BS, et al	Percepções dos pais sobre suas vivências como acompanhantes durante o parto e nascimento	2015	BVS	Revista Mineira de Enfermagem	Muito Baixo	Qualitativo descritivo	Envolvimento do pai/companheiro acerca da sua vivência durante o processo de nascimento do filho.
Melo RM, Angelo BHB, Pontes CM, Brito RS	Conhecimento de homens sobre o trabalho de parto e nascimento	2015	BVS	Escola Anna Nery Revista de Enfermagem	Muito Baixo	Qualitativo descritivo	Analisar a percepção do pai/companheiro quanto a sua presença na sala de parto, de modo a favorecer um parto tranquilo para ambos.
Rêgo RMV, Souza AMA, Rocha TNA, Alves MDS	Paternidade e amamentação: mediação da enfermeira	2016	BVS	<u>Acta Paulista de Enfermagem</u>	Muito Baixo	Qualitativo do tipo pesquisa-ação	Envolvimento do pai/companheiro na contribuição para o sucesso da amamentação e na prestação de cuidados ao recém-nascido.

Gabriel MR, Poli RG, Dall' Agnol LF, Tudge J, Piccinini CA	Envolvimento paterno aos 24 meses de vida da criança	2017	Periódico s CAPES	Psicologia: Teoria e Pesquisa	Muito Baixo	Qualitativo descritivo	Envolvimento do pai/ companheiro nos cuidados com as crianças, sua participação na vida do filho e formação do vínculo pai-criança.
Lima JP, Cazola LHO, Pícoli RP	A participação do pai no processo de amamentação	2017	BVS	Cogitare Enfermagem	Muito Baixo	Qualitativo descritivo	Envolvimento do pai/ companheiro no processo de amamentação.
Henz GS, Medeiros CRG, Salvadori M	A inclusão paterna durante o pré-natal	2017	BVS	Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde	Muito Baixo	Qualitativo descritivo	Participação do pai/ companheiro durante o período pré-natal e os cuidados com bebê desde o período gestacional.
Silva RDM, et al.	Inserção do pai nas maternidades municipais do Recife: opinião dos técnicos e auxiliar de enfermagem	2017	BVS	Revista de Enfermagem em foco	Muito Baixo	Quantitativo descritivo	Envolvimento do pai/ companheiro como acompanhante no processo parturitivo.
Santos JA, Santos DFC, Rennò GM, Bitencourt AC, Alves GE	Percepção do acompanhante quanto ao seu acolhimento durante o parto	2018	BVS	Revista de Enfermagem UFPE	Muito Baixo	Qualitativo descritivo	Percepção do acompanhante quanto ao seu acolhimento durante o trabalho de parto e o parto.
Cardoso VEPS, et al	A participação do parceiro na rotina pré-natal sob a perspectiva da mulher gestante	2018	BVS	Cuidado é Fundamental Online	Muito Baixo	Qualitativo descritivo	Envolvimento do pai/companheiro na participação na rotina pré-natal.
Braide ASG, et al	Sou homem e pai sim! (Re)construindo a identidade masculina a partir da participação no parto	2018	Periódico s CAPES	A Revista Pan-Americana de Saúde Pública	Muito Baixo	Qualitativo do tipo etnográfico	Compreender como as experiências da participação ativa do homem no pré-natal e no parto influenciam a resignificação das identidades masculinas.
Quitete JB, Monteiro JAMB	A Participação do pai no parto domiciliar planejado: um ato significativo para a mulher	2018	BVS	Revista de enfermagem da UERJ	Muito Baixo	Qualitativo descritivo	Envolvimento do pai/ companheiro na participação durante o trabalho de parto, favorecendo o desenvolvimento do trabalho de parto e diminuir as intervenções obstétricas.
Cavalcant MAA, Tsunechiro MA	O comportamento paterno na consulta pré-natal	2018	BVS	Revista Paulista de Enfermagem	Muito Baixo	Qualitativo descritivo	Envolvimento do pai/companheiro na consulta de pré-natal.

Ribeiro JF, et al.	Percepção do pai sobre a sua presença durante o processo parturitivo	2018	BVS	Revista de enfermagem UFPE	Muito Baixo	Qualitativo descritivo	Envolvimento do pai/companheiro no processo parturitivo.
Holanda SM, Castro RCMB, Aquino PS, Pinheiro AKB, Lopes LG, Martins ES.	Influência da participação do companheiro no pré-natal: satisfação das primíparas quanto ao apoio no parto	2018	SCIELO	Texto e Contexto Enfermagem	Muito Baixo	Quantitativo correlacional	Envolvimento do pai/companheiro no apoio durante a gestação, acompanhamento pré-natal e no trabalho de parto.
Anjos AM, Gouveia HG	Presença do acompanhante durante o processo de parturição e nascimento: análise da prática	2019	BVS	Revista de Enfermagem da UERJ	Muito Baixo	Quantitativo transversal	Envolvimento do acompanhante no processo de parturição.
Medeiros RMS, et al.	Pré-natal masculino: desafios na prática de enfermagem na atenção básica à saúde	2019	Periódicos CAPES	Revista de divulgação científica Senna Aires	Muito Baixo	Qualitativo descritivo	Implementação do pré-natal masculino (Saúde do homem).
Climaco LCC, Vilela ABA, Boery EN, Yarid SD	Pré-natal masculino: um relato de experiência no contexto da educação em saúde	2020	BVS	Revista de Enfermagem em foco	Muito Baixo	Qualitativo descritivo	Envolvimento do pai/companheiro no pré-natal na perspectiva de educação em saúde para promover a saúde e o autocuidado.
Mello MG, Parauta TC, Saldanha BL, Lemos A	Participação do pai jovem no acompanhamento do pré-natal: a visão do profissional de saúde	2020	BVS	Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental	Muito Baixo	Qualitativo do tipo documental	Paternidade na adolescência; identificar ações direcionadas ao jovem pai no pré-natal.
Souza MAR, Wall ML, Tuler ACM, Souza SRRK	Pré-natal com facilitador na participação do acompanhante no processo de trabalho de parto e parto	2020	BVS	Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental	Muito Baixo	Qualitativo descritivo	Envolvimento do acompanhante durante o pré-natal.
Couto PLS, Gomes AMT, Vilela ABA, Pereira SSC, França LCM, Nogueira VPF	A presença do genitor no pré-natal: um estudo de representações sociais com gestantes	2020	BVS	Revista de Enfermagem da UERJ	Muito Baixo	Qualitativo descritivo	Envolvimento do pai/companheiro durante o pré-natal, analisando sua presença durante esse processo.
Almeida DCS, Donaduzzi DS da S, Fettermann FA, Cortes LF, Sehnem GD.	Potencialidades e fragilidades relacionadas à participação do pai/parceiro no pré-natal na percepção de enfermeiras	2020	Periódicos CAPES	Research, Society and Development	Muito Baixo	Qualitativo do tipo descritivo e exploratório.	Envolvimento do pai/parceiro durante o pré-natal, percepção de enfermeiras da Atenção Primária à Saúde.

Discussão

Os benefícios dos direitos do acompanhante em relação ao trinômio mãe-pai-filho

Com a alteração da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, garantindo as parturientes a presença de um acompanhante (qualquer pessoa de sua escolha) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em hospitais públicos, e conveniados (pela Portaria nº 2418/GM em conformidade com a Lei nº 11.108 de 07 de abril de 2005 do MS), durante o processo parturitivo, parto e pós-parto imediato, assim houve a legalização do favorecimento a relação mãe, filho e acompanhante, estimulando a estruturação e formação familiar, que contribui positivamente para a inserção dos homens nas consultas de pré-natal, e assim, consolidar a mudança crucial do paradigma do binômio mãe-criança para o trinômio mãe-pai-filho.¹¹⁻¹⁴

A presença de um acompanhante escolhido pela parturiente durante o processo de parto contribui significativamente para a prestação de apoio, revelando sua importância e contribuição para facilitar e tornar o momento mais agradável e saudável à mulher, proporcionando, bem-estar físico e oferecendo conforto e encorajamento, do qual ela realmente necessita, o que permitirá a redução de sentimentos de solidão, ansiedade, e logo, dos níveis de estresse que podem ser ocasionados pela vulnerabilidade, proporcionando uma boa evolução dos períodos clínicos do parto. Dessarte, o pai da criança nesse momento oportuno poderá criar laços e vínculos maiores com o recém-nascido, já que acompanhará todo o processo de parturição, podendo inclusive, engajar-se de forma mais positiva nos cuidados com o recém-nascido.^{13,15-17}

Portanto, como essa revisão pode constatar, a presença do pai/acompanhante no parto é objeto de várias pesquisas, por tratar-se de uma tecnologia não invasiva para vários desfechos positivos. De acordo com o estudo feito por Anjos e Gouveia (2019)¹⁶ na Unidade de Internação Obstétrica em hospital universitário do sul do Brasil com 586 puérperas, as mulheres que contaram com a presença de um acompanhante relataram ter tido uma experiência mais satisfatória, além de constatar-se um menor índice de utilização de analgesia e uma tendência para parto vaginal curto e espontâneo.¹⁶

Entretanto, mesmo diante do esforço dos órgãos federados em viabilizar a garantia de tais direitos à parturiente, ao companheiro e à família, muitas vezes, o homem ou a pessoa escolhida por ela, é impedida de permanecer ao seu lado de acordo com a coleta de informações de estudo desenvolvido em um Hospital Universitário do município de Santa Cruz, localizado no Rio Grande do Norte com 12 homens. Isto ocorre devido ao fato de algumas instituições hospitalares ainda adotarem o modelo de saúde centrado na medicina e não nas necessidades do usuário.¹⁸

Ainda nesse íterim, no que tange aos motivos da não-participação dos companheiros no trabalho de parto e pós-parto, os estudos destacaram como fatores dificultosos: impedimentos para presença dos pais e dificuldade de se afastarem do trabalho para acompanharem o nascimento da criança. Em contrapartida, em pesquisa realizada em duas unidades da Estratégia de Saúde da Família de um município do interior de Mato Grosso com 11 gestantes, outro

fator que chamou a atenção foi o fato de que algumas mulheres preferem estar desacompanhadas durante os atendimentos, observando-se que elas consideram que a assistência do pré-natal é um espaço destinado exclusivamente às mulheres, e dessa forma, tomam para si, somente, o processo gestação.¹⁹⁻²¹

Além disso, uma investigação ocorrida em maternidade pública no Rio de Janeiro, com 11 pais, notou-se que a maioria demonstra medo e despreparo para lidar com a situação. Mas mesmo assim, os pais manifestaram uma adaptação ao trabalho de parto da parceira, prestando solidariedade e o desejo de auxiliar a mulher, determinando a aprendizagem e o suporte emocional à gestante.¹⁹

Por conseguinte, faz-se necessário investimentos na implementação das boas práticas, baseadas em evidências científicas, em serviços que atendem em todo processo gravídico puerperal, o que resultará em uma formação profissional com visões humanísticas, na melhoria do acolhimento, das informações repassadas, infraestrutura adequada para atender a demanda das maternidades e avaliação de modelos assistenciais, oportunizando condutas que ressaltem o protagonismo da mulher e visando o apoio contínuo não somente à ela durante o parto e nascimento mas ao trinômio mãe-pai-filho.^{12,15,18}

Pré-natal masculino: um fator preditor para o ingresso do homem ao serviço de saúde

A saúde masculina vem sendo debatida no meio científico devido à grande propagação dos dados epidemiológicos e à criação de políticas públicas voltadas para essa população. Nesse cenário, o pré-natal masculino é uma estratégia que objetiva a valorização dos modelos masculinos por meio do acolhimento, capacidade de escuta hábil e possibilidade de inserção dos homens nos serviços de saúde.²³

Dessa forma, ao considerar os diversos agravos que acometem a população masculina e que pouco frequenta os serviços de saúde, o MS, através da Portaria GM/MS nº 1944, criou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), que tem como finalidade promover ações de saúde que contribuam positivamente para a compreensão da realidade do universo masculino.²³

Sob essa ótica, a proposta da estratégia do pré-natal masculino surge integrando a PNAISH e aborda que o pré-natal masculino deve ver a gestação como um fenômeno que vai além da concepção, por isso, necessita de ações que envolvam o homem desde o planejamento familiar e anticoncepção até o pós-parto, no qual a participação masculina no pré-natal amplia os cuidados à saúde, tanto para mulher, como para a sua própria saúde, em especial, no que diz respeito às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's).²³⁻²⁵

Esse convite para participação do pai no pré-natal deve acontecer após a confirmação da gravidez em consulta médica ou de enfermagem, na qual se inicia a participação do pai/parceiro nas rotinas de acompanhamento da gestante, que vão incentivar a sua participação nas atividades educativas e informará que poderá sanar as dúvidas e se preparar adequadamente para exercer o seu papel durante a gestação, parto e pós-parto. Além de explicar sobre a importância da realização de exames e da vacinação como a medida mais eficaz para a prevenção de doenças imunopreveníveis, cujo pai/parceiro, durante o acompanhamento do

período gestacional, deve atualizar o seu Cartão de Vacinação e buscar participar do processo de vacinação de toda família e não somente da gestante e do bebê.⁴

No que se diz respeito aos exames e procedimentos, para incluir o pai/parceiro na promoção da sua própria saúde, prevenção e diagnósticos de enfermidades, o Ministério da Saúde em 2018, sugeriu que os seguintes exames devam ser solicitados para os companheiros: Tipagem sanguínea e Fator RH (no caso da mulher ter RH negativo); Pesquisa de antígeno de superfície do vírus da Hepatite B (HBsAg); Teste treponêmico e/ou não treponêmico para detecção de sífilis por meio de tecnologia convencional ou rápida; Pesquisa de anticorpos anti-HIV; Pesquisa de anticorpos do vírus da hepatite C (anti-HCV); Hemograma; Lipidograma: dosagem de colesterol HDL, dosagem de colesterol LDL, dosagem de colesterol total, dosagem de triglicerídeos; Dosagem de glicose; Eletroforese da hemoglobina (para detecção da doença falciforme); Aferição de pressão arterial; Verificação de peso e cálculo de índice de massa corporal. Dessa maneira, através desses exames e de oportunizar este momento em que o homem se dirige ao serviço de saúde, contribui-se consequentemente, para o processo de promoção da saúde, da prevenção e do tratamento, viabilizando a melhoria das práticas de saúde paterna, o que também irá incentivar a companheira no caminhar da rotina de pré-natal.⁴

Destaca-se que esses procedimentos e exames devem ser solicitados respeitando os protocolos estabelecidos pelo MS na estratégia de pré-natal do parceiro. E caso seja detectada alguma alteração em algum desses exames, o paciente deve ser referenciado para o tratamento dentro da rede do Sistema Único de Saúde, logo, o mesmo procedimento deve ser adotado caso o profissional verifique a necessidade de outros exames.⁴

Assim, mediante a implementação desta estratégia, contribuições expressivas estão sendo apontadas no Brasil e em outros países do mundo e têm sido identificadas como preditoras na adesão dos pais ao pré-natal tais como: a educação em saúde e as estratégias de prevenção de agravos mediante ao acesso aos exames e à avaliação realizada por profissionais de saúde, juntamente ao controle de infecções.²⁴

Desse modo, o pré-natal masculino vem se exibindo como um meio de incentivo à participação do homem no serviço de saúde, deve ser implantação no serviço de Atenção Primária à Saúde, considerando que a educação em saúde se caracteriza como um importante mecanismo de fortalecimento da atuação do profissional que favorece e estimula à saúde e ao autocuidado.²³

Participação do pai durante o ciclo gravídico puerperal

A gestação é um momento de transição para a parentalidade e exige dos futuros pais uma série de mudanças e adaptações, tanto em nível psicológico quanto biológico e serve como preparação para os novos papéis que terão que assumir. Porém, é preciso compreender que o ato de gestar, não é tarefa exclusiva da mulher enquanto mãe, mas do casal. Portanto, o acolhimento precoce do parceiro facilitará o desenvolvimento do sentimento de paternidade e isto contribuirá para que a vinculação ao filho ocorra o mais brevemente possível.²⁰

No entanto, um estudo²⁶ realizado a respeito das visões dos enfermeiros/as e médicos/as sobre a paternidade na adolescência, em duas unidades da ESF localizadas na zona sul do município do Rio de Janeiro,

realizado com cinco enfermeiras e três médicas, constatou que mesmo sendo conhecido que a inserção do companheiro na assistência ao pré-natal seja fundamental para um bom desenvolvimento deste processo, o pai jovem ainda não é incluído nas consultas. Apesar do estudo ter uma amostra muito pequena, ele traz uma riqueza nos depoimentos reunidos, em que se observa a necessidade da intervenção dos profissionais de saúde, buscando novas práticas voltadas para a inserção dos pais adolescentes nos serviços de saúde, proporcionando uma reformulação da consulta de pré-natal e tornando-a mais participativa.²⁶

Acredita-se que a participação do pai/companheiro durante a assistência no período gravídico puerperal promova uma maior interação, visto que, o homem/pai pode vir a estabelecer vínculos afetivos e sentir-se pai, antes da chegada do novo ser. No momento em que o pai tem o reconhecimento da gravidez familiar, ele passa a se sentir incluso neste ciclo “gravídico”, adquirindo uma nova percepção de cuidado e de ser cuidador.^{27,19}

Não obstante, pesquisas evidenciam que a presença do pai pode favorecer o suporte emocional à companheira entendendo que as reponsabilidades com o filho são de ambos e devem ser divididas. Por conseguinte, para permitir uma vivência mais segura à mulher é importante partilhar esse momento junto de sua companheira. No Brasil, o MS afirma que a presença do pai/parceiro durante o pré-natal, parto e puerpério é uma oferta de apoio à puérpera durante esses períodos, possibilita tranquilidade e segurança e contribui para o sucesso de desfechos maternos e neonatais.^{5,27}

A presença do pai traz uma mistura de sentimentos não só para o homem, mas principalmente para a mulher que se sente mais segura e preparada para esse momento especial, além de estimular a criação de vínculo marido-esposa, pai-filho. A participação do pai/parceiro oferece apoio emocional, auxiliando a mulher a suportar melhor as dores e a tensão do parto, a presença de uma pessoa de sua confiança ao seu lado faz com que estas se sintam mais satisfeitas, confiantes e felizes.²⁸⁻²⁹

Nesse âmbito, o companheiro da mulher pode ser considerado o acompanhante ideal no processo de parturição, devido ao desenvolvimento do acompanhamento desde o pré-natal até o parto, no qual ele estaria validando sua paternidade e valorizando o seu papel. Nota-se os benefícios da sua companhia durante o processo de parturição que se afirmam em: fatores positivos na construção do vínculo paterno, estímulo/apoio à mulher no momento da parturição, diminuição de intercorrências neonatais e nas conquistas de experiências as quais serão memoráveis e marcantes na vida do casal.^{18,30}

Em vista disso, uma pesquisa realizada com 27 pais acerca do envolvimento paterno aos 24 meses de vida da criança, na região metropolitana de Porto Alegre, observou que os pais estavam envolvidos ao interagirem com as crianças, bem como estando disponíveis e sendo responsáveis por elas. Além disso, os resultados indicam que os pais se envolviam com seus filhos de diferentes formas e com frequências variadas, mas a sua participação ainda era percebida como menor do que a da mãe. Nesse sentido, os achados do estudo podem ser empregados para embasar intervenções junto às famílias, em ações voltadas para a promoção de um maior envolvimento paterno na vida do filho, o que trará contribuições não só para o filho como para a própria experiência da paternidade.³¹

Desse modo, o homem passa a assumir uma postura mais igualitária em relação à sua companheira, além de adquirir maior consciência sobre a sua importância no ambiente familiar corroborando de maneira positiva no desfecho do nascimento do bebê e na criação de seu filho.^{18,30}

Envolvimento do pai no Aleitamento Materno

O aleitamento materno (AM) é o modo de alimentação mais antigo e efetivo para a espécie humana. A influência desse alimento na saúde da criança é de suma importância, sendo apontado como a maneira mais apropriada para o desenvolvimento saudável dos lactentes e o único alimento eficaz em atender adequadamente todas as necessidades fisiológicas das crianças menores de seis meses. Logo, é imprescindível enfatizar que a participação do pai durante o aleitamento natural se torna um dos principais elementos de apoio à mãe, contribuindo para a efetivação do ato de amamentar.³²⁻³³

O envolvimento paterno na amamentação, nos primeiros 10 dias após o parto, é de extrema importância para que haja continuidade do AM, devido às dificuldades que habitualmente podem ocorrer na amamentação. É fundamental que se forme um elo entre mãe-pai-bebê desde a gestação para esta prática, assim, a presença mais ativa do pai na fase de preparação para a maternidade pode encorajar a mãe a amamentar por mais tempo e dessa forma, a aprovação do pai para a amamentação é um fator primordial para o sucesso do aleitamento.³³

Nesse contexto, no que se trata da concepção e participação do pai/parceiro no AM, um estudo realizado em cinco unidades de saúde da Secretaria Municipal de Saúde, do Distrito Sanitário Oeste do município de Natal, Rio Grande do Norte, com uma amostragem de 50 pais que coabitavam com suas parceiras, evidenciou que só 46% dos entrevistados compreende a importância do aleitamento materno. Nessa amostra analisada, os participantes foram unânimes em reconhecer que o AM é importante para a criança e 84% dos participantes referem-se ter atitudes de incentivar e encorajar as nutrizes. Ainda como resultados desse estudo, os participantes relataram auxiliar as mães, principalmente, nos primeiros três meses de vida do filho e justificaram que nesse período a mulher apresenta impossibilidade físicas, dor nos seios e falta de experiência.^{32,34}

Por consequência, a contribuição do pai no processo de amamentação natural é de extrema importância e deve ocorrer com ações e atitudes que permeiam o cuidar do filho e da companheira, auxiliar nos afazeres domésticos, sobretudo nos primeiros seis meses de vida da criança como uma forma de dedicação à companheira durante a lactação. Como resultado, a inserção e contribuição do companheiro durante este período favorecem para o sucesso na manutenção do AM exclusivo e mais prolongado.^{33,31}

O estudo traz limitações devido à falta de publicações, especialmente a partir de 2016 a respeito do pré-natal masculino. Além disso, a inconstância exígua das informações a respeito do Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde, o nível de evidência de toda amostra ser muito baixo e de estudos de abordagem qualitativa que retratam apenas uma perspectiva pontual do fenômeno e a pouca discussão sobre a temática transcorrida. Entretanto, o estudo proporcionou uma importante reflexão a respeito da inserção pai/parceiro no pré-natal o que reflete na necessidade de haver a ruptura de

paradigma e preceitos antigos de que a figura masculina não deve ocupar esse espaço.

Conclusão

A partir do momento em que há a comprovação da gravidez, se inicia a assistência ao pré-natal e a atuação e percepções dos profissionais nessa área devem ser voltadas ao trinômio mãe-pai-filho, viabilizando a melhoria das práticas de saúde paternas, que irão incentivar a companheira no caminhar da rotina de pré-natal e influenciarão em fatores positivos na construção do vínculo paterno.

Cabe ressaltar a importância do pai/parceiro durante todo o desenrolar da gravidez até o aleitamento materno e crescimento e desenvolvimento da criança, trazendo benefícios em relação ao bem-estar físico, além de oferecer conforto e encorajamento à mãe, o que permitirá a redução de sentimentos de solidão, ansiedade, dos níveis de estresse que podem ser ocasionados pela vulnerabilidade, assim proporcionando uma boa evolução dos períodos clínicos do parto, estimulando e apoiando a mulher no momento da parturição e promovendo a diminuição de intercorrências neonatais e propiciando conquistas de experiências as quais serão memoráveis e marcantes na vida do casal.

Logo, a participação do homem no pré-natal amplia os cuidados à saúde, auxiliando a mulher a suportar melhor as dores e a tensão do parto. A presença de uma pessoa de sua confiança ao seu lado faz com que elas se sintam mais satisfeitas, confiantes e felizes. Dessa forma, os pais desenvolverão conhecimento sobre o seu papel em relação à paternidade em ações voltadas à sua inclusão durante as consultas de pré-natal ademais da promoção da saúde, prevenção e diagnósticos de enfermidades e fortalecimento de vínculos que, por sua vez, possibilitam um melhor desenvolvimento fetal e um acompanhamento de saúde do casal durante todo o ciclo gravídico-puerperal, sendo também o pré-natal da mulher visto como uma oportunidade para inserção e motivação do universo masculino na prática do autocuidado, por conseguinte, podendo enfatizar ainda mais a importância da inserção precoce dos pais no trinômio mãe-pai-filho.

Agradecimento

Essa pesquisa não recebeu financiamento para sua realização.

Referências

1. Carvalho-Filha FSS, Viana LMM, Moraes-Filho IMM, Santos JC, Vilanova JM. Percepção dos profissionais de saúde acerca da diferença entre autonomia corporal e gravidez. REvisa. 2018; 7(1): 38-47. Disponível em: <http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/302>
2. Brasil, Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde. Assistência Pré-natal, manual técnico. Brasília (DF); 2000. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf
3. Brasil, Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Caderneta da Gestante. Brasília (DF); 2018. Disponível em:

<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/agosto/31/Cadernet-a-da-Gestante-2018.pdf>

4. Brasil, Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Guia do Pré-natal do parceiro para Profissionais de Saúde. Brasília (DF); 2018. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pre_natal_parceiro_profissionais_saude.pdf
5. Holanda SM, Castro RCMB, Aquin PS, Pinheiro AKB, Lopes LG, Martins ES. Influência da Participação do Companheiro no Pré-natal: Satisfação de Primíparas quanto ao apoio no parto. Texto Contexto Enfermagem. 2018; 27(2):02-10. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180003800016>
6. Oliveira SC, Ferreira JG, Silva PMP, Ferreira JM, Seabra RA, Fernando VCN. A participação do homem/pai no acompanhamento da assistência pré-natal. Cogitare Enfermagem. 2019; 14(1):73-78. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v14i1.14118>
7. Rockefeller K, Macken LC, Craig A. Trying to Do What Is Best A Qualitative Study of Maternal-Infant Bonding and Neonatal Abstinence Syndrome. Advances in Neonatal Care. 2019;19(5):3-15. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/ANC.0000000000000616>
8. Ferreira TN, Almeida DR, Brito HM, Cabral JF, Marin HÁ, Campos FMC et al. A importância da participação paterna durante o pré-natal: percepção da gestante e do pai no município de Cáceres – MT. Rev. Eletrônica Gestão e Saúde. 2014; 5(2):337-345. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/432/415>
9. Karina DS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto enferm. 2008; 17 (4): 758-764. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.
10. Brasil, Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas: Sistema GRADE - Manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde. Brasília (DF); 2014.
11. Francisco BS, Souza BS, Vitória ML, Zampieri MFM, Gregório VRP. Percepções dos pais sobre suas vivências como acompanhantes durante o parto e nascimento. Rev. Min. Enferm. 2015; 19(3): 567-575. Doi: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20150044>
12. Santos JA, Santos DFC, Rennó GM, Bitencourt AC, Alves GE. Percepção do acompanhante quanto ao seu acolhimento durante o parto. Rev. Enferm. UFPE online. 2018; 12(10):2535-45. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i10a235934p2535-2545-2018>
13. Souza MAR, Wall ML, Tuler ACM, Souza SRRK. Pré-natal como facilitador na participação do acompanhante no processo de trabalho de parto e parto. Rev. Fun. Care Online. 2020; 12:197-202. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7201>.
14. Quitete JB, Monteiro JAMB. A participação do pai no parto domiciliar planejado: um ato significativo para a mulher. Rev. enferm. UERJ. 2018; 26:e18682. Doi: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2018.18682>
15. Silva RDM, Lima LSV, Aquino DMF, Silva LXL, Silva AB, et al. Inserção do pai nas maternidades municipais do Recife: opinião dos técnicos e auxiliares de

- enfermagem. *Enferm. Foco*. 2017; 8 (4): 54-58. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-33675>
16. Anjos AM, Gouveia HG. Presença do acompanhante durante o processo de parturição e nascimento: análise da prática. *Rev. Enferm. UERJ*. 2019; 27:e38686. Doi: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2019.38686>
17. Ribeiro JF, Sousa YE, Luz VLES, Coelho DMM, Feitosa VC, Cavalcante MFA, et al. Percepção do pai sobre a sua presença durante o processo parturitivo. *Rev. Enferm. UFPE*. 2018; 12(6):1586-1592. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-981983>
18. Melo RM, Angelo BHB, Pontes CM, Brito RS. Conhecimento de homens sobre o trabalho de parto e nascimento. *Esc. Anna Nery* 2015;19(3):454-459 DOI: 10.5935/1414-8145.20150060
19. Carvalho MLM. Participação dos pais no nascimento em maternidades públicas: dificuldades institucionais e motivações dos casais. *Cad. Saúde Pública*. 2003; 19(2):389-398. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000800020>
20. Cardoso VEPS, Junior AJS, Bonatti AF, et al. A participação do parceiro na rotina pré-natal sob a perspectiva da mulher gestante. *Rev. Fund. Care Online*. 2018; 10(3):856-862. Doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.856-862>
21. Silva MMJ, Cardoso EP, Calheiros CAP, Rodrigues EOMA, Leite EPRC, Rocha LCD. O envolvimento paterno na gestação sob o olhar de gênero. *Rev. Enferm. UFPE online*. 2013; 7(5):1376-81. DOI: <https://doi.org/10.5205/reuol.3960-31424-1-SM.0705201316>
22. Climaco LCC, Vilela ABA, Boery EN, Yarid SD. Pré-natal masculino: um relato de experiência no contexto da educação em saúde. *Enferm. Foco (Brasília)* 2020; 11(2):198 – 203. Disponível em: Doi: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n2.2222>
23. Medeiros RMS, Coutinho SPM, Maia AMCS, Sousa AR, Oliveira MT, Rosário CR et al. Pré-natal masculino: desafios na prática de enfermagem na atenção básica a saúde. *Revista*. 2019; 8(4):394-405. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v8.n4.p394a405>
24. Braide ASG, Brilhante AV, Arruda CN, Mendonça FAC, Caldas JMP, et al. Sou homem e pai sim! (Re)construindo a identidade masculina a partir da participação no parto. *Rev. Panam. Salud. Publica*. 2018;42:e190. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.190>
25. MG, Parauta TC, Saldanha BL, Bridi AC, Lemos A. Participação do pai jovem no acompanhamento do pré-natal: a visão do profissional de saúde. *Rev Fun Care Online*. 2020 jan/dez; 12:94-99. Doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7068>.
26. Couto PLS, Gomes AMT, Vilela ABA, Pereira SSC, França LCM, Nogueira VPF. A presença do genitor no pré-natal: um estudo de representações sociais com gestantes. *Rev. Enferm. UERJ*. 2020; 28:e43407. Doi: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.43407>
27. Piazzalunga CRC, Lamounier JA. O contexto atual do pai na amamentação: uma abordagem qualitativa. *Rev. Med. Minas Gerais*. 2011; 21(2):133-141. Disponível em: http://www.clinicaventura.com.br/arquivos/central/3256751cde_19b16c0e92a9425ba1fd37.pdf

28. Cavalcant MAA, Tsunehiro MA. O comportamento paterno na consulta de pré-natal. Rev. Paul. Enferm. 2018;29(1-2-3):39-46. Disponível em: <http://repen.com.br/revista/wp-content/uploads/2018/11/O-comportamento-paterno-na-consulta-pr%C3%A9-natal.pdf>
29. Henz GS, Medeiros CRG, Salvadori M. A inclusão paterna durante o pré-natal. Rev. Enferm. Atenção Saúde. 2017; 6(1):52-66. Doi: <https://doi.org/10.18554/reas.v6i1.2053>
30. Gabriel MR, Polli RG, Dall'Agnol LF, Tudge J, Piccinini CA. Envolvimento Paterno aos 24 meses de Vida da Criança. Psic. Teor. e Pesq. 2017; 33(1): 1-10. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e33410>
31. Brito RS, Enders BC, Soares VG. Lactação materna: a contribuição do pai. Rev. Baian. Enferm. 2005 20(1,2,3): 105-112. Doi: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v19i1.3895>
32. Lima JP, Cazola LHO, Pícoli RP. A participação do pai no processo de amamentação. Cogitare Enferm. 2017; 1(22): e47846 Doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i1.47846>
33. Rêgo RMV, Souza AMA, Rocha TNA, Alves MDS. Paternidade e amamentação: mediação da enfermeira. Acta. Paul. Enferm. 2016; 29(4):374-80. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600052>
34. Almeida DCS, Donaduzzi DS da S, Fettermann FA, Cortes LF, Sehnem GD. Potentialities and weaknesses related to the participation of the father/partner in prenatal care in the perception of nurses. RSD. 2020Jun.29;9(8): e183985434. Doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i8.5434>

Autor de Correspondência

Iel Marciano de Moraes Filho
Universidade Paulista, Departamento de Enfermagem.
Quadra 913, Bloco B - Asa Sul. CEP: 70390-130. Brasília,
Distrito Federal, Brasil.
ielfilho@yahoo.com.br

Planejamento reprodutivo e os fatores limitantes para participação masculina: uma revisão integrativa

Reproductive planning and the limiting factors for male participation: an integrative review

La planificación reproductiva y los factores limitantes de la participación masculina: una revisión integradora

Fabiola Barbosa Cardoso¹, Jones Sidnei Barbosa de Oliveira², Ivana Santos Pinto³, Rodrigo Duarte dos Santos⁴, Cleuma Sueli Santos Suto⁵

Como citar: Cardoso FB, Oliveira JSB, Pinto IS, Santos RD, Suto CSS. Planejamento reprodutivo e os fatores limitantes para participação masculina: uma revisão integrativa. REVisa. 2021; 10(1): 39-50. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n1.p39a50>

REVisa

1. Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública. Salvador, Bahia, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-8700-1094>

2. Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-1170-2652>

3. Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública. Salvador, Bahia, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0003-0312-2962>

4. Universidade Federal do Vale do São Francisco. Petrolina, Pernambuco, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0003-4156-8527>

5. Universidade do Estado da Bahia. Senhor do Bonfim, Bahia, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-6427-5535>

Recebido: 10/10/2020
Aprovado: 22/12/2020

RESUMO

Objetivo: identificar o que tem sido retratado na literatura acerca da participação dos homens no planejamento reprodutivo e os fatores intervenientes a inserção masculina nos serviços de saúde. **Método:** trata-se de uma revisão integrativa, realizada no período de setembro de 2018, com artigos científicos completos nas bases de dados SciELO, BVS e BDENF, publicados em português (nacionais e internacionais), no período de dez anos (2008-2018). Foram analisados 10 artigos, no qual, 100% destes apresentam uma abordagem qualitativa, com maior parcela publicada no ano de 2014 (50%) e realizada no Brasil (90%). **Resultados:** evidenciou-se que as questões de gênero e masculinidade estiveram mais associadas as principais dificuldades para a participação e inserção dos homens no PR, como a persistência de uma desigualdade de papéis sociais entre o homem e a mulher, historicamente construída por uma cultura patriarcal, no qual, a mulher é tida como a única responsável pelos cuidados de reprodução e dos filhos. **Conclusão:** para uma maior adesão masculina ao PR, é necessário que os serviços se tornem mais apropriados para homens, como já acontece em algumas regiões brasileiras com a flexibilização de horários das unidades, além de capacitar os profissionais para trazer os homens para junto das equipes de saúde, incentivando a desmistificação dos preconceitos, com a finalidade de contribuir para uma participação mais efetiva.

Descritores: Planejamento Reprodutivo; Saúde do Homem; Relações de Gênero.

ABSTRACT

Objective: to identify what is portrayed in the literature about the participation of men in reproductive planning and the factors involved in male insertion in health services. **Method:** this is an integrative review, carried out in the period of September 2018, with complete scientific articles in the SciELO, BVS and BDENF databases, published in Portuguese (national and international), in the period of ten years (2008-2018). 10 articles were analyzed, in which 100% of them have a qualitative approach, most of them published in 2014 (50%) and carried out in Brazil (90%). **Results:** it became evident that gender and masculinity issues were more associated with the main difficulties for the participation and insertion of men in public relations, such as the persistence of an inequality of social roles between men and women, historically built by a culture. patriarchal, in which the woman is considered solely responsible for the care of reproduction and children. **Conclusion:** for greater male adherence to PR, services need to be more suitable for men, as is already the case in some Brazilian regions with the flexibility of the units' schedules, in addition to training professionals to bring men to the teams. health, promoting the demystification of prejudices, in order to contribute to a more effective participation.

Descriptors: Reproductive planning; Men's health; Gender relations.

RESUMEN

Objetivo: identificar lo retratado en la literatura sobre la participación de los hombres en la planificación reproductiva y los factores involucrados en la inserción masculina en los servicios de salud. **Método:** se trata de una revisión integradora, realizada en el período de septiembre de 2018, con artículos científicos completos en las bases de datos SciELO, BVS y BDENF, publicados en portugués (nacional e internacional), en el período de diez años (2008-2018). Se analizaron 10 artículos, en los cuales el 100% de ellos tienen un enfoque cualitativo, la mayoría publicados en 2014 (50%) y realizados en Brasil (90%). **Resultados:** se evidenció que las cuestiones de género y masculinidad estaban más asociadas a las principales dificultades para la participación e inserción de los hombres en las relaciones públicas, como la persistencia de una desigualdad de roles sociales entre hombres y mujeres, históricamente construida por una cultura. patriarcal, en el que la mujer es considerada la única responsable del cuidado de la reproducción y los hijos. **Conclusión:** para una mayor adherencia masculina a la RP, los servicios deben ser más adecuados para los hombres, como ya ocurre en algunas regiones brasileñas con la flexibilidad de los horarios de las unidades, además de capacitar a los profesionales para traer hombres a los equipos. salud, promoviendo la desmitificación de los prejuicios, para contribuir a una participación más efectiva.

Descriptores: Planificación reproductiva; Salud de los hombres; Relaciones de género.

Introdução

Os direitos sexuais e reprodutivos são reconhecidos como Direitos Humanos básicos, presentes em documentos nacionais e internacionais. Dentre esses documentos destaca-se a Constituição Federal de 1988, que sobre os direitos reprodutivos, determina que o Planejamento Familiar (PF) deve ser de livre decisão do casal, sendo de responsabilidade do Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.¹

Nos termos da Lei 9.263 de 12 de janeiro 1986 o PF é definido como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.²

Historicamente, o PF esteve basicamente associado ao controle de natalidade, no qual, se priorizavam a distribuição de métodos contraceptivos para controlar o número de filhos por famílias, utilizando-se do critério econômico na definição da quantidade da prole.³ Entretanto, nos tempos atuais, essa concepção puramente econômica foi modificada, pois abrange também a possibilidade do desenvolvimento de capacidades como decidir sobre o próprio corpo e sexualidade, principalmente para a mulher, além de poder ampliar as formas dos indivíduos pensarem, planejarem, sentirem e viverem o ato de ter filhos.⁴

Outra mudança ocorrida, diz respeito à alteração do termo “Planejamento Familiar” para “Planejamento Reprodutivo”, tendo em vista que o direito à regulação da própria fecundidade é um direito de cada pessoa, homem ou mulher, e nem sempre as decisões reprodutivas se dão em um contexto conjugal.⁵ Assim, entende-se para esta pesquisa que o termo mais apropriado a ser utilizado é Planejamento Reprodutivo (PR).

No Brasil apesar de o PR ser de responsabilidade de todos os níveis de atenção em saúde, este serviço é desenvolvido principalmente na Atenção Básica (AB) através da Estratégia de Saúde da Família (ESF).⁶ Uma vez que esta é uma estratégia que trabalha com diretrizes de definição de território adscrito, ações intersetoriais, de promoção, prevenção e atenção à saúde, propiciando relações de vínculo, afetividade e confiança entre usuários e profissionais que garante assim a continuidade, resolutividade e longitudinalidade do cuidado.¹

Desta forma, é papel da AB oferecer ações educativas individuais ao casal e em grupo, além de acesso a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade que não comprometam a vida e a saúde das pessoas. Isso assegura direitos iguais para a mulher, para o homem ou para o casal, num contexto de escolha livre e informada.¹ Nesse contexto, os principais profissionais de saúde envolvidos no PR, são médicos e enfermeiros que atuam atendendo a comunidade e realizando atividades importantes como aconselhamento, atividades educativas, atividades clínicas e acompanhamento dos indivíduos.⁷

Apesar de muitos documentos teóricos/legais destacarem a importância da participação masculina no PR, a maioria dos estudos científicos mostram um superior protagonismo das mulheres nesses serviços, e uma carência da presença dos homens no mesmo cenário.

Esta carência pode ser explicada por alguns motivos, como a resistência masculina na busca dos serviços de saúde, principalmente no que tange as medidas de prevenção primária. Muitos agravos poderiam ser evitados caso os homens utilizassem com maior frequência os serviços da AB, como o fato de que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres.⁸

Outro motivo para o afastamento dos homens ao acesso aos serviços de saúde é o fato de que estes usuários pouco valorizam as ações de cuidado de si e do adoecimento.⁹ Corroborando com essa ideia, a clientela masculina percebe o cuidado à saúde como algo que não é peculiar à masculinidade. Os autores explicam que desde os primórdios a formação da masculinidade foi conduzida por um processo cultura patriarcal onde o homem é visto como supremo e invulnerável.¹⁰

Além das variáveis culturais citadas anteriormente como barreiras ao acesso dos homens no sistema de saúde, é reconhecido que os serviços, políticas e estratégias de comunicação ainda privilegiam as ações de saúde para a criança, o adolescente, a mulher e o idoso em detrimento à população masculina.⁸ Desse modo, os homens necessitam de políticas de atenção à saúde mais significativas e específicas para o reconhecimento de suas condições socioculturais.¹¹

É assim que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem surge em 2008 com intuito de promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos⁸. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, trabalha através de 5 eixos temáticos com o objetivo geral de ampliar o acesso da população masculina adulta que são: 1. Acesso e Acolhimento, 2. Saúde Sexual e Reprodutiva, 3. Paternidade e Cuidado, 4. Doenças Prevalentes na População Masculina e 5. Prevenção de Violências e Acidentes (12).

No que concerne o eixo temático da Saúde Sexual e Reprodutiva, o documento destaca a importância da busca de sensibilizar gestores, profissionais de saúde e a população em geral para reconhecer os homens como sujeitos de direitos sexuais e reprodutivos, os envolvendo nas ações voltadas a esse fim e, implementando estratégias para aproximá-los a esta questão.¹²

A participação masculina no PR desempenha impacto positivo na diminuição das desigualdades de gênero, permitindo que homens e mulheres compartilhem experiências, escolhas, responsabilidades, e consequentemente, tenham a possibilidade de exercer os mesmos direitos.¹³

Apesar dessa e outras vantagens, poucos são os estudos publicados que permitem analisar com mais critério os aspectos relacionados à participação masculina no PR, justificando assim, a construção desse trabalho. À vista disso, entendendo o homem como sujeito indispensável para construção ativa do processo saúde-doença, esta pesquisa tem como objetivo identificar o que tem sido retratado na literatura em língua portuguesa acerca da participação dos homens no PR, tornando possível conhecer melhor os fatores associados à inserção masculina nesse serviço.

Método

Pesquisa do tipo revisão integrativa. O termo “integrativa” tem origem na integração de opiniões, conceitos ou ideias provenientes das pesquisas utilizadas no método.¹⁴ Este é um tipo de metodologia que viabiliza a capacidade de sistematização do conhecimento científico de forma que o pesquisador tem a possibilidade de se aproximar da problemática que deseja apreciar, traçando um panorama sobre sua produção científica para conhecer a evolução do tema ao longo do tempo e, com isso, visualiza possíveis oportunidades de pesquisa.¹⁵

Este método de revisões tem uma abordagem mais ampla, pois permite a inclusão de diversos tipos de estudos para uma compreensão mais vasta do fenômeno analisado.¹⁶ A coleta dos dados foi realizada a partir de uma busca nas bases de dados Scientific Eletronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF). A SciELO e o BVS são considerados uma das principais bases de pesquisa na área da saúde, assim como a BDENF que é especializada na área de enfermagem. Essas bases de dados permitem a facilidade de encontrar pesquisas em português.

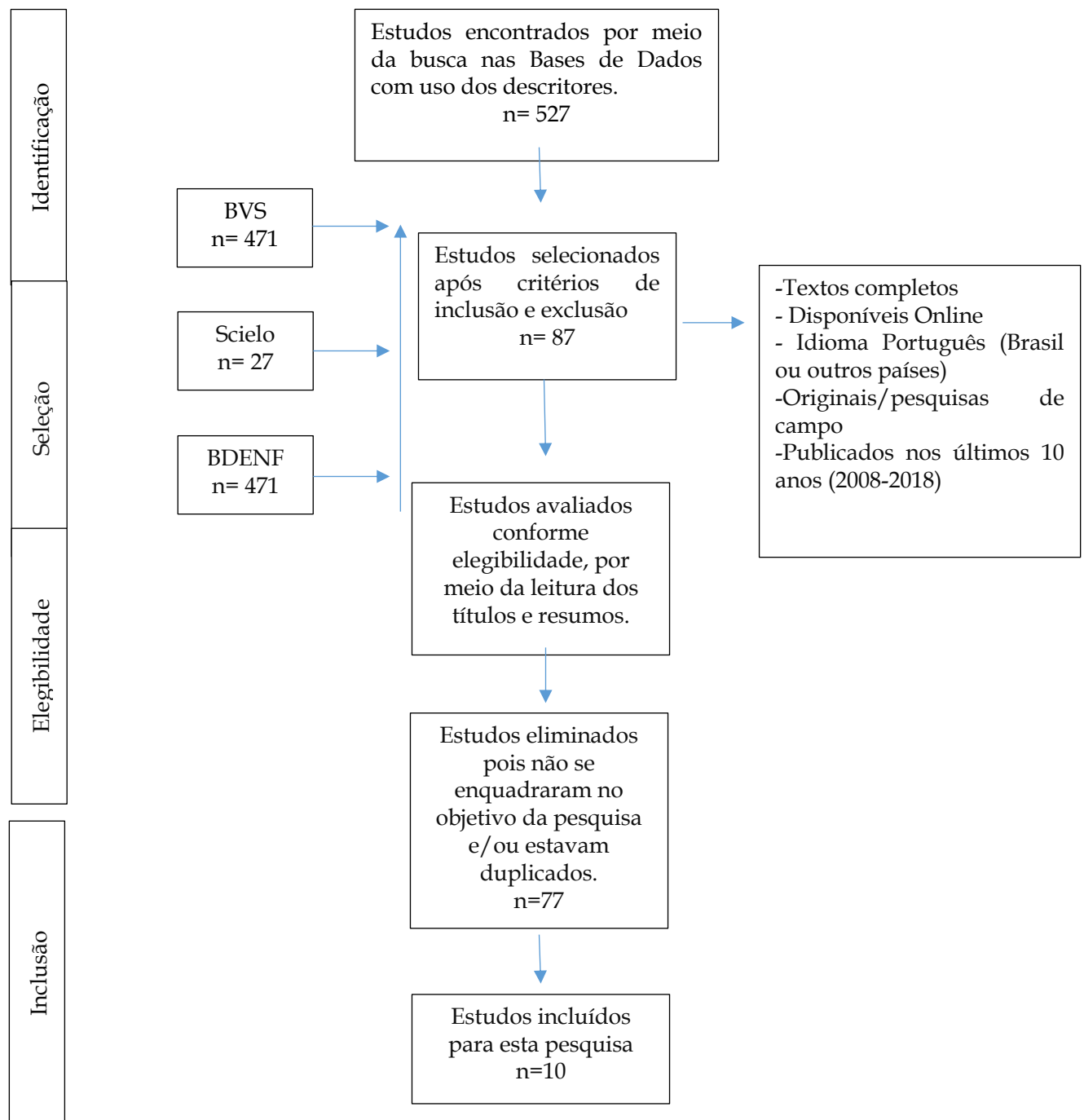
A busca dos artigos foi realizada no período de setembro de 2018, utilizando-se dos descritores “Planejamento Familiar” e “Homem”, retirados dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). O termo “Planejamento Reprodutivo” não foi encontrado no DeCS, por isso foi utilizado o descritor “Planejamento Familiar”. Para a pesquisa foi utilizado o Operador Boleano AND na combinação dos descritores.

Os critérios de inclusão selecionados foram textos completos, disponíveis online que estivessem no idioma português, podendo ser pesquisas brasileiras ou de outros países que falem o mesmo idioma publicados nos últimos dez anos (2008-2018) que fossem originais/pesquisas de campo em serviços da AB e terciária como hospitais. Como critério de exclusão, optou-se em eliminar os estudos que não se enquadrassem nos objetivos e na temática da proposta e, que não estivessem no formato de artigos como monografias, teses e estudos de caso.

A seleção inicial nas bases de dados com a combinação dos descritores, resultou no encontro do total de 527 pesquisas sendo 471 pertencentes à BVS, 29 à BDENF e 27 à SciELO. Desse total, após filtragem com os critérios de inclusão, restaram 87 pesquisas. Todos os arquivos foram submetidos à leitura inicial dos títulos e resumos e após semelhança com o objetivo do trabalho proposto, foram escolhidos 10 artigos que foram estudados detalhadamente e utilizados para a construção desta pesquisa e fundamentaram a elaboração das seguintes categorias: 1. Fatores relacionados às questões de gênero e masculinidade e 2. Fatores relacionados às barreiras institucionais.

Por se tratar de pesquisa de revisão de literatura, este estudo não necessitou ser submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, mas todos os preceitos éticos relativos a este tipo de pesquisa foram assegurados e os autores utilizados no estudo foram citados. O fluxograma abaixo mostra passo a passo das etapas para seleção dos artigos.

Fluxograma Prisma



Resultados e Discussão

Foram analisados 10 artigos. Todo material encontrado foi organizado em códigos conforme os títulos, autores, principais resultados e anos de publicação como mostra o Quadro 1.

Em relação ao tipo de estudo, 100% das pesquisas apresentam uma abordagem qualitativa. A maior parcela dos artigos foi publicada no ano de 2014 (50%), seguida de 2016 (20%) e demais anos 2010, 2013 e 2017 representados por

10% cada um. No que se refere às condições desta pesquisa, percebe-se que os textos são atuais, pois 80% dos estudos encontrados foram publicados nos últimos cinco anos. O crescimento de pesquisas que abordem essa temática, contribui para a implementação dos direitos sexuais e reprodutivos para os homens, objetivando que as ações de saúde envolvam o homem nas escolhas, utilização de métodos de contracepção e compartilhamento de responsabilidades com as mulheres.

No que se refere, ao local/região das pesquisas, a maioria dos estudos foi realizado no Brasil (90%) e apenas 1 (10%) em Moçambique. As regiões brasileiras com maior publicação foram o Nordeste e a região Sul com 44% cada. Já a região Sudeste, apresentou 11% e as regiões Norte e Centro-Oeste não apresentaram publicações. Tais dados conferem com um estudo realizado sobre a colaboração científica regional no Brasil entre os anos de 2007 a 2009, no qual as regiões Norte e Centro-Oeste apresentaram a menor taxa de contribuição.¹⁷

Quanto às categorias profissionais dos pesquisadores, percebe-se que a maior parcela é representada pelos profissionais enfermeiros (50%), seguido pelos médicos (20%) e em 30% dos estudos não explicitaram quais seriam as categorias. Esse resultado é compatível com a estrutura da rede de saúde brasileira já que, a maior parte das consultas de PR é realizada na AB no qual o enfermeiro é integrante da equipe e tem como foco a atuação em programas como Pré-Natal, PR, Puericultura, entre outros.

Quadro 1. Apresentação dos artigos quanto aos títulos, autores, resultados e anos de publicação. Salvador – Bahia, 2019.

Código	Título	Autor (s)	Resultados	Ano
1	Conhecimento masculino sobre métodos contraceptivos	Soares M.C.S; Souza V.C.D; Costa P.F.A; Paiva R.M.O.A.S; Guerra J.C.A; Freire T.V.V	Os entrevistados não conhecem sobre os métodos contraceptivos	2014
2	Da decisão aos resultados: narrativa de homens adultos acerca da vasectomia	Cícero A.C.V.F.P.P; Mandadori F; Marcon S.S et al.	Os participantes informaram não ter recebido informações sobre a cirurgia por parte dos enfermeiros	2014
3	Participação do companheiro no planejamento familiar sob a ótica feminina: estudo descritivo	Silva G.S et al	A mulher assume a anticoncepção como sua responsabilidade	2013
4	Participação masculina no planejamento familiar e seus fatoresIntervenientes	Morais A.C.B; Ferreira A.G; Almeida K.L; Quirino G.S	Os fatores que dificultavam a inserção do homem no Planejamento Familiar estiveramrelacionados a pouca disponibilidade de tempo	2014

5	Participação masculina no planejamento familiar: O que pensam as mulheres	Morais A.C.B et AL	A ideia de participação masculina na contracepção, resumia-se somente no ato de prover os métodos, seja pegando-os na unidade de saúde ou na sua falta, comprando-os na farmácia	2014
6	Percepções e experiências dos homens sobre o planejamento familiar no sul de Moçambique	Vânia M.P et al.	Uma parcela dos participantes da pesquisa entendem que o Planejamento Familiar é unicamente da responsabilidade da mulher.	2016
7	Planejamento familiar e a saúde do homem na visão das enfermeiras	Casarin S.T; Siqueira H.C.H	O horário de funcionamento da maioria das unidades coincide com o horário de trabalho dos homens, dessa forma, as atividades profissionais estão em primeiro lugar na lista de prioridades masculinas	2014
8	Planejamento Familiar e Papéis Parentais: o Tradicional, a Mudança e os Novos Desafios	Mozzaquatro, C. O.; Arpini, D. M.	De modo geral, a mulher é vista como a grande responsável pelas questões de contracepção e de cuidados com os filhos	2017
9	Representações sociais de homens sobre o planejamento familiar	Bezerra M.S; Rodrigue D.P	As falas tendem a desencadear o conceito do tema como um reflexo da função masculina de suprir necessidades materiais para conservação de sua postura de provedor	2010
10	Saberes e práticas de homens perante o planejamento reprodutivo	Coelho A.C.S; Pereira A.L; Nepomuceno C.C	Ainda há um certo desconhecimento quanto aos aspectos e direitos relacionados à saúde reprodutiva. Ainda recai sobre o sexo feminino a responsabilidade da concepção/contracepção	2016

Através da leitura detalhada e na íntegra dos textos observou-se que emergem conteúdos referentes a duas categorias: 1. Fatores relacionados às questões de gênero e masculinidade e 2. Fatores relacionados às barreiras institucionais. Dentre as categorias formuladas, percebe-se que a associação da relação de gênero e masculinidade esteve mais associada às principais dificuldades para a participação e inserção dos homens no PR.

Fatores relacionados às questões de gênero e masculinidade

Ao longo da história da humanidade, homens e mulheres tiveram uma formação social pautada em relações de poder e divisão de funções.¹⁸ Nos séculos anteriores à inserção da mulher ao mercado de trabalho, esta se restringia ao lar, aos filhos e afazeres domésticos, obedecendo as imposições do marido, enquanto o homem, era responsável pelas atividades externas e de decisão e sustento da família. Com o passar dos anos, essas conformações sociais foram se modificando através da luta popular feminista contra a desigualdade de gênero. Todavia, muitos aspectos da cultura patriarcal permanecem até hoje, ditando formas com que homens e mulheres enxergam o mundo e se comportam.

Assim, a construção desta categoria teve embasamento diante da análise dos artigos que em sua maioria revelou que o público masculino assume uma postura passiva em relação ao PR, por entender que a mulher é a única responsável pelas atividades que envolvam os cuidados da gestação e contracepção¹⁹⁻²⁶, esta concepção equivocada é um dos fatores limitantes à inserção masculina no PR.

Em um estudo realizado com 16 homens na cidade de Crato (CE), os participantes revelaram um conhecimento limitado acerca do PR, justificando a sua participação somente com o apoio financeiro para compra dos métodos contraceptivos às suas companheiras e recursos materiais para subsistência da família, ficando para as mulheres a responsabilidade de frequentar as consultas e utilizar os anticoncepcionais. Nessa mesma pesquisa, foi observado uma baixa adesão dos homens no que se refere ao uso do preservativo masculino e pouca negociação entre os casais sobre a escolha dos métodos, indicando que esta ocorre de forma unilateral, imposta às mulheres a responsabilidade da contracepção.²⁰

Por outro lado, alguns artigos mostraram que as próprias usuárias aceitam de maneira conformada, o PR como de seu encargo^{19,21,24-25,27}, e uma minoria quando questionada sobre a importância da participação de seus parceiros, afirmaram considerarem desnecessário que estes estivessem presentes nas consultas.²¹

Nesse sentido, outro fator limitante está relacionado à maneira como os homens lidam com o aspecto da saúde. Segundo os autores, os homens subvalorizam o autocuidado e por diversos motivos como preconceito, medo, timidez, vergonha, machismo, dentre outras causas. Isso reflete na realidade “de que homens procuram muito menos os serviços de saúde do que as mulheres”, incluindo o PR, com consequentes repercussões no índice de morbimortalidade masculina.²³

Nesta perspectiva, o fato de muitos homens pouco frequentarem as unidades de saúde também está relacionado à sensação de invulnerabilidade que compartilham. Sensação esta que integra o conceito da masculinidade hegemônica, como o conjunto de aspectos, construído de forma sociocultural da

figura do homem forte, viril, de poder sobre os mais fracos (sejam as mulheres ou outros homens), de coragem, potência e resistência, ou seja, um conceito fantasioso de que a população masculina não adoece e nem necessita de cuidados de saúde.²⁸

Contudo, discordam com os autores anteriores, pois para esses o conceito de masculinidade hegemônica deve ser ampliado e não equivale a um modelo de tipologias rígidas, já que desde seu início em 1980 a definição de masculinidade hegemônica vem se modificando com o passar das décadas e mudanças nos modelos de masculinidades múltiplas. Sendo assim, estes autores sugerem a reformulação do conceito em quatro áreas: um modelo mais complexo da hierarquia de gênero, enfatizando a agência das mulheres; o reconhecimento explícito das masculinidades nos níveis local, regional e global; tratamento mais específico nos contextos de privilégio e poder; e uma maior ênfase nas possibilidades de movimento em direção à democracia de gênero.²⁹

A questão dos tabus referentes à utilização do preservativo masculino e da realização da cirurgia de vasectomia, também foram percebidas como prejudicial ao envolvimento masculino no PR.^{19,20,26,30} Como mostra uma pesquisa realizada na cidade de Queimadas (PB), com homens cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), que evidenciou, através dos comentários dos entrevistados, a existência de muitos receios, tabus e pouca aceitabilidade acerca do uso da camisinha, justificado pelos participantes pela associação do referido método nas relações conjugais com suas parceiras como um símbolo de infidelidade e de falta de confiança.¹⁹

Já no que tange o procedimento cirúrgico de vasectomia, os indicadores mostram que o número absoluto de cirurgias ainda não é suficientemente satisfatório, muitas vezes, devido aos estigmas/tabus que o permeiam e os homens só optam pela vasectomia em último caso, quando suas cônjuges não se adaptam aos métodos femininos.¹⁹ Conforme os pesquisadores de um estudo realizado com 13 homens vasectomizados, em um centro de esterilização cirúrgica no Paraná, houve número significativo dos usuários que acreditavam que após a realização do procedimento ocorreria um comprometimento da sua sexualidade, diminuindo o seu desempenho sexual. Como método de preparação dos pacientes, antes das cirurgias, ocorreram consultas e ações educativas assessoradas por médicos e psicólogos para eliminação de tais estigmas.³⁰

Fatores relacionados às barreiras institucionais

Ao se falar nas dificuldades associadas à participação do público masculino no PR é importante salientar que não somente as questões de gênero estão envolvidas, mas também as barreiras institucionais dos serviços de saúde tem uma relação direta nos resultados. As barreiras institucionais são consideradas como dificuldades de acesso do homem aos serviços de atenção à saúde, relacionados às características internas dos próprios serviços, sendo eles dos níveis primários, secundários ou terciários. Entretanto, se tratando da presente pesquisa, essas dificuldades foram mais encontradas nas unidades da AB.³¹

Oito artigos apontaram para o fato de existir pouco espaço reservado para o homem nos serviços de saúde.^{19-20,22-26,30} De acordo com uma pesquisa realizada com enfermeiras da AB, as Unidades Básicas de Saúde são um espaço feminilizado, composto basicamente por profissionais mulheres e frequentado por uma clientela essencialmente feminina. Tal situação provocaria nos homens a sensação de não pertencimento àquele espaço.²³

Reafirmando a discussão anterior, é necessário esclarecer que os serviços de saúde ainda não conseguem cumprir com o papel de transformação, visto que, a oferta de ações em saúde em PR, principalmente no âmbito da AB, se dá prioritariamente às mulheres. Somado a isso, os autores afirmam que as ações de PR são realizadas conforme agenda de livre demanda dos usuários, não havendo estabelecimento de estratégias específicas com metas, objetivos ou ações prioritárias, pensadas na categoria masculina.²⁴

Outra barreira bastante citada na literatura, apontada como fator de impedimento, se refere à falta de tempo, já que muitos homens assumem atividades laborais extradomiciliares, e os horários de disponibilidade são incompatíveis ao funcionamento dos serviços de saúde, principalmente os pertencentes à AB. As atividades profissionais estão em primeiro lugar na lista de prioridades masculinas, especialmente em se tratando de homens de baixo poder aquisitivo, uma vez que, a associação entre ser provedor e ser homem ainda se encontra muito presente no imaginário social^{20,23,30}, como visto na categoria das barreiras relacionadas às questões de gênero.

Somado à falta de tempo, algumas pesquisas relataram que quando o usuário comparece ao serviço de saúde para o PR, encontra um entrave ao perceber que o foco principal é puramente a distribuição dos métodos, em sua maioria femininos, com pouca disponibilidade dos métodos masculinos (somente camisinha e vasectomia), sem priorização de ações como consultas e educação em saúde, e conseqüentemente, isso afasta ainda mais a população masculina.^{20-21,23,30}

Por fim, a análise dos artigos encontrou como barreira institucional a falta de capacitação profissional acerca da atenção integral à saúde do homem, e no que tange o presente trabalho, da inserção masculina no PR. Assim, os profissionais ainda não reconhecem o homem como um indivíduo capaz de promover o autocuidado e ser um protagonista no PR.²⁵

O mesmo problema foi identificado através das falas dos usuários vasectomizados, que em nenhum momento, o enfermeiro foi descrito como um profissional que tenha participado do processo de aconselhamento sobre a vasectomia³⁰, um achado lamentável, uma vez que, o enfermeiro é um dos principais mediadores entre os usuários e o serviço de saúde.

Conclusão

Os resultados apontaram como principais aspectos limitantes em relação às questões de gênero, o não reconhecimento do homem, por ele próprio e por suas companheiras, como responsável pelo PR, através da existência de preconceitos, tabus, machismo, medo, vergonha e aspectos da masculinidade hegemônica. Bem como a subvalorização dos sujeitos quanto aos cuidados de saúde, principalmente quanto às ações de autocuidado, promoção e prevenção.

Desta forma, percebe-se que as construções de hierarquia e relações de gênero patriarcais, reproduzidas principalmente pela categoria masculina, necessitam ser cada vez mais debatidas

entre os profissionais de saúde e a população, na busca da desconstrução de estereótipos. Sendo de essencial importância também a realização de ações de saúde (operacionais e educativas) bem fundamentadas e estruturadas, com o objetivo de integrar o homem como protagonista do processo de PR.

Em relação às barreiras institucionais foi possível identificar que os serviços de PR são, majoritariamente, direcionados ao contexto do público feminino, tomando-se um espaço mais feminilizado. O homem considera como entrave também a incompatibilidade do horário de seu trabalho com o de funcionamento dos centros de saúde e a ausência de preparo dos profissionais para reconhecer suas características e reais necessidades.

Entende-se que, para uma maior adesão masculina ao PR, seja necessário que os serviços se tornem mais apropriados para homens, como já acontece em algumas regiões brasileiras com a flexibilização de horários das unidades (horários noturnos, aos sábados). É necessário também capacitar, cada vez mais, os profissionais para trazer esses homens para junto das equipes de saúde, incentivando a desmistificação dos preconceitos, com a finalidade de contribuir para uma participação mais efetiva e responsável do homem no PR.

Agradecimento

Os autores não receberam financiamento para esse estudo.

Referências

1. Compagnoni SM. A (in)constitucionalidade da exigência do consentimento do cônjuge na esterilização voluntária. Monografia apresentada no Curso de Direito, do Centro Universitário UNIVATES, 2018. Disponível em: <https://www.univates.br/bdu/bitstream/10737/1743/1/2017SolangeMunsioCompagnoni.pdf>
2. BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 1996.
3. Brasil. População, espaço e sustentabilidade: contribuições para o desenvolvimento do Brasil /Miguel Bruno (organizador). Ministério do planejamento, orçamento e gestão. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas; 2015.
4. Sanches MA, Silva DPS. Planejamento familiar: do que estamos falando? Rev. bioét. (Impr.). 2016;24(1):73-82.
5. Nogueira IL, Carvalho SM, Tocantins FR, Freire MAM. Participação do homem no planejamento reprodutivo: revisão Integrativa. J res fundam care online 2018; 10(1): 242-7. Doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.242-247>
6. Bezerra INM, Monteiro VCM, do Nascimento JL, Vieira NRS, da Silva RPC, de Alcântara BDC, et al. Ações de educação em saúde e o planejamento familiar: um relato de experiência. Rev Ciênc Plural. 2018; 4(3):82-90.
7. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Caderno de Atenção Básica n 26. Saúde Sexual e Reprodutiva. Brasília: Ministério Da Saúde; 2013.
8. Zunta RSB, Barreto ES. Planejamento familiar: critérios para escolha do método contraceptivo. J Health Sci Inst. 2014; 32(2): 173-8.
9. Oliveira CKS, et al. Olhando a saúde do homem. Revista Interdisciplinar em Saúde, Cajazeiras, 6 (1): 85-98. 2019.
10. Oliveira MIM et al. A saúde do homem em questão: busca por atendimento na atenção básica de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 20, n. 1, p. 273-278, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.21732013>

11. Brasil. Saúde do Homem: promoção e prevenção à saúde integral do homem. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
12. Sousa LMM, et al. Revisões da literatura científica: tipos, métodos e aplicações em enfermagem. RPER. 2018; 1(1):46-55. Doi: <https://www.aper.pt/ficheiros/revista/rperv1n1.pdf>
13. Fernandes CS, Angelo M. Cuidadores familiares: o que eles necessitam? Uma revisão integrativa. Rev esc enferm USP. 2016; 50(4): 675-82.
14. Sidoni OJG, Haddad EA, Mena-Chalco JP. A ciência nas regiões brasileiras: evolução da produção e das redes de colaboração científica. TransInformação. 2016; 28(1):15-31. Doi: <https://doi.org/10.1590/2318-08892016002800002>
15. Nogueira L, Bezerra L. Relações patriarcais de gênero e formação econômico social brasileira: pressupostos e fundamentos. Rev Libertas. 2018; 18(2): 151-69.
16. Coelho ACS, Pereira AL, Nepomuceno CC. Saberes e práticas de homens perante o planejamento reprodutivo. R. Enferm. Cent. O. Min. 2016; 6(3): 2398-409.
17. Moraes ACB, Cruz RSBL, Pinto SL, Amorim LTCG, Sampaio KJAJ. Participação masculina no planejamento familiar: O que pensam as mulheres? Cogitare Enferm. 2014; 19(4): 659-66. Doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v19i4.37086>
18. Moraes ACB, Ferreira AG, Almeida KL, Quirino GS. Participação masculina no planejamento familiar e seus fatores Intervenientes. Rev Enferm UFSM 2014 Jul/Set;4(3):498-508.
19. Pedro VM, Mariano EC, Roelens K, Osman NMRB. Percepções e experiências dos homens sobre o planejamento familiar no sul de Moçambique. Physis. 2016; 26(4): 1313-33. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312016000400013>
20. Casarin ST, Siqueira HCH. Planejamento familiar e a saúde do homem na visão das enfermeiras. Esc Anna Nery 2014;18(4):662-8.
21. Mozzaquatro CO, Arpini DM. Planejamento Familiar e Papéis Parentais: o Tradicional, a Mudança e os Novos Desafios. Psicol Ciênc Prof. 2017; 37(4): 923-38.
22. Bezerra MS, Rodrigues DP. Representações sociais de homens sobre o planejamento familiar. Rev. Rene. 2010; 11(4): 127-34.
23. Silva GS, Landerdahl MC, Langendorf TF, Padoin SMM, Vieira LB, Anversa ETR. Participação do companheiro no planejamento familiar sob a ótica feminina: estudo descritivo. Online braz j nurs. 2013; 12(4): 882-91.
24. Marques JR JS, Gomes R, Nascimento EF. Masculinidade hegemônica, vulnerabilidade e prevenção ao HIV/AIDS. Ciênc Saúde Colet. 2012; 17(2): 511-20.
25. Conell RW, Messerschmidt JW. Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. Rev. Estud. Fem. 2013; 21(1): 424.
26. Cícero ACVFP, Mandadori F, Marcon SS. Da decisão aos resultados: narrativa de homens adultos acerca da vasectomia. J res fundam care online. 2014; 6(4):1372-83.
27. Aguiar CG, Câmara LMF, Rocha JFD, Carneiro JA, Costa FM. Interferências socioculturais e institucionais no acesso do homem aos serviços de atenção primária à saúde. Revista da Universidade Vale do Rio Verde. 2014; 12(1): 381-90. Doi: <http://dx.doi.org/10.5892/ruvrd.v12i1.1383>

Autor de Correspondência

Jones Sidnei Barbosa de Oliveira
Av. Mucio Uchoa Cavalcante, 400. CEP 50730670.
Engenho do Meio. Recife, Pernambuco, Brasil.
jonessidney@gmail.com

Fatores desencadeantes da violência contra a mulher na pandemia COVID-19: Revisão integrativa

Triggers of violence against women in the pandemic COVID-19: Integrative review

Desencadenantes de la violencia contra las mujeres en la pandemia COVID-19: Revisión integradora

Ildenir Nascimento Sousa¹, Fernanda Campos dos Santos², Camila Cristine Antonietti³

Como citar: Sousa IN, Santos FC, Antonietti CC. Fatores desencadeantes da violência contra a mulher na pandemia COVID-19: Revisão integrativa. *REVISA*. 2021; 10(1): 51-60. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n1.p51a60>

REVISA

1. Universidade Anhembi Morumbi, São Paulo, São Paulo, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-9784-4474>

2. Universidade Anhembi Morumbi, São Paulo, São Paulo, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-0876-629X>

3. Universidade Anhembi Morumbi, São Paulo, São Paulo, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-3542-7691>

Recebido: 10/10/2020
Aprovado: 22/12/2020

RESUMO

Objetivo: Analisar os dados disponibilizados na literatura nacional sobre os fatores associados ao aumento da violência contra a mulher durante a pandemia COVID-19. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, a partir das bases de dados publicados no portal BVS, referente ao ano de 2020, em língua portuguesa. **Resultados:** Foi identificado que o isolamento social impactou a vida da população em geral, nos aspectos sociais e econômicos, com queda no número de denúncias de violência doméstica contra a mulher e aumento nos casos de feminicídios. **Conclusão:** Com o distanciamento social, as vítimas se restringiram em realizar as denúncias, pelo aumento do tempo convivência no mesmo ambiente familiar com o agressor e diante disso, é preciso refletir sobre as formas utilizadas para garantir proteção e segurança para essas mulheres. Pontua-se a necessidade da realização de mais estudos no Brasil, com o intuito de identificar novas estratégias de abordagem em Saúde Coletiva, com participação efetiva da equipe multidisciplinar de saúde nesse processo.

Descritores: Violência contra a mulher; Violência doméstica; Isolamento social; COVID-19.

ABSTRACT

Objective: To analyze the data made available in the national literature on the factors associated with the increase in violence against women during the COVID-19 pandemic. **Method:** This is an integrative literature review, based on the databases published on the VHL portal, referring to the year 2020, in Portuguese. **Results:** It was identified that social isolation impacted the lives of the population in general, in social and economic aspects, with a decrease in the number of complaints of domestic violence against women and an increase in cases of femicide. **Conclusion:** With the social distance, the victims were restricted to making the complaints, due to the increase in the time spent living in the same family environment with the aggressor and, in view of that, it is necessary to reflect on the ways used to guarantee protection and safety for these women. The need for further studies in Brazil is pointed out, in order to identify new strategies for approaching Public Health, with the effective participation of the multidisciplinary health team in this process. **Descriptors:** Violence against women; Domestic violence; Social isolation; COVID-19.

RESUMEN

Objetivo: Analizar los datos disponibles en la literatura nacional sobre los factores asociados al aumento de la violencia contra las mujeres durante la pandemia COVID-19. **Método:** Se trata de una revisión integradora de la literatura, basada en las bases de datos publicadas en el portal de la BVS, referidas al año 2020, en portugués. **Resultados:** Se identificó que el aislamiento social impactó la vida de la población en general, en los aspectos sociales y económicos, con una disminución en el número de denuncias por violencia intrafamiliar contra la mujer y un aumento en los casos de feminicidio. **Conclusión:** Con la distancia social, las víctimas se vieron restringidas a hacer las denuncias, debido al aumento del tiempo de convivencia en el mismo ambiente familiar con el agresor y, ante ello, es necesario reflexionar sobre las formas utilizadas para garantizar la protección y seguridad de estas mujeres. Se señala la necesidad de más estudios en Brasil, con el fin de identificar nuevas estrategias de abordaje de la Salud Pública, con la participación efectiva del equipo multidisciplinario de salud en este proceso. **Descriptores:** Violencia contra la mujer; La violencia doméstica; Aislamiento social; COVID-19.

Introdução

A violência contra a mulher existe desde o início da humanidade, é uma das principais formas de violação de sua dignidade, pode ser compreendida como qualquer ação ou conduta baseada no gênero que ocasione a morte ou inflija dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, nos âmbitos público ou privado.¹

Segundo a lei Maria da Penha, estão previstos cinco tipos de violência doméstica e familiar contra a mulher: a física, entendida como qualquer conduta que ofenda a integridade ou saúde corporal da mulher, com o uso de força física por parte do agressor; a psicológica, entendida como qualquer conduta que cause dano emocional e diminuição da autoestima da mulher; a sexual, entendida como qualquer conduta que a constranja, a presenciar, a manter ou a participar qualquer relação sexual não desejada; a patrimonial, caracterizada como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus pertences, sendo estes de qualquer natureza; a moral, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria contra a mulher.²

Os casos de feminicídio cresceram 22,2% entre março e abril do ano de 2020, em 12 estados do país, comparativamente ao ano de 2019 e os registros públicos ainda confirmam uma queda na abertura de boletins de ocorrência. No estado de São Paulo, o número de assassinatos de mulheres aumentou 44,9% em março de 2020, em comparação com o mesmo período do ano passado e mulheres que já viviam em situação de violência doméstica sem lugar seguro, foram obrigadas a permanecer mais tempo no próprio lar junto a seu agressor, muitas vezes em habitações precárias, com os filhos, sem convívio social, diminuindo assim as chances de denúncia ou por medo de realizar pela aproximação do parceiro.³

A pandemia de Covid-19, foi anunciada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 15 de março de 2020, e tem afetado significativamente a vida da população em geral. Com o intuito de minimizar os efeitos nocivos da pandemia COVID-19, baseada em evidências científicas, a OMS propôs que autoridades nacionais implementassem mudanças de hábitos nas populações, dentre elas, o distanciamento social e tornou-se a medida mais eficaz na prevenção contra a disseminação do vírus, evitando que curva da doença chegasse ao topo de maneira acelerada, com risco de sobrecarga nos serviços de saúde. Entretanto, essas recomendações têm desencadeado alterações bruscas na vida das famílias e população em geral, com impacto negativo nas atividades econômicas, e em todos os níveis na vida em sociedade. Contudo, no enfrentamento do distanciamento social, houve repercussões nos relacionamentos interpessoais, especialmente entre parceiros íntimos.

Em virtude das informações aqui apresentadas, antes da pandemia uma a cada três mulheres em idade reprodutiva, era vítima de violência física ou violência sexual perpetrada por um parceiro íntimo durante a vida, e mais de um terço dos homicídios de mulheres são perpetrados em seus relacionamentos interpessoais. No entanto, a atual pandemia amplificou os casos de violência doméstica contra mulheres e meninas, com prevalência até três vezes maior em casos de violência doméstica em comparação com o mesmo período do ano passado.⁴

Uma vez que a violência contra mulher é um problema social e de saúde pública, podendo ocasionar em traumatismos, incapacidades, até mesmo em óbitos, indiretamente pode acarretar problemas de saúde, tais como mudanças fisiológicas provocadas pelo o estresse, uso de substâncias, falta de controle da fertilidade e autonomia pessoal. Vítimas de violência doméstica apresentam mais problemas de saúde, consequentemente maior a necessidade da utilização dos serviços de saúde, gerando maior custos nos tratamentos, além de apresentar com mais frequência aos postos atendimentos em urgências e emergências.⁵

Nesse cenário os países que tiveram maior aumento da violência contra a mulher durante o período de distanciamento social foram China, Reino Unido, Estados Unidos, França e Brasil.⁶ No Brasil, as ocorrências que foram efetuadas através do disque denúncia 180 pelo ministério da mulher, da família e dos direitos humanos a partir do dia primeiro de março até junho de 2020, totalizaram 18.586 casos, e dentre estas, 424 denúncias diárias são de violência contra a mulher. Desta forma, a violência física caracterizou-se como o tipo cometido.⁷

Tendo em vista a relevância dos impactos causados em decorrências do isolamento social durante a pandemia, este trabalho traz como objetivo analisar os dados disponibilizados na literatura nacional sobre possíveis fatores associados ao aumento da violência contra a mulher durante a pandemia pela COVID 19.

Nesse sentido, o objetivo do estudo foi analisar os dados disponibilizados na literatura nacional sobre os fatores associados ao aumento da violência contra a mulher durante a pandemia COVID-19.

Método

Realizou-se uma revisão integrativa da literatura.⁸ Delimitaram-se as seguintes etapas para o desenvolvimento da pesquisa: a identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; o estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão; quais são? Exemplo de critério de inclusão: desenho do estudo e de critério de exclusão: artigos que não foram publicados durante a pandemia da COVID-19, em 2020 a definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados e; a avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; a interpretação dos resultados, apresentação da revisão; e a síntese do conhecimento.⁹

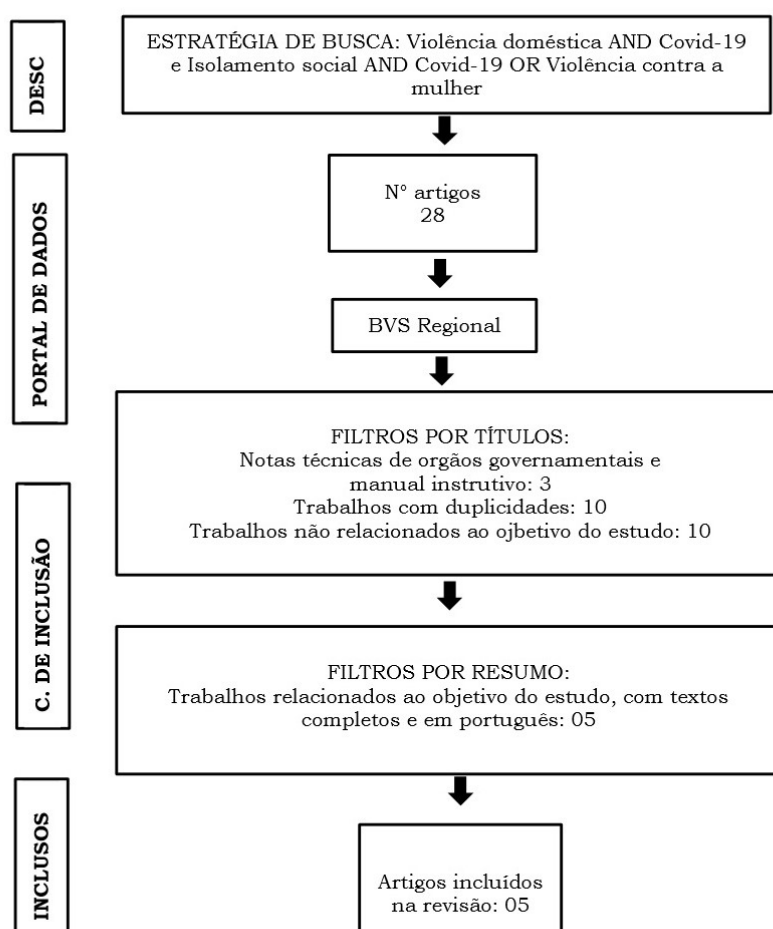
Determinaram-se, como tema, estudos objetivando responder à seguinte questão norteadora: Quais os principais fatores que resultaram no aumento da violência contra a mulher no contexto da COVID-19? Na construção da pergunta adequada para a resolução da questão clínica pesquisada, utilizou-se a estratégia PICO¹⁰: “P” corresponde à população de mulheres em situação de violência doméstica; “I” à intervenção (artigos de pesquisa); “C” à comparação (não se aplica, pois esse não é um estudo comparativo) e “O” ao desfecho: analisar quais os fatores que desencadearam o aumento da violência contra mulher no período da pandemia COVID-19.

Utilizaram-se, como descritores controlados, identificados nos Descritores em Ciência da Saúde (DECs). A estratégia de busca mediante o operador booleano AND e OR foi: Violência doméstica, isolamento social e Covid-19, publicados em língua portuguesa. A coleta de dados ocorreu entre os meses de setembro a novembro de 2020. As bases de dados pesquisadas foram a Literatura

Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Banco de Dados em Enfermagem (BDENF), através do portal BVS.

Foram incluídos artigos de pesquisa originais, cuja temática respondesse à pergunta norteadora, publicados em 2020, em língua portuguesa. Excluíram-se estudos que não tinham metodologia de pesquisa (relatos de caso, reflexões, recomendações), as revisões e os estudos que focavam outras temáticas. Os estudos foram também incluídos por considerar a limitação no número de estudos com a população estudada, no intuito de alcançar o máximo de informações sobre essa população. Foi realizada leitura exhaustiva dos títulos e dos resumos, de forma independente, entre dois autores, para assegurar se os textos contemplavam a pergunta norteadora da revisão e atendiam aos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. Em caso de dúvida a respeito da seleção, optou-se por incluir, inicialmente, a publicação, e decidir sobre sua seleção somente após a leitura de seu conteúdo na íntegra. A análise dos dados da revisão integrativa foi elaborada de forma descritiva. Utilizou-se um quadro, construído pelos autores, para a extração e a síntese dos dados de cada estudo incluído na revisão, com as seguintes informações: artigo, país de origem, área de atuação dos autores, objetivos, participantes, delineamento do estudo, principais resultados e conclusões. A figura 1 evidencia o percurso metodológico para seleção dos artigos.

Figura 1- Fluxograma do processo de inclusão dos estudos, São Paulo, Brasil, 2020



Resultados

Esse quadro permitiu a comparação e a organização dos dados, de acordo com as suas diferenças, as similaridades e a pergunta da revisão, os quais foram analisados criticamente e agrupados. (Quadro1). Segue abaixo o quadro síntese dos 5 artigos analisados.

Quadro 1- Síntese dos artigos selecionados, São Paulo, Brasil, 2020

Título	Autor/ Ano 2020	Objetivo	Métodos	Resultados	Conclusão
Impactos da pandemia de COVID-19 na violência contra a mulher: reflexões a partir da teoria da motivação humana de Abraham Maslow	Santos et al ³	Refletir acerca dos impactos da pandemia de COVID-19 na violência contra a mulher, a partir da análise da teoria da motivação humana de Abraham Maslow.	Trata-se de um estudo do tipo reflexivo com análise documental realizada no mês de junho de 2020, cujo referencial teórico foi a teoria das necessidades humanas básicas de Abraham Maslow.	Foram descritos os níveis hierárquicos segundo a pirâmide de Maslow e traçado um paralelo com os dados de violência contra a mulher antes e durante o período da pandemia de COVID-19 tornando o mais afetado entre as mulheres que convive com o agressor no mesmo ambiente familiar.	O presente estudo demonstrou que a pandemia da COVID-19 pode afetar a mulher que sofre violência doméstica em todos os níveis hierárquicos da pirâmide de Maslow. As necessidades básicas, fisiológicas, de segurança, de relacionamento e afeto, de autoestima e de auto realização.
Masculinidade em tempos de pandemia: onde o poder encolhe, a violência se instala	Santos, et al ¹⁴	Objetivo deste ensaio é refletir sobre as relações homem-poder-violência a partir das concepções de Hannah Arendt, problematizando o conceito normalizado de masculinidade hegemônica	Ensaio buscou desconstruir a ideia de que existe um único modelo de masculinidade hegemônica e que propõe uma dominação global dos homens sobre as mulheres.	Observou-se o aumento da violência domiciliar como efeito da diminuição do poder patriarcal, na tentativa de estabilizar o modelo de masculinidade definido por esse poder patriarcal, ou tenta-se reconstituí-lo em novas configurações.	Frente a essa realidade, faz-se necessário, no âmbito da Saúde Coletiva, refletir sobre a reformulação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, sendo principal a mudanças de gêneros, suscitando novas estratégias na relação de poder.

A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento.	Marques, et al ⁶	Em decorrência do distanciamento social e do aumento súbito do registro de casos de violência no contexto de pandemia, organizações internacionais pesquisadores e mídia leiga estão preocupados com os indícios de aumento da violência doméstica	Revisão sobre o assunto nas mídias sociais e internet.	Foi notado aumento da violência contra a mulher e contra a criança e ao adolescente durante o período de distanciamento social.	Baseado nas evidências e argumentos descritos ao longo deste artigo, complementando a necessidade de ações de enfrentamento das violências contra mulheres, crianças e adolescentes.
Interseccionalidade e outros olhares sobre a violência contra mulheres em tempos de pandemia pela covid-19	Barbosa, et al ¹⁵	Problematizar as opressões e violências domésticas durante o isolamento social em tempos de pandemia	O ensaio, buscou fomentar o diálogo desde uma análise da complexidade, onde seria possível articular o local - singular, com as representações e formas instituídas em um contexto mais amplo-social, favorecendo a análise das implicações sócio-histórico-políticas pelo coletivo	Quando a sociedade não consegue incorporar os padrões estabelecidos, distinguir as guerras, violências contra as mulheres, preconceitos raciais/étnicos, dentre outros.	Buscou-se evidenciar que o aumento da violência contra a mulher durante a pandemia pode ser entendido como tensionamento entre a resistência ao racismo, ao sexismo e as desigualdades construídas pelo capitalismo.
Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela?	Vieira, et al ⁴	O artigo buscou estabelecer algumas relações entre o isolamento social durante a pandemia da COVID-19 e o aumento da violência contra as mulheres, levando em conta o contexto de uma sociedade patriarcal	Foram analisados dados, ainda incipientes, publicados pela imprensa de diversos países, bem como relatórios de organizações internacionais e organizações direcionadas ao enfrentamento da violência doméstica	O enfrentamento da violência contra a mulher no contexto da pandemia não pode se restringir ao acolhimento das denúncias, esforços devem ser direcionados para o aumento das equipes nas linhas diretas de prevenção e resposta à violência, bem como ampliar a divulgação dos serviços disponíveis.	Estado e a sociedade devem ser mobilizados para garantir às mulheres brasileiras o direito a viver sem violência, embora estejam alijadas aos processos de tomada de decisão, as mulheres são a maioria da população brasileira e compõem a maior parte da força de trabalho em saúde.

Discussão

De acordo com os resultados evidenciados na pesquisa desenvolvida por Santos et al³, a pandemia da COVID-19 pode afetar a mulher que sofre violência doméstica em todos os níveis hierárquicos da pirâmide de Maslow, como em suas necessidades fisiológicas, de segurança, de relacionamento e afeto, de autoestima e de auto realização e apesar da estratégia de confinamento orientada pelas autoridades sanitárias ser necessária e fundamental ao enfrentamento da COVID-19, esse isolamento social tem contribuído para o aumento exponencial da violência doméstica em vários países. Na China, país de origem do vírus e primeiro epicentro da pandemia, foi registrado um número recorde de pedidos de divórcio, com evidências do aumento dos conflitos conjugais, diante da situação de encarceramento familiar ¹⁵.

De maneira semelhante, os fatores ligados à masculinidade contribuem para o aumento da violência contra a mulher no contexto da pandemia, como evidenciado no estudo conduzido por Santos et al ¹⁴. No âmbito da Saúde Coletiva, é necessário que haja uma reflexão sobre a reformulação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, sendo principal a mudanças de gêneros, suscitando novas estratégias na relação de poder, pois onde a violência se instala onde o poder se encolhe, de acordo com o conceito da masculinidade hegemônica e isso não pode ser compreendido como uma característica inerente aos homens, é necessário abandonar esse caráter essencialista.

Percebe-se que o poder cultural e a hierarquização ainda é um aspecto global dos homens sobre as mulheres e em tempos de pandemia pela COVID-19, é fundamental buscar compreender a instrumentalização do sujeito, a fragilidade e a aniquilação da fonte do poder legítimo as interações humanas mais igualitárias e a consequente perda da condição humana, relacionadas à crescente violência doméstica. Durante o período pandêmico, embora os números de registros oficiais em boletins de ocorrência tenham diminuído, a chamada subnotificação, os números de feminicídios e homicídios femininos apresentam crescimento, indicando que a violência doméstica e familiar está em crescimento, sobrevivendo uma necessidade urgente de implementar novas estratégias para permitir que as mulheres tenham acesso aos serviços de combate à violência doméstica. Os crimes por feminicídios no país tiveram um aumento de 22,2% durante os meses de março e abril de 2020, em comparação ao mesmo período de 2019.¹⁴

Marques et.al⁶ apontou em seu estudo dados nacionais e no Rio de Janeiro, o Ministério Público Estadual revelou um aumento de 50% nos casos de violência doméstica, no primeiro final de semana após decreto do governo estadual recomendando o distanciamento da social, a maior parte dos boletins ocorrência que envolveram a violência contra a mulher. Do mesmo modo, no Paraná, que obteve um aumento de 15% nos registros de violência doméstica atendidos pela Polícia Militar no primeiro final de semana de distanciamento social. Situações semelhantes são reportadas no Ceará, Pernambuco e São Paulo. Nessa mesma linha de argumentação o autor Santos et.al evidenciou, em São Paulo, o aumento dos crimes por feminicídios chegou a 46% na comparação entre março de 2020 e

março de 2019, tendo duplicado na primeira quinzena de abril. No Acre, o crescimento foi de 300%, no Maranhão, a variação foi de 166,7%, e no Mato Grosso o aumento foi de 150%. Apenas três estados registraram redução no número de feminicídios: Espírito Santo (-50%), Rio de Janeiro (-55,6%) e Minas Gerais.¹⁴

Os estudos selecionados evidenciaram ainda possíveis fatores, como os impactos gerados nas atividades econômicas, enquanto facilitadores no aumento da violência contra a mulher pois muitos trabalhadores, se depararam com a diminuição de suas rendas mensais, dificultando o custeio de itens básicos à sobrevivência, como alimentos, água e roupas. Em muitas casas, o pagamento de contas básicas como água, esgoto e luz elétrica foi postergado, com o objetivo de priorizar os itens de primeira necessidade. A dificuldade econômica generalizada, torna o ambiente familiar fragilizado pelo acesso insuficiente aos itens básicos³.

Em virtude das informações aqui descritas, para o recebimento de denúncias de violência doméstica e familiar o MMFDH lançou plataformas digitais para os canais de atendimento do NDH: o app Direitos Humanos BR e o site ouvidoria.mdh.gov.br, que também pode ser acessado em disque100.mdh.gov.br e ligue180.mdh.gov.br. Onde familiares, vizinhos ou até mesmo pessoas desconhecidas podem enviar fotos, vídeos, áudios e outros documentos que registrem situações de violência doméstica e outras violações dos direitos humanos.

Contudo o enfrentamento à violência contra a mulher no contexto da pandemia não pode se restringir apenas ao acolhimento das denúncias, devem-se criar estratégias para aumentar o número de equipes nas linhas diretas de prevenção e resposta à violência, bem como para a ampla divulgação dos serviços disponíveis, capacitando os trabalhadores de saúde, em especial os de saúde coletiva para identificar as situações de riscos, bem como a expansão e fortalecimento das redes de apoio, incluindo a garantia do funcionamento e a expansão do número de vagas em abrigos para mulheres sobreviventes. As redes sociais informais e virtuais de apoio precisam ser incentivadas, pois são meios que ajudam as mulheres a se sentirem conectadas e apoiadas e também servem como um alerta aos agressores de que as mulheres não estão completamente isoladas. Estado e a sociedade devem ser mobilizados para garantir às mulheres brasileiras o direito a viver sem violência, embora estejam alijadas aos processos de tomada de decisão pois, as mulheres são a maioria da população brasileira e compõem a maior parte da força de trabalho em saúde⁴.

Conclusão

De acordo com o presente estudo, o aumento da violência contra a mulher está associado à preocupação com segurança, saúde e dinheiro. O isolamento social imposto pelas autoridades nacionais, sanitárias e epidemiológicas, provocou um impacto ainda maior na vida das mulheres vítimas de violência, que por sua vez, foram obrigadas ficar “presas” em suas casas junto com seus agressores, muitas vezes impedidas de manter um contato social, e com dificuldades para realizar denúncias, pedir ajuda ou até mesmo pelo o medo de sair de casa e contrair a doença. Houve também um impacto nas atividades econômicas, que aumentou as tensões dentro de casa, gerando mais estresse,

medo e incertezas, fazendo com que os casos de violência contra a mulher se tornassem ainda mais frequente, fazendo-se necessário refletir sobre as formas utilizadas para garantir proteção e segurança nesses momentos de calamidade.

Pontua-se a necessidade da realização de mais estudos no Brasil, com o intuito de identificar novas estratégias de abordagem em Saúde Coletiva, com participação efetiva da equipe multidisciplinar de saúde, frente aos casos de violência contra mulher, a fim de diminuir a incidência de novos casos e proporcionar tratamento adequado às vítimas.

Agradecimento

Os autores não receberam financiamento para esse estudo.

Referências

1. Fagner VC, Santiago SM, Audi CAF. Fatores associados à violência contra mulher na vida pregressa de mulheres encarceradas. Reme 2019 [acesso 15 set 2020] Disponível em: DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190097>
2. Brasil, Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006. Lei Maria da Penha. [acesso em 26 de set 2020] Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm
3. Santos LSE, Nunes LMM, Rossi BA, Taets G. Impactos da pandemia de COVID-19 na violência contra a mulher: reflexões a partir da teoria da motivação humana de Abraham Maslow. Scielo preprints, 2020 [acesso 15 set 2020] Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.915>
4. Vieira PR, Garcia LP, Maciel ELN. Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela? LILACS, 2020 [acesso em 26 de set 2020] Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200033>
5. Machado ASM, Bhona FMC, Lourenço LM. Intervenção com mulheres vítimas de violência doméstica: uma revisão bibliométrica. Pesqui. prát. Psicossociais 2020 [acesso 15 set 2020] Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082020000100013
6. Marques ES, Hasselmamm MH, Deslandes SF, Reicharheim ME. A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. Cad. Saúde Pública vol.36 no.4 2020 [acesso 15 set 2020] Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00074420>
7. Ministério da Mulher, e da família e direito humano [acesso 15 de out 2020] Disponível em: <https://ouvidoria.mdh.gov.br/portal/indicadores>
8. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. J Adv Nurs. [Internet]. 2005 [acesso 2020 Set 15];52(5):546-53. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621>
9. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Integrative literature review: a research method to incorporate evidence in health care and nursing. Texto Contexto Enferm. [Internet]. 2008 [acesso 2020 Set 15];17(4):758-64. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
10. Santos CMC, Pimenta CAM, Nobre MRC. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. Rev Latin-Am Enferm. [Internet].

2007 [acesso 2020 Set 15];15(3):508-11. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>

12. Fórum Brasileiro de Saúde Pública. Violência doméstica durante a pandemia de Covid-19. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2018/05/violencia-domestica-covid-19-v3.pdf>. Acesso em: 18 de Set de 2020.

13. ONU Mulheres Brasil. Gênero e COVID-19 na América Latina e no Caribe. Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/covid-19/>. Acesso em: 18 de junho de 2020

14. Santos DF, Lima RCD, Dermarchi SM, Barbosa JPM, Cordeiro M, Sipioni ME, et.al. Masculinidade em tempos de pandemia: onde o poder encolhe, a violência se instala. Scielo preprints, 2020 [acesso em 28 de set 2020] Disponível em: Doi: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.900>

15. Barbosa JPM, Lima RCD, Santos GBM, Lanna SD, Andrade MAC. Interseccionalidade e outrosolhares sobre a violência contra mulheres em tempos de pandemiapela covid-19. Scielo preprints, 2020 [acesso em 28 de set 2020] Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.328>

Autor de Correspondência

Ildenir Nascimento Sousa
Rua Germano Augusto 58. CEP: 03277-110, Vila
Ema. São Paulo, São Paulo, Brasil.
ildenir.sousa@outlook.com

Health care practices of adolescent men in a peripheral community: collective subject discourse

Práticas de cuidado de saúde de homens adolescentes em comunidade periférica: discurso do sujeito coletivo

Prácticas asistenciales de los hombres adolescentes en una comunidad periférica: discurso del sujeto colectivo

Tatiane Bastos Pereira¹, Rosa Maria de Almeida², Anderson Reis de Sousa³, Alcione Assunção Correia Lima⁴, Ana Margarete Cordeiro da Silva Maia⁵, Michelle Teixeira Oliveira⁶, Josielson Costa da Silva⁷, Cléa Conceição Leal Borges⁸

How to cite: Pereira TB, Almeida RM, Sousa AR, Lima AAC, Maia AMCS, Oliveira MT, Silva JC, Borges CCL. Health care practices of adolescent men in a peripheral community: collective subject discourse. REVisa. 2020; 10(1): 61-72. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n1.p61a72>

REVISA

1. Faculdade Nobre de Feira de Santana.
Feira de Santana, Bahia, Brazil.

<https://orcid.org/0000-0002-8171-6734>

2. Faculdade Nobre de Feira de Santana.
Feira de Santana, Bahia, Brazil.

<https://orcid.org/0000-0002-4317-6749>

3. Universidade Federal da Bahia.
Nursing School. Salvador, Bahia, Brazil.

<https://orcid.org/0000-0001-8534-1960>

4. Faculdade Nobre de Feira de Santana.
Feira de Santana, Bahia, Brazil.

<https://orcid.org/0000-0002-3815-3083>

5. Faculdade Nobre de Feira de Santana.
Feira de Santana, Bahia, Brazil.

<https://orcid.org/0000-0002-3901-8721>

6. Faculdade Nobre de Feira de Santana.
Feira de Santana, Bahia, Brazil.

<https://orcid.org/0000-0003-3333-9556>

7. Universidade Federal da Bahia,
Nursing School. Salvador, Bahia, Brazil.

<https://orcid.org/0000-0002-5198-9491>

8. Universidade Federal da Bahia,
Nursing School. Salvador, Bahia, Brazil.

<https://orcid.org/0000-0002-9523-6272>

Received: 10/10/2020

Accepted: 12/12/2020

RESUMO

Objetivo: apreender as práticas de cuidado de saúde exercitadas por homens adolescentes, que convivem em comunidades periféricas na zona urbana. **Método:** Estudo qualitativo realizado com homens adolescentes com idade entre 18 e 21 anos, que frequentavam uma escola pública no município de Feira de Santana, Bahia, Brasil. Realizou-se entrevista individual submetidas à análise metodológica pelo Discurso do Sujeito Coletivo e interpretadas pelo referencial de praxeologia do cuidado. **Resultados:** o cuidado de saúde masculino teve centralidade na compreensão do cuidado como dimensão da vida humana, das relações cotidianas, da preocupação com os bens materiais e da família, em que a saúde ocupa lugar de importância. As práticas de cuidado de saúde estiveram concentradas no corpo com o controle e manutenção da higiene, imagem corporal e aparência física, na alimentação balanceada, melhoria da condição imunológica, na hidratação e na prática de atividade física. Foram consideradas também a adoção de comportamentos de proteção dos fatores ambientais e voltados ao controle do consumo de álcool, e por fim, as relações de trabalho, a busca por atenção médica nos serviços de saúde, a realização de exames diagnósticos e a prevenção de doenças a partir da imunização. Os homens se valerem de recursos preventivos e aspiraram contribuições positivas no desempenho das práticas de cuidado centrado na saúde. **Conclusão:** O exercício das práticas de cuidado em saúde proporcionou a obtenção e manutenção da saúde, bem como influências positivas na qualidade de vida dos garotos, prevenindo possíveis complicações, evitando o adoecimento e promovendo um envelhecimento saudável.

Descritores: Saúde do Homem; Saúde do Adolescente; Cuidado em Saúde; Masculinidades.

ABSTRACT

Objective: to apprehend the health care practices exercised by male adolescents, who live in peripheral communities in the urban area. **Method:** Qualitative study conducted with adolescent men aged between 18 and 21 years, who attended a public school in the municipality of Feira de Santana, Bahia, Brazil. Individual interviews were carried out, submitted to methodological analysis by the Collective Subject Discourse and interpreted by the praxeology reference of care. **Results:** male health care was central to the understanding of care as a dimension of human life, daily relationships, concern for material goods and the family, in which health occupies an important place. Health care practices were concentrated on the body with the control and maintenance of hygiene, body image and physical appearance, balanced nutrition, improved immune status, hydration and physical activity. The adoption of behaviors to protect environmental factors and aimed at controlling alcohol consumption was also considered, and finally, labor relations, the search for medical attention in health services, the performance of diagnostic tests and the prevention of diseases from immunization. Men use preventive resources and aspire to positive contributions in the performance of health-centered care practices. **Conclusion:** The exercise of health care practices provided the achievement and maintenance of health, as well as positive influences on the boys' quality of life, preventing possible complications, preventing illness and promoting healthy aging.

Descriptors: Men's Health; Adolescent Health; Health Care; Masculinities.

RESUMEN

Objetivo: apreender las prácticas de atención a la salud que ejercen los adolescentes varones, que viven en comunidades periféricas del área urbana. **Método:** Estudio cualitativo realizado con hombres adolescentes de entre 18 y 21 años, que asistían a una escuela pública en el municipio de Feira de Santana, Bahía, Brasil. Se realizaron entrevistas individuales, sometidas a análisis metodológico por el Discurso del Sujeto Colectivo e interpretadas por la praxeología referente del cuidado. **Resultados:** la atención de la salud masculina fue fundamental para la comprensión del cuidado como una dimensión de la vida humana, las relaciones cotidianas, la preocupación por los bienes materiales y la familia, en la que la salud ocupa un lugar importante. Las prácticas de cuidado de la salud se concentraron en el cuerpo con el control y mantenimiento de la higiene, imagen corporal y apariencia física, nutrición balanceada, mejora del estado inmunológico, hidratación y actividad física. También se consideró la adopción de conductas de protección de factores ambientales y orientadas a controlar el consumo de alcohol, y finalmente, las relaciones laborales, la búsqueda de atención médica en los servicios de salud, la realización de pruebas diagnósticas y la prevención de enfermedades. de la inmunización. Los hombres utilizan recursos preventivos y aspiran a contribuciones positivas en el desempeño de prácticas de atención centradas en la salud. **Conclusión:** El ejercicio de las prácticas asistenciales brindó el logro y mantenimiento de la salud, así como influencias positivas en la calidad de vida de los niños, previniendo posibles complicaciones, previniendo enfermedades y promoviendo un envejecimiento saludable.

Descriptores: Salud de los hombres; Salud de los adolescentes; Cuidado de la salud; Masculinidades.

Introduction

Adolescence is understood as a stage in human life, characterized by profound changes. Such changes interfere in the development of the individual, stimulating transformations in the physiological, anatomical, psychological and social structures, leading adolescents to experience situations or behaviors that make them more prone to health risks.¹

Among the transformations characteristic of the adolescence period, the transformations resulting from body development, the constitution of the adolescent's identity, as well as changes in the forms of expression are evident. In this phase, many questions arise about life, about the choices and the way of living.²

The World Health Organization (WHO) conceptualizes adolescence as an essentially biological process marked by cognitive and personality development. Adolescents comprise an age range of 12 to 19 years, however an early phase is reported between 10 to 14 years.³

The Ministry of Health defines adolescence as a complex stage characterized by biopsychosocial development and intense physical growth. Such swift changes cause anxieties, fears, doubts, conflicts and a need for self-assertion that often motivates impulsive behavior, challenging the authority of the parents, as well as rebellion and arrogance.⁴

Transformations resulting from adolescence are inherent to the historical, political and economic context in which adolescents are immersed. Regarding the psychological aspect, studies maintain that there are several transformations, mainly those associated with mood instability.⁵

Seen as a sociocultural being, the adolescent requires a different look that understands him as a subject with needs related to the economic and social context in which he lives. This being in the process of adolescence is exposed to risk factors arising from the social context in which he is inserted. The idea of risk in adolescence takes on a unique dimension as it relates to exposure to situations of violence, drug use and anticipation of sexual experiences.⁶

In general, adults perceive adolescents as individuals who have no autonomy regarding their rights in the health field and establish ambiguous values in relation to adolescents, allowing them to be responsible for their actions. However, adults are not able to recognize the legitimacy of adolescents' rights, especially when related to health and care.⁷

Failure by society to recognize adolescents' rights can lead to little demand for health services by these young people. Such fact may be related to the little offer of shares aimed at this public.⁸ Thus, thinking about the health of adolescents involves a reframing of health practices in interface with education, aimed at this segment of the population, since public policies aimed at the health and

education sectors are inefficient, not reaching equal to the population mass.

Therefore, in view of the above, this investigation emerged from the need to highlight how adolescent men deal with their health, as well as the care practices developed. What are the health care practices of adolescent men who live in peripheral communities? This article aims to understand the health care practices exercised by male adolescents, who live in peripheral communities in the urban area.

Method

Qualitative study conducted with adolescent men, who attended a public school in the state network located in a peripheral area, considered urban, in the municipality of Feira de Santana, Bahia, Brazil.

The study included 18 adolescents, high school students, male, heterosexual, aged between 18 and 21 years old, mostly single, most without children, predominant black race / color, predominant Catholic religion.

For data collection, we used the application of a semi-structured script, containing open and closed questions about sociodemographic and health characteristics, and the conduct of individual interviews. For the operationalization of the collection, the collaborators were invited to participate in the study, as well as in the interview, which took place in a private room, made available by the school, when the Informed Consent Form (ICF) was presented and explained after acceptance, he it was signed in two copies and the interview started.

For a reliable record of the data collected, the interview was recorded on a single professional recorder. This recording made it possible to obtain the full material provided by the employee, which was later transcribed and organized for analysis.

For the purposes of analytical treatment of the material, the method of organization and presentation of the data was adopted, which strictly followed the Discourse of the Collective Subject. This method constitutes a new approach in the qualitative field of research, and makes it possible to rescue collective discourses, as research procedures. They can be carried out as individual interviews that rescue thinking and through behavior, emerge a collective discourse, presented by the presence of the social factor in a single discourse.⁹

Methodologically, the Collective Subject Discourse allowed to retrieve and present the social representations obtained in empirical research. In this context, individual opinions expressed that were similar were expressed, being grouped into general semantic categories, often performed when dealing with open questions or questions. It is important to highlight that the DSC methodological differential is printed when in each category the contents of opinions

of a similar sense, present in different testimonies, are associated. This allows the construction of such contents in a synthesis statement, written in the first person singular, in order to deal with a group speaking in the person of an individual.⁹

To elaborate the DSC it was necessary to build two methodological figures: Key Expressions and Central Ideas. The first ones will constitute literal transcriptions of the discourse that will reveal the essence of the statements, then the Central Ideas that describe, through linguistic expression, in a more reliable way, the meaning of each homogeneous set of Key Expressions.¹⁰ The interpretations were anchored in the theoretical and conceptual framework of praxeology of care from the perspective of Anne Marie Mol.¹¹

In compliance with ethical issues in research involving human beings, this study contemplated the precepts of Bioethics, as well as the proposed determinations of Resolution 466 of 2012 of the National Health Council, being forwarded to the Research Ethics Committee of Faculdade Nobre, and approved under the opinion number: 1,673,863.

Results

From the analysis of the interviews of adolescent men, about the care practices understood and exercised by them, it was possible to build collective discourses about this relationship within a peripheral community in the urban region of the city. The speeches constructed are arranged in two thematic categories.

Central Idea 1: Health care and the intersections with adolescence and masculinities

The discourse of adolescent men, living in a peripheral community in a city in the Northeast of Brazil, extracted from the interviews, reveals the male understanding of care, health and the development and expression of care / health care practices, which will be presented to follow:

Central Idea 1A: Understanding care

The understanding of care was apprehended in the collective discourse of men, which showed a conceptualization focused on the dimension of human life and its daily nuances, with emphasis on the maintenance of life, concern with material goods and with the family. It is apprehended from birth based on maternal references and perpetuates itself throughout life, based on paternal references, and finally, it includes care with the personal life and mental health trajectory:

[...] care is everything in life, it is motivating, it is worrying about health and everything I do daily with my body in general, for example, food, oral health, physical exercises, hygiene, as well as personal life and mind. Care is something I have learned

since my birth and I take it with me for life. With my mother I learned the initial care and with my father the care for adult life. It is doing good to others and the family. Taking care of anything goes, having zeal, regularity, planning, is taking care of me and others too. It is to prevent and not be present in wrong situations. (DSC of men).

Central Idea 1B: Understanding health

The adolescents' discourse explained the understanding of adolescent men about health based on relationships directed to well-being, the adoption of healthy behaviors, the maintenance of activities of daily living, the search for professional health care services, medicalization, the absence of physical symptoms and aesthetics. The male discourse also revealed that there is an evaluation of importance for health and the association with the world of work and with care so that health is achieved or the opposite:

[...] health is the person living well, having a good diet, healthy living, maintaining hygiene, not smoking, not using drugs or drinking. It means having a good hour of sleep, working, because if you are not healthy you don't work, after all I never saw anyone sick working. It is also everything I do with my body to be taking care of my health, like taking medicine, always going to the doctor and not feeling anything strange. It is very clean, smelling and tidy. Without health, I am nothing, I am nobody, so health must come first, since everything depends on her presence and allows me to be well mentally and physically. (DSC of men).

Central Idea 2: Health care practices in practice

The health care practices exercised by male adolescents are structured in three central ideas, which collectively represent male experiences in the context in which they are located in the peripheral territory of which they are part.

Central Idea 2A: Healthcare practices performed

Health care practices were concentrated on the body, with the purpose of controlling and maintaining hygiene, body image and physical appearance, with a balanced diet aimed at improving the immune condition, hydration and physical activity. In another dimension, men sought to adopt behaviors that protect environmental factors and aimed at controlling alcohol consumption. They took care of work relations and carried out the search for medical attention in health services, carrying out diagnostic tests and preventing diseases from immunization:

[...] I take care of my body, like brushing and hygiene of the mouth and teeth, hair, beard and nails. I maintain good hygiene, I take a shower that is ideal to keep clean so that you are healthy. I am well dressed, I take care of my clothes and leave them ready the day before to avoid delaying my appointments. My diet is always balanced and very strong to improve immunity and at the right time and I drink a lot of water. I take care of my physical health. I do sports, run and play football. I avoid taking rain and serene and I don't drink too much. I take care of my work, I go to the health unit, I go to the doctor, I do tests when requested, I prevent illnesses and I get vaccinations. (DSC of men).

Central Idea 2B: Resources used to exercise health care

The adolescents highlighted that they use several resources to exercise health care, emphasizing that prevention must be present in all health actions:

[...] I take care of myself, but first I go to the doctors. I go to health units, whether at the clinic, polyclinics or hospitals. I take prescription drugs and do not buy at the pharmacy without guidance. I ask questions with Community Health Agents, when I feel bad, and I have to leave the trouble of wanting to take care of myself at home. My mom encourages me and I seek guidance at home with my parents and at school as well. I try to go to the gym and do some physical activity, even if it is a stretch, because if I stand still, hypertension and diabetes appear. I try to have a good education, peace and avoid stress. I also try to avoid exceeding speed and pay more attention to activities at home. (DSC of men).

Central Idea 2C: Contributions of perceived health care practices

The speech of adolescent men demonstrated the presence of contributions from health care practices, with emphasis on the promotion and maintenance of health and quality of life:

[...] health care is very important. There has to be care, even if it is minimal. Take care of your neighbor and especially yourself. Take care of my children, my family, my friends and my animals. This is important to me, because when I take care of others, I am taking care of my health. And when I take care of myself, I avoid getting sick, and admitted to the hospital. When a person is unhealthy, they abandon everything, they do not even have the strength to feed themselves, and by taking care of yourself you can avoid being bedridden, having a disease and dying, and you can have a long life. It is important to take care to live better, be zealous, because with health you go beyond life and live longer, and when I get older I will continue to be healthy and living well. (DSC of men).

Discussion

The findings of this study are able to highlight the understanding of adolescent men about care and health and reveal the practices of health care exercised, as well as the individual resources used to exercise self-care and the perceived contributions to the exercised care care.

The limitations of this study are concentrated on the sample size and the use of a data analysis technique, the conduct of the interview in the school environment, under the risk of the participants having their senses evaluated and consequently forging the speeches in an attempt to avoid the censorship.

The light of the speeches showed that the adolescents participating in the study understand care as an expanded concept, covering the social and mental scope, not being restricted to physical health.

The adolescents' report reveals a positive attitude towards self-care, as they stressed the need for healthy lifestyle habits, regarding food, physical activity and social relationships. Among the healthy habits mentioned, young people highlighted the importance of having a healthy diet, practicing physical exercises and taking care of personal hygiene.

According to what has been reported, the concept of care involves a set of measures to be taken daily and individually in search of physical, emotional, cultural and socioeconomic well-being, in order to maintain one's own health, prevent and deal with diseases. The understanding about care can be defined as something conceived in the mind, both empirically and abstractly. Thus, in a certain way in this discourse we obtained the collective concept of self-care.¹²

In the adolescents' discourse, the concern with self-care and the other is evidenced. This fact shows that the coexistence between people is characteristic of the human condition to live in society. In the development of human relationships, individuals are willing to take care of the other, in a perspective of seeking well-being, expressing a way of relating to the world. The young people's speeches showed the care offered to their family and friends, showing the increasing participation of men in care actions.¹³

The collective discourse of adolescents draws attention not only to the introduction of healthy lifestyle habits, but also emphasizes the need for preventive attitudes, such as going to the doctor and doing periodic examinations, pointing out the doctor as a health professional to be sought.

Some studies show that men are more prone to health-damaging behaviors, such as alcohol, tobacco and other drugs, violence, dangerous driving and unsafe sex.¹⁴⁻¹⁶ In this context, it is possible to identify that the young participants in the study signaled in their speeches the concern with the conducts to be taken to guarantee protection, when they talk about care in life and the need not to get involved in wrong situations. Adolescents also highlighted body care, establishing corporeality as a determining factor for the promotion of self-care.

Care can be understood here as "a way of doing things in everyday life, which is characterized by attention, responsibility, zeal and care for people and things in different places and times".¹⁷ In this perspective, care in the conception of these adolescent men takes on a broad concept, which is associated with internal care, such as body care, hygiene, self-image, food, which concerns basic human needs, but also with the external environment, expressed by care for work, neighbor and family, as well as protection. Thus, care is seen as an intrinsic act to life, as a search for maintenance of life.

When reporting on the understanding of health, the participants reported several situations about care, while revealing their attitudes related to care, which make them responsible for their own health. Health was assimilated by young people based on the assumption of physical and mental well-being. This concept of health as well-being was expressed by the perspective of "living well" in a state of satisfaction, which is linked to the subject's intimate experience, with his beliefs and values.¹⁸

In the young people's speeches, health was described as the result of care, which occurs through the adoption of healthy habits and other preventive attitudes. Still regarding prevention, the participants highlighted healthy behaviors such as "not smoking", "not using drugs" and "not even drinking", signaling that these preventive attitudes give visibility to care as a means of obtaining health. In this sense, it is understood that the responsibility for health care occurs throughout life, as they mentioned that "without health we are nothing, we are nobody, so it must be first, since everything depends on health".

Adolescents also reported health as access to traditional means of care, such as going to the health center. In this sense, the availability of health services can be seen as a guarantee of the rights of adolescents, constituting a duty for the State to enable universal access within the rules of the Unified Health System.¹⁹

Adolescence constitutes a crucial period in health care, since all the learning related to the ways of being and acting, as well as the behaviors adopted, for the maintenance of life, develops in this phase, providing the promotion of a style healthy lifestyle incorporated throughout the lives of these future adults.

With regard to the body, it is noted that the understanding of young people is directed to the aesthetic aspects, demonstrating the importance of care with appearance. It is perceived that the desire to look good is no longer seen as a sign of vanity, but as a need.²⁰

Young people also showed in their speeches, the work factor as a means to obtain health. Thus, health enables the guarantee of staying active, meeting some basic needs. Work appears in adolescents' speeches as essential for men, relating them as a healthy being. For men, work is considered a masculine characteristic related to maintaining the status of provider, dominator and head of the family, characteristics that configure the way of being a man. For men, the condition of being sick means interrupting their professional life. Work confers a dignifying moral virtue, in addition to providing social recognition for them.²¹⁻²³

The practices of these adolescents raised significant questions regarding health care. Among the young people, among the cares, body hygiene, the adoption of healthy eating habits and physical activity as strategies for health care. These behaviors lead to a reflection on the responsibility of these subjects for their own health.²⁴

During the speeches, it was possible to learn that young people relate health care practices to medical assistance, in the prevention or cure of diseases. According to the statements of the adolescents, it is essential to seek out health professionals and services, regardless of the level of care and / or complexity. In their reports, there is a concern about not using drugs indiscriminately, that is, they try to take drugs prescribed by the doctor and do not buy at the pharmacy without guidance. This reflection made by adolescents shows the need to break with self-medicalization practices.²⁵

The statements of adolescent men reveal that the family's participation in this process is essential in the exercise of health care, as the family acts as a promoter of guidance. In this way, the family constitutes a health system, and as such, a dynamic unit that has a care process that is unique and unique, where it supervises and acts with the health status of its members, makes decisions, monitors and evaluates the health and disease of its components.²⁶

Another issue, which calls our attention, is related to the subjects' speeches when talking about the school space as a means of disseminating and promoting health education. On this issue, it appears that the school plays an expanded role in the perception of

these adolescents, constituting itself as a privileged space for promoting health actions; therefore, the school environment must be perceived not only as a space of knowledge, but also as one of the places to talk about education and health.²⁷

We can see, in the speech of the adolescents, that another option of resources to take care of health is the search for therapeutic spaces, such as the gym and the gym. Adolescents indicate that physical activities as a means of reducing health problems.

In this sense, the speeches of the participants indicate the relevance of exercising care practices that contribute to the prolongation of life, to healthy aging, to the guarantee of well-being, maintenance of daily activities, reduction of complications, disability, injuries and death, expanding to the dimension of care beyond life. Thus, care is seen as an attribute to be performed in the collective to achieve satisfaction and personal well-being and as a possibility to avoid illness and associated complications.

Conclusion

In this study, the understanding of care and health revealed itself in a very significant way in the lives and daily lives of adolescents. Through the apprehension of the young people's speeches it was possible to understand how they think and experience health care in their lives.

The practices exercised by adolescent men for health care were permeated by actions intrinsic to human behavior, in the context of everyday life, permeated by relationships directed towards self-image, maintenance of vital energy, associated with body strength, and guarantee of the proper functioning of the physical health and restrictions and distances from factors that may compromise balance, in addition to being strongly associated with the investigation of health status, through the search for services and health professionals.

For the execution of care practices, resources were used by adolescent men, as a way of leading them to exercise health care. At that time, attitudes were carried out that were associated with the investigation of diseases, the adoption of preventive behaviors, the development of good life habits, the search for health professionals and services, family support, and other health promotion spaces, such as health clubs. weight training and gymnastics

We evidenced that the exercise of health care practices provided the acquisition and maintenance of health and promoted contributory influences on the quality of life of these boys, avoiding health complications, such as illness and enabling increased well-being and healthy aging. and with good prospects, with positive reflexes for themselves, for others, family and even animals.

In this context, the role attributed to school as a possibility to promote the improvement of adolescent care is emphasized. The school is a space for the construction of knowledge and, when linked to health, it can assist in the promotion, prevention and consolidation of healthy habits.

Acknowledgment

The authors did not receive funding for this study.

References

1. Marques MFC, Vieira NFC, Barroso MGT. Adolescência no contexto da escola e da família: uma reflexão. *Fam Saúde Desenvol.* 2003; 5(2): 141-6. Doi: <http://dx.doi.org/10.5380/fsd.v5i2.8094>
2. Moreira TMM, Viana DS, Queiroz MVO, Jorge MSB. Conflitos vivenciados pelos adolescentes com a descoberta da gravidez. *Rev Esc Enferm USP.* 2008; 42(2): 312-20.
3. WHO, World Health Organization. Young People's Health - a Challenge for Society. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. Technical Report Series 731. Geneva: WHO, 1986.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Cartão do Adolescente (documento preliminar). Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. ASAJ/MS, Brasília: MS, 2004.
5. Ferrari RAP, Thomson Z, Melchior R. Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família. *Cad. Saúde Pública.* 2006;(22):11: 2491-95.
6. Fagundes FF, Sena RKR, Santos R LA, Veloso DO, Melo CS. As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção. *Rev. paul. pediatr.* 2013; 31(2):258-64. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-05822013000200019>
7. Oliveira AR, Lyra J. Direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes e as políticas de saúde: desafios à atenção básica. *Anais do encontro: Fazendo Gênero 8-corpo, violência e poder.* Florianópolis, agosto, 2008.
8. Reis AAC, Malta DC, Furtado LAC. Desafios para as políticas públicas voltadas à adolescência e juventude a partir da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). *Ciênc. saúde coletiva.* 2018; 23(9):2879-2890. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018239.14432018>
9. Lefevre F, Lefevre AMC, Marques MCC. Discourse of the collective subject, complexity and self-organization. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2009;14(4):1193-1204. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400025>
10. Netto LA, Moura MAV, Queiroz ABA, Tyrrell MAR, Bravo MMP et al. Violência contra a mulher e suas consequências. *Acta paul. enferm.* 2014; 27 (5):458-64. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400075>
11. Mol A. The body multiple: ontology in medical practice. Durham: Duke University Press; 2002.
12. George JB. Teorias de enfermagem. Os fundamentos à prática profissional. 4ª edição. Porto Alegre: Editora Artmed; 2000.
13. Torralba FR. Antropologia do cuidar. Petrópolis (RJ): Vozes; 2009.
14. Dolan A. "Men give in to chips and beer too easily": how working-class men make sense of gender differences in health.

- Health. 2014;(18):2, 146-162. doi: <https://doi.org/10.1177/1363459313488004>
15. Tyler RE, Williams S. Masculinity in young men's health: exploring health, help seeking and health service use in an online environment. *Journal of Health Psychology*. 2014;(19):4, 457-470. doi: <https://doi.org/10.1177/1359105312473784>
16. Marcos JM, Avilés NR, Lozano MR, Cuadros JP, Calvente MMG. Performing Masculinity, influencing health: a qualitative mixed-methods study of Young Spanish men. *Global Health Action*. 2013; (6):1-11. doi: <https://doi.org/10.3402/gha.v6i0.21134>
17. Pinheiro R. Demanda em Saúde e Direito à Saúde: Liberdade ou Necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de Integralidade. In: Pinheiro R, Mattos R A. (orgs.). *Construção Social da Demanda: Direito à Saúde, Trabalho em Equipe, Participação e Espaços Públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005.
18. Minayo MCS. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007;11:1259-67. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000500015> .
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. 1ª edição- Brasília, 2017, p. 234
20. Elias MS, Cano MAT, Mestriner Junior W, Ferriani MGC. A importância da saúde bucal para adolescentes de diferentes estratos sociais do município de Ribeirão Preto. *Rev. Latino-Am Enfer.*2001;(9):1,88-95. doi:<https://doi.org/10.1590/S0104-11692001000100013> .
21. Figueiredo WS, Schraiber LB. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(supl 1): 935-44. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700025> .
22. Sousa AR, Queiroz AM, Florencio RMS, Portela PP, Fernandes JD, Pereira A. Homens nos serviços de atenção básica à saúde: repercussões da construção social das masculinidades. *Rev Bai Enf.*2016;30(3):1-10. doi:<https://doi.org/10.18471/rbe.v30i3.16054>
23. Palmeira SS, Pereira TM, Almeida TL, Sousa AR. Resolubilidade dos serviços ofertados na estratégia saúde da família: discurso de homens. *Saúde em Redes*. 2018; 4(4):105-117. doi: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2018v4n4p105-117>
24. Gomes R, Couto MT, Keijer B. Hombres, género y salud. *Salud Colectiva*. 2020;16: 2788. doi: <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2788>
25. Sousa AR, Alencar DC, Silva AMM, Souza CS, Barros JF, Pereira A. Hombres, necesidades de salud y motivaciones para la automedicación. *Cultura de los Cuidados*. 3º Cuatrimestre.

Pereira TB, Almeida RM, Sousa AR, Lima AAC, Maia AMCS, Oliveira MT, et al.

[internet]. 2019. Año XXIII. nº 55. [cited 05 de nov 2020]. Disponível em:

https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/100835/1/CultCuid_55-126-141.pdf

26. Paula ML, Jorge MSB, Vasconcelos MGF. Desafios no cuidado familiar aos adolescentes usuários de crack. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2019; 29(1): e290114. doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312019290114>

27. Carvalho ACT, Silva DMR, Neto WB, Pereira EBF, Menezes MLN, Aquino JM. Percepción de adolescentes escolares del sexo masculino en relación al cuidado de su salud. *Revista Enfermería Actual*. 2019; 37: 1-15. doi:

<http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0ino.37.36030>

Correspondent Author

Anderson Reis de Sousa

Nursing School of Universidade Federal da Bahia. 241 Basílio da Gama St. ZIP: 40110-907. Canela. Salvador, Bahia, Brazil.

son.reis@hotmail.com

Hemophiliacs profile from a patients' association in Brasília - DF, Brazil

Perfil dos hemofílicos de uma associação de pacientes de Brasília - DF, Brasil

Perfil hemofílico de una asociación de pacientes en Brasília - DF, Brasil Perfil de pacientes hemofílicos em Brasília, Brasil

Daniel Benevides Ferreira¹, Larissa Castro Souza², Millena da Luz Soares³, Denise Rodrigues Holsbach Sartorelo⁴,
Leonardo Costa Pereira⁵, Kerolyn Ramo Garcia⁶

How to cite: Ferreira DB, Souza LC, Soares ML, Sartorelo DRH, Pereira LC, Garcia KR. Hemophiliacs profile from a patients' association in Brasília - DF, Brazil. REvisa. 2021; 10(1): 73-81. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n1.p73a81>

REvisa

1. Centro Universitário Euro Americano, Physiotherapy Department. Brasília, Federal District, Brazil.
<https://orcid.org/0000-0001-8206-5382>

2. Centro Universitário Euro Americano, Physiotherapy Department. Brasília, Federal District, Brazil..
<https://orcid.org/0000-0002-1848-6673>

3. Centro Universitário Euro Americano, Physiotherapy Department. Brasília, Federal District, Brazil.
<https://orcid.org/0000-0002-6911-1329>

4. Centro Universitário Euro Americano, Physiotherapy Department. Brasília, Federal District, Brazil.
<https://orcid.org/0000-0003-2546-2378>

5. Centro Universitário Euro Americano, Department of Physical Education. Brasília, Federal District, Brazil.
<https://orcid.org/0000-0003-33195679>

6. Universidade de Brasília. Brasília, Federal District, Brazil.
<https://orcid.org/0000-0003-2464-6255>

Received: 10/10/2020
Accepted: 12/12/2020

RESUMO

Objetivo: Caracterizar o perfil de hemofílicos vinculados a uma associação de pacientes em Brasília - DF, Brasil. **Método:** Pesquisa transversal com amostragem por conveniência, realizada com 49 hemofílicos adultos, do sexo masculino, vinculados à Associação dos Voluntários, Pesquisadores e Portadores de Coagulopatias (AJUDE-C). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos. Através de um formulário foi coletado informações sociodemográficas e clínicas. A normalidade dos dados foi avaliada através do teste de Shapiro-Wilk. **Resultados:** Avaliaram-se 49 hemofílicos adultos com média de idade 37 ± 8,4 anos, estando 43% na faixa etária de 30-39 anos. Predominou a raça/cor parda (49%), estado civil solteiro (61%), em atividade laboral (57%) e 53% residiam a menos de 30 Km do local de tratamento. Clinicamente, predominou a hemofilia A (79,6%), doença grave (77,6%) e o uso de profilaxia secundária (75,5%). **Conclusão:** Maior parte da amostra exerce atividade laboral. Esse fato pode ser explicado pela administração da profilaxia secundária e proximidade entre a residência/local de tratamento, mantendo os fatores de coagulação em níveis seguros, e dando capacidade de rápido atendimento em casos emergenciais, gerando maior autonomia nessa população.

Descritores: Hemofilia; Distúrbio de coagulação; Profilaxia.

ABSTRACT

Objective: To characterize the hemophiliacs profile linked to a patients association in Brasília - DF, Brazil. **Method:** Cross-cut survey with convenience sampling, carried out with 49 male hemophiliacs adults, linked to the Association of Volunteers, Researchers and People with Coagulopathies (AJUDE-C). The study was approved by the Ethics Committee in Research with Human Beings. The Sociodemographic and clinical information was collected through a form. The normality of the data was evaluated using the Shapiro-Wilk test. **Results:** Were evaluated 49 adult male hemophiliacs with an average 37 ± 8.4 years. 43% were in the 30-39 age range. The brown race predominated (49%), single marital status (61%), in work activity (57%) and 53% lived less than 30 km from the treatment place. Clinical prevalence hemophilia A (79.6%), severe disease (77.6%) and the use of secondary prophylaxis (75.5%). **Conclusion:** Most of the sample is in work activity. This fact can be explained by the administration of secondary prophylaxis and proximity between their residence / treatment place. This keeps the clotting factors at safe levels, and provides quick assistance to emergencies cases, generating greater autonomy in this population.

Descriptors: Hemophilia; Coagulation disorder; Prophylaxis.

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar el perfil de hemofílicos vinculados a una asociación de pacientes en Brasília - DF, Brasil. **Método:** Encuesta transversal con muestra de conveniencia, realizada con 49 hemofílicos adultos, vinculados a la Asociación de Voluntarios, Investigadores y Personas con Coagulopatías (AJUDE-C). El estudio fue aprobado por el Comité de Ética y Investigación en Seres Humanos. La información sociodemográfica y clínica se recogió por medio de un formulario. La normalidad de los datos se evaluó mediante la prueba de Shapiro-Wilk. **Resultados:** se evaluaron 49 hemofílicos adultos con una edad media de 37 ± 8,4 años, 43% estaban en el grupo de edad 30 a 39 años. Predominó la raza marrón (49%), estado civil soltero (61%), en la actividad laboral (57%) y el 53% vivía a menos de 30 km del sitio de tratamiento. Clínicamente predominaron: hemofilia A (79,6%), enfermedad grave (77,6%) y el uso de profilaxis secundaria (75,5%). **Conclusión:** La mayor parte de la muestra tiene actividad laboral. Este hecho puede explicarse por la administración de profilaxis secundaria y la proximidad entre el lugar de residencia / tratamiento, manteniendo los factores de coagulación en niveles seguros y promoviendo la capacidad de atender rápidamente los casos de emergencia, generando una mayor autonomía en esta población.

Descriptores: Hemofilia; Trastorno de la coagulación; Profilaxis.

ORIGINAL

Introduction

Hemophilia is an inherited hemorrhagic disease linked to the X chromosome, characterized by the deficiency or abnormality of factor VIII (hemophilia A) or factor IX (hemophilia B) coagulant activity. Hemophilia is transmitted almost exclusively to male individuals by mothers carrying the mutation (about 70% of cases).¹

The incidence of hemophilia A is approximately 1: 10,000 to 1: 30,000 births, while hemophilia B is 1: 30,000 to 1: 50,000. Both have the same clinical presentation, making it necessary to measure the activity of specific coagulation factors, factor VIII and factor IX, to differentiate between them.²

The Society for Thrombosis and Hemostasis classifies the severity of hemophilia based on endogenous Factor VIII or IX activity as severe (<1 IU / dL), moderate (1-5 IU / dL) or mild (> 5-40 IU / dL), all three with a specific phenotype. Patients with severe hemophilia (approximately 40% of hemophiliacs) have spontaneous or soft tissue and joint bleeding, causing arthropathy, impaired quality of life and increased risks of intracranial hemorrhage or early death. Patients with moderate hemophilia, in contrast, are less affected, but suffer, for example, from prolonged bleeding or bruising. Patients with mild hemophilia only experience bleeding problems during and after trauma or surgery.³

Prophylactic replacement of the clotting factor is the most effective preventive measure against joint bleeding. It has been well demonstrated that the later the first bleeding, the less severe the arthropathies are, supporting the need for preventive treatment to begin in early childhood. The coagulation factor can be obtained from human plasma or manufactured synthetically by genetic engineering technologies - the so-called recombinant factor. Studies show that the success rate of the recombinant factor is 90% higher than the plasma.⁴

The development of neutralizing antibodies (inhibitors) against factor VIII or factor IX is the most serious complication of the treatment of hemophilia, occurring in 20% - 30% of patients with severe hemophilia A, 5% -10% in patients with hemophilia classified as mild to moderate and less than 5% in patients with severe hemophilia B. These antibodies make replacement therapy ineffective, with a consequent increased risk of severe bleeding and early onset of progressive arthropathy, as well as higher treatment-related costs.⁵

The Midwest has the lowest number of patients in the country, totaling 982 hemophiliacs of types A and B, however the Federal District shows an increase in the expected prevalence for both hemophiliacs (1.9 / 10,000 men) 2. Thus, the objective was to characterize the profile of hemophiliacs linked to a patient association in Brasília - DF, Brazil.

Method

This is a transversal and analytical research, with a quantitative approach. Convenience sampling, performed with patients with a clinical diagnosis of hemophilia linked to the Association of Volunteers, Researchers and People with Coagulopathies (AJUDE-C), located in Brasília - DF.

Patients with a clinical diagnosis of hemophilia (ICD 10 - D. 66 and D. 67), male, over 18 years of age were included. Associated with other coagulopathies and / or with some cognitive or physical impairment that prevented them from responding to the research protocol were not included.

Data collection was carried out at the AJUDEEC association, in Brasília - DF, in the months of November and December 2019. The research team attended meetings and events at the said association on two previously informed dates. On these occasions, an individual invitation was made to patients, briefly explaining the research. Then, the Free and Informed Consent Form (ICF) was submitted for appreciation and signature. This term was signed in two copies, one for the patient's possession and the other for the research team.

In case of consent by the patient, the research protocol was subsequently applied, individually and privately.

The research protocol consisted of an instrument, developed by the research team, which aimed to collect sociodemographic information (age, race/color, marital status, employment status, distance between residence / place of treatment) and clinics (type of hemophilia, severity type of treatment).

For the organization and analysis of the data, a database was created in the Excel program. The results of this study were presented in the form of descriptive statistics or in the form of tables and graphs. The statistical analysis was performed using the SPSS statistical program, version 22.0, considering a significance level of 5%. The Shapiro-Wilk test assessed the normality of the data.

In compliance with CNS Resolution 466/12, all instruments completed during data collection will be kept in a physical file for a period of 5 years after the end of the study, under the responsibility of the responsible researcher. The study was approved by the Ethics Committee on Research with Human Beings, under opinion 1,300,316.

Results

49 adult hemophiliacs with a mean age of 37 ± 8.46 years were evaluated, with 43% in the 30-39 year age group. The race / brown color predominated (49%), single marital status (61%), with work activity (57%) and 53% lived less than 30 km from the treatment site. Clinically, there was a predominance of hemophilia A (79.6%), with severe clinical classification (77.5%) and use of secondary prophylaxis (75.5%). Sociodemographic characterization was performed as shown in Table 1.

Table 1- Sociodemographic information, of hemophiliacs evaluated in this study.

Age Range (years)	% (n=49)
20-29	18
30-39	43
40-49	31
50-59	8
Mean Age	37±8,46
Marital Status	% (n=49)
Singles	61
Married	39

Color / Ethnicity	% (n=49)
White	39
Brown	49
Black	12
Education Level	% (n=49)
Incomplete 1st Degree	6,12
1st Degree Complete	2
2nd Grade Incomplete	4
2nd Degree Complete	24,5
Incomplete 3rd Degree	20,4
3rd Degree Complete	42,9
Health Insurance	% (n=49)
Yes	47
No	53
Government Benefit / Financial Aid	% (n=49)
Yes	29
No	71
Distância da Residência ao Local de Tratamento	% (n=49)
Less than 30 Km	53
More than 30 Km	47

Table 2 shows the data referring to the characterization of hemophiliacs in relation to their work characteristics, developed physical activities and BMI.

Table 2- Profile of Work Activity, Physical Activity and Body Mass Index of Hemophiliacs.

Labor Activity	% (n=49)
Yes	57
No	41
Uninformed	2
Physical activity	% (n=49)
Yes	63
No	37
Body mass index	% (n=49)
Eutrophic	42,86
Overweight	42,86
Obesity	12,24
Low Body Mass	2

Table 3 presents the characteristics of the treatment and their therapeutic options.

Table 3-Characterization of hemophilia and treatments.

Virus Infection	% (n=49)
Hepatitis C	46,94
Not	44,9
Hepatitis B and C	4,08
Hepatitis C and HIV	4,08
Treatment Type	% (n=49)
P1	0
P2	75,5
P3	12,25
Demand	12,25
Type HF	% (n=49)
A	79,6
B	20,4
Gravity	% (n=49)
Serious	77,5
Moderate	18,4
Light	4,1
Inhibitor	% (n=49)
No	95,9
Yes	4,1

Legend: P1 - Primary prophylaxis; P2 - Secondary prophylaxis; P3 - Tertiary prophylaxis; Type HF - Type of hemophilia.

Discussion

The average age of the individuals was 37 ± 8.4 years, with the age group of 30 to 39 years having a higher prevalence, with 43% of the sample. Similar results were found in research developed by Booth et al. (2018)⁶ using data from 1225 adult hemophiliac patients (≥ 18 years old), from five European countries: France, Germany, Italy, Spain and the United Kingdom, where the average age presented was 35.5 years. However, the Profile of Hereditary Coagulopathies (Brazil, 2018)², shows that there is a higher concentration of Brazilian hemophiliacs in the age group of 20 to 29 years, differing with the results found.

As for the marital status of the participants, there was a higher prevalence of singles (61%). Naous et al. (2019)⁷ conducted a survey where 66.7% of individuals were also single. In the same study, 78.3% of individuals declare that they have no difficulty in talking about the disease to others, suggesting some transparency in their social life.

In the present study, 49% of individuals were brown, 39% white and 6% black. According to the 2010 demographic census of the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE), stratified by the age and estimated sex of the male population residing in the Federal District (1,161,048), 49.3% of individuals were brown, 42.2% were white and 8.5% black; a consistency with the ethnic distribution of Brasilia is observed. According to Kelley and Narváez (2006)⁸, hemophilia affects predictably all ethnic groups and races, regardless of the

country.

As for the level of education, there was a predominance of individuals with complete higher education (42.9%). However, divergent results were presented by Moreno and Buitrago (2017)⁹, where 68.3% of hemophiliacs had completed high school, taking into account that in this sample the age range was 18 to 82 years. Cutter et al. (2017)¹⁰ suggest that the reasons for low education are school absenteeism, caused by bleeding or pain (69%), difficulties in attending school or participating in activities resulting from impaired mobility (44%), and absences related to hemophilia (32%).

The results of this study show that 53% of hemophiliacs did not have health insurance, and 71% did not receive any kind of benefit. A study carried out in Indiana (USA) with a sample of 704 hemophiliacs showed that 89.2% of the studied population had insurance during the study period.¹¹

About 53% of hemophiliacs lived less than 30 km from the treatment site. These results are explained by Sousa et al. (2013)¹², noting that a smaller geographical distance between home and place of treatment can facilitate emergency care in case of bleeding.

Of the 49 individuals assessed, 63% were engaged in physical activity and 57% engaged in work activity, and 2% of the sample did not report in relation to work activity. Regarding physical activity Flaherty et al. (2017)¹³ observed that hemophiliac patients who exercised regularly did not consider exercise dangerous, while those who did not exercise reliably, feared that the dangers of exercise might outweigh the benefits. Results indicate that, despite arthropathy and thanks to prophylactic treatment, adult patients with hemophilia are able to perform physical activities with a minimal risk of bleeding.¹⁴

Cutter et al. (2017)¹⁰ showed similar results regarding work activity, where most individuals with hemophilia worked (81%). In this same study it was found that adults with hemophilia who had never worked were younger (<30 years, 73% vs 30-45 years, 20%), in addition, more than half (59%) of adults with hemophilia declare that the reason they were not working involves financial reasons related to hemophilia (for example, receiving disability benefits), and 55% reported to be due to hemophilia and its related complications (joint disease).

Regarding the body mass index (BMI), the sample was divided into eutrophic patients (42.86%), overweight (42.86%), obese (12.24%) and low body mass (2%). Buckner et al. (2018)¹⁵, with a sample of 381 adult hemophiliac men, observed that most individuals were overweight or obese (65%). In the present study, anthropometric measurements did not affect the number of bleeds.

In research developed by Targino Júnior et al. (2017)¹⁶, no significant differences were found in any component of body composition (lean mass, fat mass, visceral fat) and in anthropometric indices (waist-to-hip ratio [WHR]), BMI and visceral fat of hemophiliacs.

Regarding the clinical characterization of the sample, the result of this study showed that hemophilia A was more prevalent than B, with 79.6% and 20.4% respectively. It is estimated that hemophilia A is more common than hemophilia B, and represents about 80% of cases.² Similar results were found in the study by Ferreira et al. (2018)¹⁷, where the most frequent type was hemophilia type A with 82%, followed by 10% hemophilia B and 8% with von willebrand disease (DWW). Pérez-Moreno and Buitrago (2017)⁹ found 79% of cases of

hemophilia A in a population of 196 participants.

The classification of the clinical severity of hemophilia is carried out according to the plasma level of factor VIII or factor IX and hemorrhagic manifestations.¹ In this study, it was observed that most cases were severe (77.5%), followed by 18.4% moderate and 4.1% mild. Similar results were found by Martinez-sanchez et al. (2017)¹⁸, where there was a predominance of the severe type with 55.6%, moderate (22.2%) and mild (22.2%).

The main current complication in the treatment of hemophilia is the development of inhibitory antibodies against factor VIII or factor IX.² In the literature, the incidence of the development of inhibitors is reported in 25% to 30% of patients with severe Hemophilia A and up to 10% in those with severe Hemophilia B.¹⁹ In the present study, of the 49 patients questioned, 79.6% are hemophiliacs with severe clinical classification, however 95.9% did not develop inhibitors, the results being below this statistic.

Among the patients, 55.1% had some type of viral infection, with 46.94% acquiring hepatitis C, 4.08% hepatitis B and C and the others, 4.08% Hepatitis C and HIV. In a study developed by Lianes et al. (2018)²⁰, with a sample of 34 hemophiliacs, they observed that 30 of these (88.2%) had antibodies against HCV by (EIA-3) UMELISA-HCV, while HCV-RNA infection was obtained in 23 patients (67.6%). Coinfection with the hepatitis B virus was found in 2 patients (5.8%) and the same percentage for the human immunodeficiency virus (HIV). Makris and Konkle (2017)²¹ reported that co-infection with the hepatitis C virus makes the hemophiliac patient more likely to develop cancer or liver failure decades after infection, in addition, previous studies have shown that from 20 to 30% of infected patients, develop terminal liver disease. Current data reported in the European Hemophilia Safety Surveillance Program (EUHASS) up to 2015 further show that hepatocellular cancer is the most common cancer in patients with hemophilia, and liver disease is the most common cause of death in these individuals.

In this study, it was observed that 75.5% use secondary prophylaxis treatment, in which the main pillar is the replacement of the deficient coagulation factor.² Castaño et al. (2017)²² also showed that almost all (96.6%) patients in their sample were being treated with prophylaxis, and also reported that the hemophiliacs who adhered to this treatment have a quality of life as high as the general population. Lianes et al. (2018)²⁰ emphasize that the concentrate of factors is considered the gold standard in this type of treatment. In addition, the same proved to be positive, where primary and secondary prophylaxis had advantages in the results of the following variables: pain, functionality, quality of life, recovery time measures, return to normal activities, orthopedic intervention, bleeding measures, and sustained productivity.

Conclusion

The sociodemographic and clinical characterization described in the present study shows that part of the patients was born in a period of great contagion due to infectious diseases through blood products, and more than half (55.1%) presented some type of viral infection, which increases morbidity and mortality in this population. The sample consisted mainly of adults who work and have completed higher education. This fact can be explained by the

administration of secondary prophylaxis, and proximity between the residence/place of treatment, keeping the clotting factors at safe levels, providing the capacity for rapid care in emergency cases and generating greater autonomy in this population.

Acknowledgment

The authors did not receive funding for this study.

References

1. Brasil. Manual de hemofilia. 2ª edição. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
2. Brasil. Perfil das Coagulopatias Hereditárias : 2016. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2018, 57 p.
3. Donners A, Maarseveen E, Weetink Y, Amrani M, Fischer K, Rademaker C, et al. Comparison between coagulation factor VIII quantified with one-stage activity assay and with mass spectrometry in haemophilia A patients: Proof of principle. *Int J Lab Hemato*. 2020; 00:1–8.
4. Sayago M e Lorenzo C. O acesso global e nacional ao tratamento da hemofilia: reflexões da bioética crítica sobre exclusão em saúde. *Interface*. 2020; 24: 180722. doi: <https://doi.org/10.1590/Interface.180722>
5. Ljung R, Auerswald G, Benson G, Dolan G, Duffy A, Hermans C, et al. Inhibitors in haemophilia A and B: Management of bleeds, inhibitor eradication, and strategies for difficult-to-treat patients. *European Journal of Haematology*. 2018.
6. Booth J, Oladapo A, Walsh S, O'Hara J, Carroll L, Diego DG, et al. Real-world comparative analysis of bleeding complications and health-related quality of life in patients with haemophilia A and haemophilia B. *Haemophilia*. 2018; 1-6. doi: <https://doi.org/10.1111/hae.13596>
7. Naous E, Moerloose P, Sleilaty G, Casini A, Khayat CD. The impact of haemophilia on the social status and the health-related quality of life in adult Lebanese persons with haemophilia. *Haemophilia*. 2019; 1-6. doi: <https://doi.org/10.1111/hae.13694>
8. Kelley LA e Narváez AL. Criando uma Criança com Hemofilia na América Latina. Los Angeles: Baxter BioScience; 2006.
9. Moreno DP e Buitrago CL. Pain in hemophilia patients: Assessment and management in a fourth level hospital. Case series. *Colomb Anesthesiol*. 2017; 1-6. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rca.2017.08.007>
10. Cutter S, Molter D, DUnn S, Hunter S, Peltier S, Haugstad K, et al. Impact of mild to severe hemophilia on education and work by US men, women, and caregivers of children with hemophilia B: The Bridging Hemophilia B Experiences, Results and Opportunities into Solutions (B-HERO-S) study. *European Journal Haematology*. 2017; 98:18–24. doi: <https://doi.org/10.1111/ejh.12851>
11. Okolo AI, Soucie JM, Grosse SD, Roberson C, Janson IA, Allen M, et al. Population-based surveillance of haemophilia and patient outcomes in Indiana using multiple data sources. *Haemophilia*. 2019; 1-7. doi: 10.1111/hae.13734.
12. Sousa ET, Veloso HH, Silva NA, Araújo JS. Perfil epidemiológico dos portadores de hemofilia do hemocentro da Paraíba. *Rev Odontol Bras Central*.

2013; 21- 61.

13. Flaherty LM, Schoeppe J, Kruse-Jarres R, Konkle BA. Balance, falls, and exercise: Beliefs and experiences in people with hemophilia: A qualitative study. *Research Practice in Thrombosis Haemostasis*. 2018;2:147-154. doi: <https://doi.org/10.1002/rth2.12060> .

14. Carrasco JJ, Pérez-Alenda S, Casaña J, Sorio-Olivas E, Bonanad S, Querol F. Physical Activity Monitoring and Acceptance of a Commercial Activity Tracker in Adult Patients with Haemophilia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019;16, 3851. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph16203851>

15. Buckner TW, Batt K, Quon D, Witkop M, Recht M, Kessler C, et al. Assessments of pain, functional impairment, anxiety, and depression in US adults with hemophilia across patient-reported outcome instruments in the Pain, Functional Impairment, and Quality of Life (P-FiQ) study. *European Journal Haematology*. 2018;100(Suppl. 1):5-13.

16. Júnior MA, Filho MA, Montenegro RC, Barbosa EL. Antropometria e força muscular de indivíduos hemofílicos da cidade de João Pessoa-PB. *Revista Brasileira de prescrição e fisiologia do exercício* [Internet]. 2017;11:743-747. Available from:

<http://www.rbpfex.com.br/index.php/rbpfex/article/view/1261>

17. Ferreira D, Silva EL, Borges DD, Santos GM, Nogueira TA, Silva HJ, et al. Prevalência das coagulopatias hereditárias nos portadores atendidos no centro de hematologia e hemoterapia do Piauí - HEMOPI. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR*. 2018; 24(1); 56-60. doi: <https://doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v8i1.1616> .

18. Martínez LM, Cardona VJ, Ramirez PS, Rodriguez GMÁ. Perfil clínico e epidemiológico dos pacientes com hemofilia cadastrados na Liga dos Hemofílicos de Antioquia (Colômbia). *Risaralda medical journal*. 2017; 23 (1): 34-7.

19. D'Angiolella LS, Cortesi PA, Rocino A, Copolla A, Hassan HJ, Giampolo A, Solimeno LP, et al. The socioeconomic burden of patients affected by hemophilia with inhibitors. *Eur J Haematol*. 2018; 101: 435- 456. <https://doi.org/10.1111/ejh.13108>

20. Llanes OM, Lay LL, Frometa SS, Jiménez RA, Celsa GL, Corredor MB, et al. Genotipos del virus de la Hepatitis C en pacientes hemofílicos. *Rev Cubana de Hematol, Inmunol y Hemoterapia*, 2018: 34(1): 51-57. <http://www.revhematologia.sld.cu/index.php/hih/article/view/610>

21. Makris M, Konkle BA. Hepatite C na hemofilia: tempo de tratamento para todos. *Haemophilia*; 2017; 23: 180-181. doi: <https://doi.org/10.1111/hae.13183>

22. Castaño AF, Restrepo MJ, Durán FS. Quality of life in a population with haemophilia: A cross-sectional study from a single haemophilia treatment center. *Rev Colombiana de Reumatología*. 2017: 24(1): 18-24. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rcrue.2017.04.002>

Correspondent Author

Denise Rodrigues Holsbach Sartorelo
Square 204, lot 5, Fênix Residencial, Block B.
ZIP: 71939-540. Águas Claras. Brasília , Federal
District, Brazil.
denisesartorelo@hotmail.com

Epidemiological profile of urological disorders in cisgendered men in the municipality of Bahia, Brazil

Perfil epidemiológico de agravos urológicos em homens cisgêneros em município da Bahia, Brasil

Perfil epidemiológico de los trastornos urológicos en hombres cisgénero en el municipio de Bahía, Brasil

Carolina de Souza Ramos¹, Yully Ribeiro Pedra², Anderson Reis de Sousa³, Sélton Diniz dos Santos⁴, Daniella Carvalho Gomes de Cerqueira⁵, Alcione Assunção Correia Lima⁶, Ana Margarete Cordeiro da Silva Maia⁷, Jamille Campos Oliveira⁸, Maria Carolina Oliveira Reis⁹

How to cite: Ramos CS, Pedra YR, Sousa AR, Santos SD, Cerqueira DCC, Lima AAC, et al. Epidemiological profile of urological disorders in cisgendered men in the municipality of Bahia, Brazil. REvisa. 2021; 10(1): 82-93. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n1.p82a93>

REvisa

1. Faculdade Nobre de Feira de Santana.
Feira de Santana, Bahia, Brazil.
<https://orcid.org/0000-0001-9730-1368>

2. Faculdade Nobre de Feira de Santana.
Feira de Santana, Bahia, Brazil.
<https://orcid.org/0000-0001-8427-2887>

3. Nursing School of Universidade
Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brazil.
<https://orcid.org/0000-0001-8534-1960>

4. Universidade Estadual de Feira de
Santana, Feira de Santana, Bahia, Brazil.
<https://orcid.org/0000-0002-3992-4353>

5. Faculdade de Tecnologia e Ciências.
Feira de Santana, Bahia, Brazil.
<https://orcid.org/0000-0003-4807-4917>

6. Faculdade Nobre de Feira de Santana.
Feira de Santana, Bahia, Brazil.
<https://orcid.org/0000-0002-3815-3083>

7. Faculdade Nobre de Feira de Santana.
Feira de Santana, Bahia, Brazil.
<https://orcid.org/0000-0002-3901-8721>

8. Faculdade Nobre de Feira de Santana.
Feira de Santana, Bahia, Brazil.
<https://orcid.org/000000207467848>

9. Faculdade Nobre de Feira de Santana.
Feira de Santana, Bahia, Brazil.
<https://orcid.org/0000-0003-2366-7310>

Received: 10/10/2020
Accepted: 12/12/2020

RESUMO

Objetivo: caracterizar o perfil epidemiológico de agravos urológicos em homens cisgêneros em uma unidade de urologia, nefrologia e transplante na Bahia, Brasil. **Método:** Estudo descritivo, quantitativo, transversal, realizado a partir da base de dados oriundos de 160 prontuários de atendimento em um hospital público, filantrópico, especializado, localizado em um município da Bahia, Brasil no ano de 2016. Os dados foram analisados no software Statistic Package Science for Social (SPSS). **Resultados:** Dos 160 homens atendidos na unidade de referência, na faixa etária ≥ 60 anos, casados, raça/cor parda, escolaridade não informada, zona urbana e aposentados. Dos agravos urológicos identificados, 12 tipos de agravos foram identificados sendo os mais frequentes: câncer de próstata e hiperplasia prostática. As características clínicas foram: os hábitos de vida tiveram quantitativo expressivo de informações não fornecidas. Entretanto, daqueles informados, destacaram: ser tabagista e etilista. As doenças de base não foram informadas. Das doenças apontadas, destacaram a Hipertensão. O modo de identificação da doença, a maioria não informou, mas destacou-se a apresentação de sintomas. Os exames realizados foram os laboratoriais e o PSA. Sobre os tratamentos, o medicamentoso e cirúrgico foram os mais frequentes. Quatro usuários foram a óbito. **Conclusão:** O perfil de atendimentos de homens com agravos urológicos no serviço de referência, predominou os idosos, da raça negra (pretos e pardos) e o câncer de próstata como principal agravo urológico. **Descritores:** Doenças Urológicas; Neoplasias do Homem; Homens; Saúde do Homem.

ABSTRACT

Objective: to characterize the epidemiological profile of urological disorders in cisgendered men in a urology, nephrology and transplant unit in Bahia, Brazil. **Method:** Descriptive, quantitative, cross-sectional study, carried out from a database of 160 medical records in a public, philanthropic, specialized hospital, located in a municipality in Bahia, Brazil in 2016. The data were analyzed using the software Statistic Package Science for Social (SPSS). **Results:** Of the 160 men seen at the referral unit, aged ≥ 60 years, married, mixed race, uneducated schooling, urban area and retirees. Of the urological disorders identified, 12 types of disorders were identified, the most frequent being: prostate cancer and prostatic hyperplasia. The clinical characteristics were: life habits had a significant amount of information not provided. However, of those informed, they highlighted: being a smoker and alcoholic. The underlying diseases were not reported. Of those pointed out, they highlighted Hypertension. The mode of identification of the disease, most did not report, but the presentation of symptoms stood out. The tests performed were laboratory tests and PSA. Regarding treatments, medication and surgery were the most frequent. Four users died. **Conclusion:** The profile of visits by men with urological disorders at the reference service, predominated the elderly, blacks (blacks and browns) and prostate cancer as the main urological condition. **Descriptors:** Urological Diseases; Neoplasms of Man; Men; Men's Health.

RESUMEN

Objetivo: caracterizar el perfil epidemiológico de los trastornos urológicos en hombres cisgénero en una unidad de urología, nefrología y transplante de Bahía, Brasil. **Método:** Estudio descriptivo, cuantitativo, transversal, realizado a partir de una base de datos de 160 historias clínicas de un hospital público, filantrópico, especializado, ubicado en un municipio de Bahía, Brasil en 2016. Los datos fueron analizados mediante el software Ciencia del paquete estadístico para las redes sociales (SPSS). **Resultados:** De los 160 hombres atendidos en la unidad de derivación, de ≥ 60 años, casados, mestizos, sin educación, zona urbana y jubilados. De los trastornos urológicos identificados, se identificaron 12 tipos de trastornos, siendo los más frecuentes: cáncer de próstata e hiperplasia prostática. Las características clínicas fueron: los hábitos de vida tenían una cantidad significativa de información no aportada. Sin embargo, de los informados destacaron: ser fumador y alcohólico. No se informaron las enfermedades subyacentes. De los señalados, destacaron Hipertensión. El modo de identificación de la enfermedad, la mayoría no informó, pero se destacó la presentación de los síntomas. Las pruebas realizadas fueron pruebas de laboratorio y PSA. En cuanto a los tratamientos, la medicación y la cirugía fueron las más frecuentes. Murieron cuatro usuarios. **Conclusión:** En el perfil de visitas de hombres con alteraciones urológicas al servicio de referencia, predominó el anciano, la raza negra (negros y pardos) y el cáncer de próstata como principal afección urológica. **Descritores:** Enfermedades Urológicas; Neoplasias del hombre; Hombres; Salud de los hombres.

ORIGINAL

Introduction

The male health markers in Brazil presented by the Ministry of Health have been permeated by axes related to the access and reception of men in health services, paternity, sexual and reproductive health, prevalent diseases of the male population, prevention of accidents and violence, mental and work health. Recent research has drawn attention to other dimensions of health, namely: ways of living, subjectivities and individualities, social relationships and interactions - socio-affective, bodily, cognitive, environmental, bioenergetic, ecological, transcultural, communicative and technological and transpersonal ties.¹

When observing the scope of men's health from the relationship with health services, it was observed that the data from the Outpatient Information System of the Unified Health System (SAI-SUS) in Brazil, from an analysis by region of the parents identified that the annual average of medical consultations performed by men aged 20 to 59 years was 0.06, a small number when compared to the search performed by women, which was 4.33, in 2010.² These data in addition to revealing the forms of male use of health services, which raise the resolution of existing problems, such as in the organization of the public network, of assistance, reception, structuring of health care ³, imply problematic access to the health system⁴.

From the perspective of illness, one of the main demands for male demand by health units and services has been mediated by the appearance of urological disorders of the penile genital system, in which prostate problems, erectile dysfunction, penis problems, genitourinary infections, stones in the urinary tract and diseases of the testicles, resulting in high costs for the health system⁵⁻⁸. In view of this scenario, in the context of professional health practice, to know in an expanded way the most prevalent injuries among men with cisgender gender identity - a term that is used to refer to the individual who identifies, in all aspects, with his "gender of birth", may imply strengthening health care and provision of care to the male public.

Based on the existing gaps in scientific production on the topic and added to the needs to strengthen urological care, we sought to carry out epidemiological investigations on the topic. Given the exposed reality, the objective of this study was to characterize the epidemiological profile of urological disorders in cisgendered men in a urology, nephrology and transplant unit in Bahia, Brazil.

Method

Descriptive, quantitative, cross-sectional study, carried out from the database of medical records in a public, philanthropic, specialized hospital, located in the municipality of Feira de Santana, Bahia.

The research was carried out in a urology, nephrology and transplant unit of the services performed in 2016. This service is located in the central region of Feira de Santana and currently has 145 (one hundred and forty-five) beds, including 12 beds. Intensive Care Unit (ICU). This unit is the only one of reference in two areas of high complexity in cardiology and oncology, providing services to users of the Unified Health System (SHS) and other agreements in the investigated municipality.⁹

The sample of this study consisted of primary care data, consolidated and

recorded in 160 records, in the urology, nephrology and transplant unit, of men with urological disorders, whether through clinical, outpatient, surgical or palliative treatment processes.

The study's analysis variables were concentrated in the following categories: type of injury, sociodemographic and socioeconomic characteristics (age group, race / color, marital status, education, area of residence and work situation), health status (life habits and underlying diseases) and clinical characteristics (method of disease identification, tests and type of treatment).

For data collection, a structured instrument with closed questions was used, referring to the sociodemographic and epidemiological characterization of men with urological disorders, accessed in the urological care database of the researched unit, being carried out by trained researchers.

The collected data were organized in the Microsoft Excel program, version 2013, systematized and grouped based on the composition of the study variables. Using the Statistic Package Science for Social (SPSS) software, version 23.0, statistical analyzes of simple frequencies, relative and represented in tables, were carried out to allow the descriptive characterization of the sample and interpretative analysis of the data, using the statistical method. and comparative.

This research was submitted to and approved by the Research Ethics Committee of Faculdade Nobre de Feira de Santana, Bahia, Brazil, under protocol number: 2, 367, 268, which preceded the authorization of the research field through the presentation of the Consent Term for Use Database (TCUD), as recommended by Resolution 466/12 of the National Health Council.

Results

Of the 160 men seen at the referral unit, there was a higher frequency in the age group ≥ 60 years (71.3% / 114), married (66.3% / 106), race / brown color (48.8% / 78), uneducated education (83.1% / 113), urban area (76.3% / 122) and retirees (35.6% / 57) (table 1).

Table 1 - Sociodemographic and socioeconomic characteristics of men with urological disorders seen at a referral unit. Feira de Santana, Bahia, Brazil - 2016 (n = 160).

Variables	n	%
Age Range (in years)		
16 to 30	3	1,9
31 to 59	43	26,9
≥ 60	114	71,3
Marital Status		
Married	106	66,3
Divorced	5	3,1
Not Married	35	21,9
Widower	12	7,5
Uninformed	2	1,3
Race/Color		
White	27	16,9
Brown	78	48,8
Black	42	26,3
Uninformed	13	8,1

Education		
Illiterate	3	1,9
Incomplete elementary school	7	4,4
Complete primary education	8	5,0
Incomplete high school	4	2,5
Complete high school	5	3,1
Uninformed	133	83,1
Residence zone		
Urban	122	76,3
Rural	38	23,8
Work situation		
Employee	5	,1
Retired	57	35,6
Housekeeper	1	0,6
Self-employed	20	12,5
Rural worker	32	20,0
Unemployed	1	0,6
Others	39	24,4
Uninformed	5	3,1

Of the urological disorders identified (table 2), 12 types of disorders were identified, the most frequent being: prostate cancer (78.8% / 126) and prostatic hyperplasia (6.3% / 10).

Table 2 - Urological problems in men seen at a referral service. Feira de Santana, Bahia, Brazil - 2016 (n = 157)

Variable	n	%
Prostate Cancer	126	78,8
Benign prostatic hyperplasia	10	6,3
Penile Cancer	3	1,9
Kidney Cancer	4	2,5
Bladder câncer	6	3,8
Urinary tract cancer	1	0,6
Urinary tract infection	2	1,3
Urethral lithiasis	3	1,9
Hydronephrosis	1	0,6
Urethral stricture	1	0,6
Varicocele	2	1,3
Hydrocele	1	0,6
Total		100

Source: Research data, 2016.

Regarding the clinical characteristics (table 3), life habits had a significant amount of information not provided (79.4% / 127). However, of those informed, 8.8% (14) reported being a smoker, 6.3% (10) alcoholics. Regarding basic diseases, 133 (83.1%) were not informed. Of those mentioned, 8.1% (13) of men were hypertensive. The mode of identification of the disease, most did not report (86.9 / 139), but the symptoms were the most relevant (8.8% / 14). Regarding the tests performed, the laboratory tests (23.9% / 146), PSA (19.6% / 120). Regarding treatments, medication and surgery (40.3% / 133 both) were the most frequent.

Finally, it was identified that 2.5% (4) users died (data not present in the table).

Table 3 – Situação de saúde e características clínicas de homens atendidos em serviço de referência. Feira de Santana, Bahia, Brasil - 2016 (n=160)

Variable	n	%
Life Habits		
Smoker	14	8,8
Non-smoker	2	1,3
Ex smoker	4	2,5
Alcoholic	10	6,3
Non-alcoholic	1	0,6
Ex drinker	2	1,3
Uninformed	127	79,4
Basic Diseases		
Systemic Arterial Hypertension	13	8,1
Diabetes Mellitus	3	1,9
Heart disease	3	1,9
Others	8	5,0
Not informed / does not present	133	83,1
Disease identification method		
Symptoms	14	8,8
Routine Tests	5	3,1
Health Campaign	2	1,3
Uninformed	139	86,9
Exams*		
Laboratories	146	23,9
Ultrasound	86	14,1
MRI	11	1,8
Computed tomography	21	3,4
X-ray	20	3,3
Electrocardiogram	52	8,5
Scintigraphy	20	3,3
Others	3	0,5
Digital rectal examination	13	2,1
Prostatic Specific Antigen (PSA)	120	19,6
Uninformed	120	19,6
type of treatment**		
Medicated	133	40,3
Surgical	133	40,3
Chemotherapy	16	4,8
Radiotherapy	23	7,0
Hormone therapy	25	7,6
Total	160	100

* Total frequency of 612. Patients underwent more than one exam to assess urological conditions.

* Total frequency of 330. Patients underwent another therapeutic intervention for urological disorders.

Discussion

This study is able to characterize the epidemiological profile of urological disorders in men who attended a specialized referral service in the area. The findings identified that the attendance profile of men with urological disorders at the referral service, predominated the elderly, blacks (blacks and browns) and

prostate cancer as the main urological condition.

As limitations found in the study, the difficulty found in the identification of the object of study (clinical and epidemiological characteristics) stands out, mainly with regard to epidemiological data, since the variables with category called uninformed, had high percentage indexes, results that they would be fundamental for the conclusion of the present study, such as: life habits (smoking, alcoholism), pathological antecedents and the history of the disease (as he discovered).

As this is a specialized service investigated in this study, there is a search for it when Primary Health Care is unable to manage the problem or worsen the condition. Therefore, it is more common for specialized services to serve a population with a larger age group. And, generally, men have sought health services at an older age, either due to the worsening or insistence of the family.¹⁰⁻¹² Furthermore, as it is a specialized service, the motivations for entering are important to be described in medical record.

The illness of men was the object of this study that allowed us to identify that they have occupied expressive and worrying spaces regarding male morbidity and mortality. Given this scenario, it is known that for every three people who die in Brazil, two are male, and the neglect of their health, the inefficiency of self-care are still factors that subsidize the health actions for this group.¹³⁻¹⁴

Although little registered in the data collected in the research, the appearance of previous basic diseases was verified, with emphasis on Arterial Hypertension and smoking, both situations already highlighted in the National Policy for Integral Attention to Men's Health and in institutional documents on the male health in Brazil released by the Ministry of Health of this country.¹⁵⁻¹⁷

In view of the need to evaluate clinically the appearance of antecedents, it is essential to strengthen the performance of an anamnesis and qualified physical examination, with clinical investigation of good accuracy and optimized compliance with health semiology. In this sense, attention is drawn to the clinical conduct to be adopted by health professionals who offer assistance to cisgendered men with urological clinical demands.

The majority of the population studied is married, as there is a predominance of elderly people and marriage is a very common social behavior. The family is one of the links between man and service. However, the number of single people also draws attention. Think more about how to discuss this data.¹⁸

As for the type of urological disorder that most affected men, prostate cancer prevailed, with 125 (78.125%) cases, followed by benign prostatic hyperplasia, with 8 (5%) cases, with emphasis on the occurrence of penis cancer, with 3 (1.875%) cases. Because the most frequent problem was prostate cancer, the therapeutic approach is to perform laboratory tests, ultrasound and PSA, the reason being the most frequent.

The Brazilian Society of Urology points out that of every 6 men over the age of 45, 1 may have the disease without even being aware of its diagnosis. Where Prostate cancer is the second neoplasm that most affects men.¹⁹⁻²⁰ The fear of being diagnosed with the disease, which leads to death and pain, are factors that keep men from seeking health services, at the same time that they approach them, when they seek care related to the prevention of prostate cancer.²¹ In this sense, the authors point out fear as the main reason for the low demand for

prevention in primary health services in relation to this disease.

The life expectancy of the Brazilian population has increased, and thus the prevalence of this neoplasia has also increased, thus generating a huge public health concern regarding the adoption of preventive measures to combat disease prevention and early diagnosis, in addition to generation of costs for the sector.

Regarding the second most prevalent condition, benign prostatic hyperplasia²², it is emphasized that this pathology is prevalent in men aged between 40 and 50 years, characterized by a benign enlargement of the prostate. And that variables such as age range and quality of life are also factors that may be associated with the etiology of the disease. The main complaint that causes men affected by this disease to go to health services is the difficulty in urinating, where drug therapy is the approach adopted in patients with mild to moderate discomfort and surgery for critically ill patients.²³

With regard to penile cancer, Brazil is among the countries with the highest rate of the disease, especially the North and Northeast regions, second only to some African countries, which demonstrates that the problem is related to the low socioeconomic and cultural profiles.²⁴ Studies on penile cancer have shown that the age group most affected is 60 years or older. However, there are studies carried out in the state of Pará that point out cases of the disease in young patients, under the age of 40 years.²⁵ This last data matches those obtained in the present study, where 2 of the 3 cases found are of young patients (below 60 years).

Because it is considered a rare disease, penis cancer has limited studies with regard to its epidemiology and risk factors, which makes it a public health problem.²⁶ The authors still claim that the socioeconomic profile of men affected by this condition has a close connection. This statement is based on the moment that they realized the high incidence of the disease in underdeveloped countries in contrast to the low incidence in developed countries.

Following this same analysis, the inefficiency in intimate hygiene, low education, smoking, sexually transmitted diseases (such as HPV), are the risk factors related to the clinical and epidemiological profile of these patients.²⁷ Early diagnosis is the fundamental tool for avoid further damage to the patient, because if not detected at an early stage it can result in amputation of the organ. Amputation is a type of resource that brings consequences not only physical, sexual, but above all psychological orders.²⁸

The age range of men with the presence of urological disorders was made up of men aged sixty and over, with 114 (71.25%) of the cases, followed by men aged 31 to 59 years (26.875%). Previous research indicates that aging is one of the main predisposing factors for prostate cancer, followed by genetic predisposition and bad lifestyle habits (obesity, physical inactivity, smoking and alcohol consumption).²⁹ And that the highest percentage of prostate cancer is diagnosed in men over 65, with a low percentage diagnosed under 50. However, with the increase in life expectancy worldwide, it is expected that there will be an increase in the number of this pathology.³⁰ These results should promote significant advances in the perspective of better qualification of health professionals who work in promoting the health of men.

When analyzing the marital status of men with urological problems, it was identified that they were married, with 106 (66.25%) of the cases, followed by single men (21.875%) of the cases, and of race / brown color, with 78 (48.75%),

followed by blacks, with 42 (26.25%) of cases and 133 (83.125%) schooling, uninformed and underreported, followed by complete elementary school 8 (5%), of cases.

Factors such as ethnicity and skin color are related to prostate cancer, where this pathology is 1.6% more common in men with black skin color compared to white men. It is possible that this predominance is related to lifestyle and factors related to the detection of the disease.³¹

It is important to emphasize that the school environment is a place where the construction of critical and autonomous subjects occurs, thus the school is a place of great importance for the promotion of health, since through it we can ensure that the subjects will make choices that are relevant to health, seeking to improve quality of life.³² In this context, studies show that the higher the level of education of men, the lower the incidence of the disease.³³

As for the location where these men lived, the urban area with the highest prevalence was found, with 122 (76.25%) of the cases, followed by the rural area 38 (23.75%), of the cases, with a situation of work, retired, with 57 (35.625%), followed by rural workers, with 32 (20%), of cases, data not evidenced in studies on the subject in the scientific literature.

The description of lifestyle habits, regarding smoking and drinking, presented data underreporting, with 127 (79.375%), not informed, followed by 14 (8.75%) for smoking and 10 (6.25%), for alcoholism.

Thus, with the underreporting of data on lifestyle habits, it is impossible to correlate the presence of bad lifestyle habits with the presence of urological disorders, although previous research reveals that the habit of smoking is related to the development of various diseases. (cardiovascular, pulmonary, oral, neoplasms, and others) and that alcoholism is responsible for 200 diseases and injuries exposed in the ICD-10, which is also responsible for mental disorders, behavior and some neoplasms, Brazil being a prominent country in deaths as a basic cause associated with alcohol use.³⁴ These data generate concerns and many expenses for health managers who promote campaigns and develop actions to combat these substances.³⁵

Regarding the pathological history, there was also inconsistency in the data, with 133 (83.125%) of the cases not reported, along with the identification of the medical records, followed by 13 (8.125%) cases of hypertension and 8 (5%) for other cases. associated pathologies. The association of urological problems and hypertension in the same patient should be carefully analyzed, since some chemotherapy drugs, corticosteroids, NSAIDs can also raise blood pressure, making it difficult or even preventing success in the prognosis.³⁶

Hypertension is a condition that causes a great impact on Brazilian morbidity and mortality. Predisposing factors are low quality of life (physical inactivity, smoking, drinking and others) and have an intense link to some diseases of the circulatory system and some types of cancer.

Another relevant fact is that hypertension is the most prevalent comorbidity associated with cancer, as studies have shown that the use of angiotensin receptor blocking drugs (ARB), which is widely used by hypertensive patients, increases the chance of developing tumors, including prostate cancer. , as these have a strong connection with tumor angiogenesis.³⁷

Regarding how men discovered the existence of urological problems, the study identified that the highest prevalence of cases was not identified, 139

(86.875%), followed by 14 (8.75%), through the appearance of symptoms and 5 (3.125%)), in tracking campaigns, such as the November Blue.

Regarding the performance of exams for diagnosis of cases, laboratory exams prevailed, followed by ultrasound 86 (53.75%), with the most adopted type of treatment, drug and surgical, represented by 149 (93.125%), followed by hormone therapy with 25 (15.625%), after radiotherapy with 23 (14.375%) and chemotherapy with 16 (10%), and with the presence of 4 (2.5%) deaths, which were caused by prostate cancer.

A similar study carried out in a urology outpatient clinic between 2002 and 2006 in the city of Barbacena in the state of Minas Gerais with 2,299 patients (female and male) showed that 755 men presented urological disorders (prostatitis, prostate hyperplasia, infertility , balanoposthitis and varicocele) and that they only sought care at the health service after the appearance of signs and symptoms.³⁸

In the state of São Paulo, another research in 2012 involving 21 men aged 51 to 77 years aimed to describe the understanding of the subjects when carrying out prostate cancer prevention exams where they underwent rectal examination associated with the exam of PSA (Prostatic Specific Antigen), where it was evidenced that these two tests are the main ones to confirm the diagnosis of the disease.³⁹ These data strengthen the results found in the present study that points out laboratory tests, followed by the PSA test with the highest percentages . In this regard, most of the use of the health service by men is in situations of illness or health emergencies, however this public tends to postpone going to that service. What justifies the smallest part of the patients to have discovered in screening campaigns like the one of the blue November.

Conclusion

Of the 160 men seen at the referral unit, aged ≥ 60 years, married, mixed race, uneducated education, urban area and retirees. Of the urological disorders identified, 12 types of disorders were identified, the most frequent being: prostate cancer and prostatic hyperplasia. The clinical characteristics were: life habits had a significant amount of information not provided. However, of those informed, they highlighted: being a smoker and alcoholic. The underlying diseases were not reported. Of those pointed out, they highlighted Hypertension. The mode of identification of the disease, most did not report, but the presentation of symptoms stood out. The tests performed were laboratory tests and PSA. Regarding treatments, medication and surgery were the most frequent. Four users died.

The profile of visits by men with urological conditions at the referral service, predominated the elderly, blacks (blacks and browns) and prostate cancer as the main urological condition.

We understand that recognizing the predisposing factors for a particular disease is of fundamental importance for planning health actions that contribute to minimizing its incidence. In this sense, a more careful conduct by the health team with regard to the admission of a patient is necessary, adopting the regular practice of a more detailed anamnesis and future research to collect new data.

In this context, it is also interesting that health professionals in their different fields of work, follow the results of research in their area of activity, in

order to realize the weaknesses prevalent in the protocols and conduct adopted by the team involved in the provision of care and this way to improve your assistance.

Acknowledgment

The authors did not receive funding for this study.

Reference

1. Sousa AR. Produzir cuidado à saúde de homens e suas masculinidades: uma prioridade. *REVISA*. 2020;9(4):681-4. Doi: <http://doi.org/10.36239/revisa.v9.n4.p681a684>
2. Moura EC et. al., Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família; *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014; 19(2):429-38. Doi: <http://doi.org/10.1590/1413-81232014192.05802013>.
3. Arruda GO, Marcon SS. Inquérito sobre a utilização dos serviços de saúde por homens adultos: prevalências e fatores associados. *Rev Latinoam Enferm*. 2016;24:e2685. Doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0296.2685>
4. Solano LC, Bezerra MAC, Medeiros RS et al. O acesso do homem ao serviço de saúde na atenção primária. *Rev Fund Care Online*. 2017; 9(2):302-308. Doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.302-308>
5. Knauth DR, Couto MT, Figueiredo WS. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Ciênc saúde coletiva*. 2012; 17(10): 2617-26.
6. Grabe M. et. al. Diretrizes para infecções Urológicas, 2010. Disponível em: < <https://uroweb.org/wp-content/uploads/Urological-Infections-2012-port.pdf> >. Acesso em: 03 mar. 2017.
7. Martins AM, Malamut BS. Análise do discurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Saude soc*. 2013;22(2):429-440. Doi: <http://doi.org/10.1590/S0104-12902013000200014>
8. Carrara S, Russo JA, Faro L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *Physis*. 2009; 19(3):659-678. <http://doi.org/10.1590/S0103-73312009000300006>.
9. Feira de Santana. O hospital. Hospital Dom Pedro de Alcântara. Disponível em: <http://www.hdpa.com.br/hospital.php>. Acesso em 20 mai. 2017.
10. Coelho Juliana Sousa, Giacomini Karla C, Firmo Josélia Oliveira Araújo. O cuidado em saúde na velhice: a visão do homem. *Saude soc*. 2016;25(2):408-21 Doi: <http://doi.org/10.1590/S0104-12902016142920>.
11. Bacelar AYS, Coni DGL, Santos DV, Sousa AR. Homens na unidade de saúde da família. *Rev enferm UFPE on line*. 2018;12(9):2507-13. Doi: <http://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i9a236098p2507-2513-2018>
12. Separavich MA, Canesqui AM. Masculinidades e cuidados de saúde nos processos de envelhecimento e saúde-doença entre homens trabalhadores de Campinas/SP, Brasil. *Saude soc*. 2020; 29(2): e180223.
13. Oliveira MM, Daher DV, Silva JLL, Andrade SSCA. A saúde do homem em questão: busca por atendimento na atenção básica de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2015;20(1): 273-8. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.21732013>.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Perfil da morbimortalidade masculina no Brasil [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas

Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília; 2009.

16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Glossário temático : saúde do homem [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde.– Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

17. Moura E. Perfil da situação de saúde do homem no Brasil. Erly Moura./ Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Fernandes Figueira, 2012.

18. Costa SRN, Roseney B, Araújo LFS, Almeida KBB, Souza ÍP. Lugares do homem no cuidado familiar no adoecimento crônico. Rev. esc. enferm. USP. 2018;52:e03398. Doi: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017046703398>.

19. Lins C et al. Marcadores imuno-histoquímicos no diagnóstico do câncer de próstata. Ciências Biológicas e da Saúde. Maceió. [internet]. 2014; 2(1). [cited 04 nov 2020]. Available from: < <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosauade/articl>

20. Martins AM et. al. A Produção Científica Brasileira sobre o Câncer Masculino: Estado da Arte; Revista Brasileira de Cancerologia 2013; 59(1): 105-112. Available from: < http://www.inca.gov.br/rbc/n_59/v01/pdf/17-a-producao-cientifica-brasileira-sobre-o-cancer-masculino.pdf >.

21. Belinelo RGS, Almeida SM, Oliveira PP, Onofre PSC, Viegas SMF, Rodrigues AB. Exames de rastreamento para o câncer de próstata: vivência de homens. Esc Anna Nery 2014;18(4):697-704. Doi: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140099>

22. JA. Hiperplasia Prostática Benigna e PSA: o efeito dominó. Revista Brasileira De Medicina De Família E Comunidade, 7(25), 259-264. Doi: [https://doi.org/10.5712/rbmfc7\(25\)654](https://doi.org/10.5712/rbmfc7(25)654)

23. Wroclawski ML, Carneiro A, Tristão RA, Sakuramoto PK, Youssef JDM, Lopes NAC et al. Hiperplasia prostática gigante: hematúria macroscópica com choque hipovolêmico em paciente previamente assintomático. Einstein. 2015;13(3):420-22. Doi: <http://doi.org/10.1590/S1679-45082015RC2905>.

24. Costa S et al. Câncer de pênis: Epidemiologia e estratégias de prevenção. Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde Facipe. [internet]. 2013;(1):2,23-33. [cited 04 nov 2020]. Available from: <https://periodicos.set.edu.br/facipesaude/article/view/1197>

25. Fonseca AG et al. Estudo epidemiológico do câncer de pênis no Estado do Pará, Brasil. Rev Pan-Amaz Saude 2010; 1(2):85-90. doi: <https://doi.org/10.5123/S2176-62232010000200010>.

26. Moraes-Filho IM, Francisco CR, Moraes RB, Félix KC, Carvalho-Filha FSS, Sousa TV. Aplicação do arco de Charlez Magueres na implementação de estratégias para prevenção do câncer de pênis: relato de experiência. REvisa. 2020; 9(4): 804-9. <http://doi.org/10.36239/revisa.v9.n4.p804a809>

27. Silva JM, Barbosa MGA, Souza APB, Silva EI, Rocha AA, Lins SRO. Conhecimento dos homens sobre a prevenção do câncer de pênis em um ambulatório no interior de Pernambuco. Braz. J. of Develop. 2020;6,8,p.59228-59250. Doi: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n8-369>.

28. Reis AAS, Paula LB, Paula AAP, Saddi VA, Cruz AD. Aspectos clínico-epidemiológicos associados ao câncer de pênis. Ciênc. saúde coletiva. 2010;15(Suppl1):1105-11. Doi: <http://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700018>.

29. Instituto Nacional do Câncer. Câncer de próstata: Vamos falar sobre isso? . Rio de Janeiro, RJ, 2017.

30. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2016 incidência de câncer no Brasil, 2015. <https://www.inca.gov.br/campanhas/dia-nacional-de-combate-ao-cancer/2015/estimativa-2016-incidencia-de-cancer-no-brasil>

31. Brasil. Ministerio da Saúde.Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instrutivo PSE. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

Saúde na escola. Brasília, 2009.

33. Allebradt et al., Caracterização de pacientes com câncer de pênis em um Hospital Filantrópico . Rev. Multip. Saúde HSM.2013;12,14-25.

34. Silva PAS, Furtado MS, Guilhon AB, Souza NVDO, David HMS Leal. A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. Esc. Anna Nery. 2012;16(3):561-8. Doi: <http://doi.org/10.1590/S1414-81452012000300019>.

35. Oliveira MM et al. A saúde do homem em questão: busca por atendimento na atenção básica de saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2015; 20(1):273-8.

36. Souza CS, Stein AT, Bastos GAN, Pellanda LC. Controle da pressão arterial em hipertensos do Programa Hiperdia: estudo de base territorial. Arq Bras Cardiol. 2014;102(6):571-8.

37. Portela PP, Mussi FC, Gama GGG, Santos CAST. Fatores associados ao descontrole da pressão arterial em homens. Acta paul. enferm. 2016; 29(3): 307-15. Doi: <http://doi.org/10.1590/1982-0194201600043>.

37. Silva EC et al. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em homens e mulheres residentes em municípios da Amazônia Legal. Rev Bras Epidemiol 2016; 19(1): 38-51. Doi: <http://doi.org/10.1590/1980-5497201600010004>.

38. Vidigal JA et al . Doentes atendidos no Ambulatório de Urologia do Sistema Único de Saúde - Departamento Municipal de Assistência à Saúde Pública (SUS- DEMASP) Barbacena-Minas Gerais. Rev Med Minas Gerais Vol. 11, n. 40 , 2006 Disponível em: <https://www.sbec.org.br/sbec-site/revista-sbec/pdfs/40/editorial.pdf>. Acessado em 26 mar. 2018

39. Belinelo RGS et al. Exames de rastreamento para o câncer de próstata: vivência de homens .Escola Anna Nery revista de enfermagem. Esc Anna Nery 2014;18(4):697-704. Doi: <http://doi.org/10.5935/1414-8145.20140099>

40. Vieira KaLD, Gomes VLO, BMR, Costa CFS. Atendimento da população masculina em unidade básica saúde da família: motivos para a (não) procura. Esc. Anna Nery.2013; 17(1):120-127. <http://doi.org/10.1590/S1414-81452013000100017>.

Correspondent Author

Anderson Reis de Sousa
Nursing School of Universidade Federal da Bahia.
241 Basílio da Gama St.ZIP: 40110-
907. Canela. Salvador, Bahia, Brasil.
son.reis@hotmail.com

Perfil epidemiológico de agravos urológicos em homens cisgêneros em município da Bahia, Brasil

Epidemiological profile of urological disorders in cisgendered men in the municipality of Bahia, Brazil

Perfil epidemiológico de los trastornos urológicos en hombres cisgénero en el municipio de Bahía, Brasil

Carolina de Souza Ramos¹, Yully Ribeiro Pedra², Anderson Reis de Sousa³, Sélton Diniz dos Santos⁴, Daniella Carvalho Gomes de Cerqueira⁵, Alcione Assunção Correia Lima⁶, Ana Margarete Cordeiro da Silva Maia⁷, Jamille Campos Oliveira⁸, Maria Carolina Oliveira Reis⁹

Como citar: Ramos CS, Pedra YR, Sousa AR, Santos SD, Cerqueira DCC, Lima AAC, et al. Perfil epidemiológico de agravos urológicos em homens cisgêneros em município da Bahia, Brasil. REVIS. 2021; 10(1): 82-93. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n1.p82a93>

REVIS

1. Faculdade Nobre de Feira de Santana.
Feira de Santana, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-9730-1368>

2. Faculdade Nobre de Feira de Santana.
Feira de Santana, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-8427-2887>

3. Escola de Enfermagem da
Universidade Federal da Bahia.
Salvador, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-8534-1960>

4. Universidade Estadual de Feira de
Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-3992-4353>

5. Faculdade de Tecnologia e Ciências.
Feira de Santana, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-4807-4917>

6. Faculdade Nobre de Feira de Santana.
Feira de Santana, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-3815-3083>

7. Faculdade Nobre de Feira de Santana.
Feira de Santana, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-3901-8721>

8. Faculdade Nobre de Feira de Santana.
Feira de Santana, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-2467-8488>

9. Faculdade Nobre de Feira de Santana.
Feira de Santana, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-2366-7310>

Recebido: 10/10/2020
Aprovado: 12/12/2020

RESUMO

Objetivo: caracterizar o perfil epidemiológico de agravos urológicos em homens cisgêneros em uma unidade de urologia, nefrologia e transplante na Bahia, Brasil. **Método:** Estudo descritivo, quantitativo, transversal, realizado a partir da base de dados oriundos de 160 prontuários de atendimento em um hospital público, filantrópico, especializado, localizado em um município da Bahia, Brasil no ano de 2016. Os dados foram analisados no software Statistic Package Science for Social (SPSS). **Resultados:** Dos 160 homens atendidos na unidade de referência, na faixa etária ≥ 60 anos, casados, raça parda, escolaridade não informada, zona urbana e aposentados. Dos agravos urológicos identificados, 12 tipos de agravos foram identificados sendo os mais frequentes: câncer de próstata e hiperplasia prostática. As características clínicas foram: os hábitos de vida tiveram quantitativo expressivo de informações não fornecidas. Entretanto, daqueles informados, destacaram: ser tabagista e etilista. As doenças de base não foram informadas. Das apontadas, destacaram a Hipertensão. O modo de identificação da doença, a maioria não informou, mas destacou-se a apresentação de sintomas. Os exames realizados foram os laboratoriais e o PSA. Sobre os tratamentos, o medicamentoso e cirúrgico foram os mais frequentes. Quatro usuários foram a óbito. **Conclusão:** O perfil de atendimentos de homens com agravos urológicos no serviço de referência, predominou os idosos, da raça negra (pretos e pardos) e o câncer de próstata como principal agravo urológico. **Descritores:** Doenças Urológicas; Neoplasias do Homem; Homens; Saúde do Homem.

ABSTRACT

Objective: to characterize the epidemiological profile of urological disorders in cisgendered men in a urology, nephrology and transplant unit in Bahia, Brazil. **Method:** Descriptive, quantitative, cross-sectional study, carried out from a database of 160 medical records in a public, philanthropic, specialized hospital, located in a municipality in Bahia, Brazil in 2016. The data were analyzed using the software Statistic Package Science for Social (SPSS). **Results:** Of the 160 men seen at the referral unit, aged ≥ 60 years, married, mixed race, uneducated schooling, urban area and retirees. Of the urological disorders identified, 12 types of disorders were identified, the most frequent being: prostate cancer and prostatic hyperplasia. The clinical characteristics were: life habits had a significant amount of information not provided. However, of those informed, they highlighted: being a smoker and alcoholic. The underlying diseases were not reported. Of those pointed out, they highlighted Hypertension. The mode of identification of the disease, most did not report, but the presentation of symptoms stood out. The tests performed were laboratory tests and PSA. Regarding treatments, medication and surgery were the most frequent. Four users died. **Conclusion:** The profile of visits by men with urological disorders at the reference service, predominated the elderly, blacks (blacks and browns) and prostate cancer as the main urological condition. **Descriptors:** Urological Diseases; Neoplasms of Man; Men; Men's Health.

RESUMEN

Objetivo: caracterizar el perfil epidemiológico de los trastornos urológicos en hombres cisgénero en una unidad de urología, nefrología y transplante de Bahía, Brasil. **Método:** Estudio descriptivo, cuantitativo, transversal, realizado a partir de una base de datos de 160 historias clínicas de un hospital público, filantrópico, especializado, ubicado en un municipio de Bahía, Brasil en 2016. Los datos fueron analizados mediante el software Ciencia del paquete estadístico para las redes sociales (SPSS). **Resultados:** De los 160 hombres atendidos en la unidad de derivación, de ≥ 60 años, casados, mestizos, sin educación, zona urbana y jubilados. De los trastornos urológicos identificados, se identificaron 12 tipos de trastornos, siendo los más frecuentes: cáncer de próstata e hiperplasia prostática. Las características clínicas fueron: los hábitos de vida tenían una cantidad significativa de información no aportada. Sin embargo, de los informados destacaron: ser fumador y alcohólico. No se informaron las enfermedades subyacentes. De los señalados, destacaron Hipertensión. El modo de identificación de la enfermedad, la mayoría no informó, pero se destacó la presentación de los síntomas. Las pruebas realizadas fueron pruebas de laboratorio y PSA. En cuanto a los tratamientos, la medicación y la cirugía fueron las más frecuentes. Murieron cuatro usuarios. **Conclusión:** En el perfil de visitas de hombres con alteraciones urológicas al servicio de referencia, predominó el anciano, la raza negra (negros y pardos) y el cáncer de próstata como principal afección urológica. **Descriptores:** Enfermedades Urológicas; Neoplasias del hombre; Hombres; Salud de los hombres.

ORIGINAL

Introdução

Os marcadores de saúde masculina no Brasil apresentados pelo Ministério da Saúde têm sido permeados por eixos relacionados ao acesso e o acolhimento dos homens nos serviços de saúde, da paternidade, saúde sexual e reprodutiva, doenças prevalentes da população masculina, prevenção dos acidentes e violências, saúde mental e do trabalho. Investigação recente tem chamado à atenção para outras dimensões da saúde, a saber: os modos de viver, subjetividades e individualidades, relações e interações sociais – vinculação socioafetiva, corporais, cognitivas, ambientais, bioenergéticas, ecológicas, transculturais, comunicativas e tecnológicas e transpessoais.¹

Quando observada o âmbito da saúde de homens a partir da relação com os serviços de saúde, observou-se que os dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SAI-SUS) do Brasil, a partir de uma análise por região do país identificou que a média anual de consultas médicas realizadas por homens com idade entre 20 a 59 anos, foi de 0,06, número reduzido, quando comparado à busca realizada pelas mulheres, que foi de 4,33, no ano de 2010.² Esses dados além de revelar as formas de utilização masculina dos serviços de saúde, que suscitam a resolução de problemáticas existentes, tais como na organização da rede pública, da assistência, acolhimento, estruturação da atenção à saúde³, implicam em problemáticas acesso ao sistema de saúde⁴.

Na perspectiva do adoecimento, dentre as principais demandas para procura masculina pelas unidades e serviços de saúde tem sido mediado pelo aparecimento de agravos urológicos do sistema genital peniano, em que se destacam os problemas da próstata, a disfunção erétil, os agravos do pênis, as infecções geniturinárias, os cálculos nas vias urinárias e as doenças dos testículos, acarretando em elevados custos para o sistema de saúde⁵⁻⁸. Face a este cenário, no âmbito da prática profissional de saúde conhecer de modo ampliado os agravos mais prevalentes entre os homens com identidade de gênero cisgenera - termo que é utilizado para se referir ao indivíduo que se identifica, em todos os aspectos, com o seu "gênero de nascença", poderá implicar em fortalecimento da assistência à saúde e da oferta de cuidados ao público masculino.

A partir das lacunas existentes na produção científica sobre o tema e somados às necessidades de fortalecer a atenção urológica, buscou-se realizar investigações epidemiológicas sobre o tema. Diante da realidade exposta, o objetivo deste estudo foi caracterizar o perfil epidemiológico de agravos urológicos em homens cisgêneros em uma unidade de urologia, nefrologia e transplante na Bahia, Brasil.

Método

Estudo descritivo, quantitativo, transversal, realizado a partir da base de dados dos prontuários de atendimento em um hospital público, filantrópico, especializado, localizado no município de Feira de Santana, Bahia.

A pesquisa foi realizada em uma unidade de urologia, nefrologia e transplante dos atendimentos realizados no ano de 2016. Tal serviço está localizado na região central de Feira de Santana e conta atualmente com 145 (cento e quarenta e cinco) leitos, incluindo 12 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Esta unidade é a única de referência em duas áreas de alta

complexidade em cardiologia e oncologia com prestação de serviços aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e demais convênios no município investigado.⁹

A amostra desse estudo foi composta por dados primários de atendimento, consolidados e registrados em 160 prontuários, na unidade de urologia, nefrologia e transplante, de homens com agravos urológicos, quer sejam eles por processos clínicos, ambulatoriais, cirúrgicos ou de tratamento paliativo.

As variáveis de análise do estudo foram concentradas nas categorias a seguir: tipo de agravo, características sociodemográficas e socioeconômicas (faixa etária, raça/cor, estado civil, escolaridade, zona de residência e situação laboral), situação de saúde (hábitos de vida e doenças de base) e característica clínica (modo de identificação da doença, exames e tipo de tratamento).

Para coleta de dados foi utilizado um instrumento estruturado com questões fechadas, referentes à caracterização sociodemográfica, epidemiológica de homens com agravos urológicos, acessados no banco de dados de atendimentos urológicos da unidade pesquisada, sendo realizada por pesquisadores treinados.

Os dados coletados foram organizados no programa Microsoft Excel, versão 2013, sistematizados e agrupados a partir da composição das variáveis do estudo. Através do *software Statistic Package Science for Social* (SPSS), versão 23.0, foram realizadas as análises estatísticas das frequências simples, relativas e representados na forma de tabelas, para permitir a caracterização descritiva da amostra e análise interpretativa dos dados, por meio do método estatístico e comparativo.

Esta pesquisa foi submetida e aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Nobre de Feira de Santana, Bahia, Brasil, sob protocolo de número: 2.367.268, que precedeu da autorização do campo da pesquisa através da apresentação do Termo de Consentimento para Uso de Banco de Dados (TCUD), conforme preconiza a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

Dos 160 homens atendidos na unidade de referência, observou-se maior frequência na faixa etária ≥ 60 anos (71,3%/114), casados (66,3%/106), raça/cor parda (48,8%/78), escolaridade não informada (83,1%/113), zona urbana (76,3%/122) e aposentados (35,6%/57) (tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas e socioeconômicas de homens com agravos urológicos atendidos em unidade de referência. Feira de Santana, Bahia, Brasil - 2016 (n=160).

Variáveis	n	%
Faixa etária (em anos)		
16 a 30	3	1,9
31 a 59	43	26,9
≥ 60	114	71,3
Estado Civil		
Casado	106	66,3
Divorciado	5	3,1
Solteiro	35	21,9
Viúvo	12	7,5

Não informado	2	1,3
Raça/Cor		
Branco	27	16,9
Pardo	78	48,8
Preto	42	26,3
Não informado	13	8,1
Escolaridade		
Analfabeto	3	1,9
Ensino fund. incompleto	7	4,4
Ensino fund. completo	8	5,0
Ensino méd. incompleto	4	2,5
Ensino méd. completo	5	3,1
Não informado	133	83,1
Zona de residência		
Urbana	122	76,3
Rural	38	23,8
Situação laboral		
Empregado	5	,1
Aposentado	57	35,6
Dono de casa	1	0,6
Autônomo	20	12,5
Trabalhador rural	32	20,0
Desempregado	1	0,6
Outros	39	24,4
Não informado	5	3,1

Dos agravos urológicos identificados (tabela 2), 12 tipos de agravos foram identificados sendo os mais frequentes: câncer de próstata (78,8%/126) e hiperplasia prostática (6,3%/10).

Tabela 2 - Agravos urológicos em homens atendidos em serviço de referência. Feira de Santana, Bahia, Brasil - 2016 (n=157)

Variável	n	%
Câncer de próstata	126	78,8
Hiperplasia prostática benigna	10	6,3
Câncer de pênis	3	1,9
Câncer de rim	4	2,5
Câncer de bexiga	6	3,8
Câncer das vias urinárias	1	0,6
Infecção do trato urinário	2	1,3
Litíase uretral	3	1,9
Hidronefrose	1	0,6
Estenose de uretra	1	0,6
Varicocele	2	1,3
Hidrocele	1	0,6
Total		100

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016.

Já em relação as características clínicas (tabela 3), os hábitos de vida tiveram quantitativo expressivo de informações não fornecidas (79,4%/127). Entretanto, daqueles informados, 8,8% (14) referiram ser tabagista, 6,3% (10)

etilistas. Em relação as doenças de base, 133 (83,1%) não foi informado. daquelas apontadas, 8,1% (13) dos homens eram hipertensos. O modo de identificação da doença, a maioria não informou (86,9/139), mas os sintomas foram os mais relevantes (8,8%/14). No que tange aos exames realizados, os laboratoriais (23,9%/146), PSA (19,6%/ 120). Sobre os tratamentos, o medicamentoso e cirúrgica (40,3%/133 ambos) foram os mais frequentes. Por fim, foram identificados que 2,5% (4) usuários foram a óbito (dado não presente na tabela).

Tabela 3 – Situação de saúde e características clínicas de homens atendidos em serviço de referência. Feira de Santana, Bahia, Brasil - 2016 (n=160)

Variável	n	%
Hábitos de vida		
Tabagista	14	8,8
Não tabagista	2	1,3
Ex tabagista	4	2,5
Etilista	10	6,3
Não etilista	1	0,6
Ex etilista	2	1,3
Não informado	127	79,4
Doenças de base		
Hipertensão Arterial Sistêmica	13	8,1
Diabetes Mellitus	3	1,9
Cardiopatias	3	1,9
Outros	8	5,0
Não informado/não apresenta	133	83,1
Modo de identificação da doença		
Sintomas	14	8,8
Exames de rotina	5	3,1
Campanha de saúde	2	1,3
Não informado	139	86,9
Exames*		
Laboratoriais	146	23,9
Ultrassonografia	86	14,1
Ressonância Magnética	11	1,8
Tomografia Computadorizada	21	3,4
Raio X	20	3,3
Eletrocardiograma	52	8,5
Cintilografia	20	3,3
Outros	3	0,5
Toque retal	13	2,1
Antígeno Prostático Específico (PSA)	120	19,6
Não informado	120	19,6
Tipo de tratamento**		
Medicamentoso	133	40,3
Cirúrgico	133	40,3
Quimioterápico	16	4,8
Radioterápico	23	7,0
Hormonioterápico	25	7,6
Total	160	100

* Frequência total de 612. Pacientes realizaram mais de um exame para avaliação dos agravos urológicos.

** Frequência total de 330. Pacientes realizaram mais uma intervenção terapêutica dos agravos urológicos.

Discussão

Este estudo é capaz de caracterizar o perfil epidemiológico dos agravos urológicos de homens que frequentaram um serviço de referência especializado na área. Os achados identificaram que o perfil de atendimentos de homens com agravos urológicos no serviço de referência, predominou os idosos, da raça negra (pretos e pardos) e o câncer de próstata como principal agravo urológico. Como limitações encontradas no estudo destaca-se a dificuldade encontrada na identificação do objeto de estudo (características clínicas e epidemiológicas), principalmente no que se refere a dados epidemiológicos, visto que as variáveis com categoria denominada não informado, tiveram altos índices percentuais, resultados que seriam fundamentais para conclusão do presente estudo como: hábitos de vida (tabagismo, etilismo), antecedentes patológicos e o histórico da doença (como descobriu).

Por se tratar de um serviço especializado investigado neste estudo, há uma busca dos mesmos quando a Atenção Primária à Saúde não tem condições de manejar o problema ou pelo agravamento do quadro. Portanto, é mais comum serviços especializados atenderem uma população com faixa etária maior. E, geralmente, os homens tem buscado os serviços de saúde com idade mais avançada, seja pelo agravamento ou pela insistência da família.¹⁰⁻¹² Além mais, por se tratar de um serviço especializado, as motivações para o ingresso são importantes estarem descritas em prontuário.

O adoecimento de homens foi objeto deste estudo que permitiu identificar que esses têm ocupado espaços expressivos e preocupantes quanto à morbimortalidade masculina. Face a esse cenário, faz-se saber que a cada três pessoas que morrem no Brasil, duas são do sexo masculino, e o descaso com sua saúde, a ineficiência do autocuidado ainda se constituem em fatores que subsidiam as ações de saúde para esse grupo.¹³⁻¹⁴

Ainda que pouco registrado nos dados coletados na pesquisa, o aparecimento de doenças de base prévias foi verificado, com destaque para a Hipertensão Arterial e o tabagismo, ambas situações já destacadas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e em documentos institucionais sobre a saúde masculina no Brasil divulgados pelo Ministério da Saúde deste país.¹⁵⁻¹⁷

Diante da necessidade de avaliar clinicamente o aparecimento de antecedentes, torna-se imprescindível fortalecer a realização de uma anamnese e exame físico qualificado e com investigação clínica de boa acurácia e o cumprimento otimizado da semiologia em saúde. Neste sentido, chama-se a atenção para a condução clínica a ser adotada por profissionais de saúde que ofertem assistência à homens cisgêneros com demandas clínicas urológicas.

A maioria da população estudada é casada, pois há uma predominância de pessoas idosas e o casamento é um comportamento social muito comum. A família é um dos elos entre o homem e o serviço. No entanto, chama atenção também o quantitativo de pessoas solteiras. Pensar mais como discutir esse dado.¹⁸

Quanto ao tipo de agravo urológico que mais acometeram os homens, prevaleceu o câncer de próstata, com 125 (78,125%), dos casos, seguido da Hiperplasia prostática benigna, com 8 (5%), dos casos, com destaque para a ocorrência de câncer de pênis, com 3 (1,875%) casos. Pelo fato do agravo mais

frequente ter sido o câncer de próstata, a conduta terapêutica é a realização de exames laboratoriais, Ultrassonografia e PSA razão esta foram os mais frequentes.

A Sociedade Brasileira de Urologia aponta que de cada 6 homens com idade acima de 45 anos, 1 pode ter a doença sem nem ter conhecimento do seu diagnóstico. Onde Câncer de próstata constitui-se na segunda neoplasia que mais acomete os homens.¹⁹⁻²⁰ O medo de receber o diagnóstico da doença, a qual os remete a morte e a dor, são fatores que afastam a procura dos homens pelos serviços de saúde, ao mesmo tempo em que os aproximam, quando estes buscam os atendimentos relacionados à prevenção do câncer de próstata.²¹ Neste sentido os autores apontam o medo como o principal motivo para a baixa procura pela prevenção nos serviços primários de saúde em relação a este agravo.

A expectativa de vida da população Brasileira aumentou, e dessa forma aumentou-se também a prevalência desta neoplasia, gerando assim uma enorme preocupação de saúde pública no que se refere à adoção de medidas preventivas no combate a prevenção da doença e o diagnóstico precoce, além da geração de custos para o setor.

Em relação ao segundo agravo de maior prevalência, a hiperplasia prostática benigna²², destaca que esta patologia é prevalente em homens da faixa etária entre 40 e 50 anos caracterizando-se pelo aumento benigno da próstata. E que as variáveis como faixa etária e qualidade de vida também são fatores que podem estar associados à etiologia da doença. A queixa principal que ocasiona a ida dos homens acometidos por este agravo aos serviços de saúde é a dificuldade em urinar, onde a terapia medicamentosa é a conduta adotada em pacientes com desconfortos leves a moderados e a cirurgia para pacientes graves.²³

Com relação ao câncer de pênis o Brasil está entre os países de maior índice da doença, em especial as regiões Norte e Nordeste, perdendo apenas para alguns países da África, o que demonstra que o agravo tem relação com o perfil socioeconômicos e culturais baixos.²⁴ Estudos sobre câncer de pênis evidenciaram que a faixa etária que mais é acometida é de 60 anos ou mais. Entretanto há estudos realizados no estado do Pará que apontam casos da doença em pacientes jovens, com idade inferior a 40 anos.²⁵ Este último dado confere com os obtidos no presente estudo, onde 2 dos 3 casos encontrados são de pacientes jovens (abaixo de 60 anos).

Pelo fato de ser considerada uma doença rara, o câncer de pênis possui estudos limitados no que se refere a sua epidemiologia e fatores de risco, o que a torna um problema de saúde pública.²⁶ Os autores ainda afirmam que, o perfil socioeconômico dos homens acometidos por este agravo possui estreita ligação. Esta afirmativa é fundamentada no momento que perceberam a alta incidência da doença em países subdesenvolvidos em contraste com a baixa incidência em países desenvolvidos.

Seguindo essa mesma análise, a ineficiência na higiene íntima, baixa escolaridade, o tabagismo, as doenças sexualmente transmissíveis (como o HPV), são os fatores de risco relacionados ao perfil clínico e epidemiológico desses pacientes.²⁷ O diagnóstico precoce é a ferramenta fundamental para evitar maiores prejuízos ao paciente, pois, se não detectado em estágio inicial pode acarretar em amputação do órgão. A amputação é um tipo de recurso que trás consequências não somente físicas, sexuais, mas sobretudo de ordens psicológicas.²⁸

A faixa etária dos homens com a presença de agravos urológicos constituiu-se de homens com sessenta anos e mais, com 114 (71,25%) dos casos, seguido de homens com 31 a 59 anos (26,875%). Pesquisas anteriores apontam que o envelhecimento é um dos principais fatores predisponentes do câncer de próstata, seguido de predisposição genética e maus hábitos de vida (obesidade, sedentarismo, tabagismo e etilismo).²⁹ E que a maior porcentagem de câncer de próstata é diagnosticada em homens acima de 65 anos, sendo uma porcentagem baixa diagnosticada abaixo dos 50 anos. Entretanto com o aumento da expectativa de vida mundial, é esperado que ocorra um aumento no número dessa patologia.³⁰ Estes resultados devem promover avanços significativos na perspectiva de melhor qualificação dos profissionais de saúde que atuam na promoção da saúde de homens.

Ao analisar o estado civil de homens com agravos urológicos, identificou-se que esses eram casados, com 106 (66,25%) dos casos, seguido de homens solteiros (21,875%) dos casos, e de raça/cor parda, com 78 (48,75%), seguido de negros, com 42 (26,25%) dos casos e de escolaridade 133 (83,125%), não informada e subnotificada, seguido de ensino fundamental completo 8 (5%), dos casos.

Fatores como etnia e cor da pele tem relação com o câncer de próstata, onde essa patologia é 1,6% mais comum em homens com a cor de pele negra em comparação aos homens brancos. É possível que esse predomínio tenha relação com o estilo de vida e fatores relacionados à detecção da doença.³¹

É importante salientar que o ambiente escolar é um local onde ocorre a construção de sujeitos críticos e autônomos, deste modo a escola é um lugar de grande importância para a promoção da saúde, uma vez que através dela podemos assegurar que os sujeitos irão fazer escolhas que sejam relevantes para a saúde, buscando melhoria na qualidade de vida.³² Nesse contexto, estudos evidenciam que quanto maior é o nível de instrução dos homens menor é a incidência da doença.³³

Quanto à localidade em que esses homens residiam, verificou-se a zona urbana com a maior prevalência, com 122 (76,25%), dos casos, seguido da zona rural 38 (23,75%), dos casos, com situação de trabalho, aposentados, com 57 (35,625%), seguido de trabalhadores rurais, com 32 (20%), dos casos, dado não evidenciado em estudos sobre a temática na literatura científica.

A descrição dos hábitos de vida, quanto ao tabagismo e etilismo, apresentou subnotificação dos dados, com 127 (79,375%), não informados, seguido de 14 (8,75%) para tabagismo e 10 (6,25%), para etilismo.

Desta forma, com a subnotificação dos dados sobre hábitos de vida, impossibilita-se correlacionar a presença dos maus hábitos de vida com a presença dos agravos urológicos, embora, pesquisas anteriores revelem que o hábito do tabagismo, possui relação com o desenvolvimento de várias doenças (cardiovasculares, pulmonares, bucais, neoplasias, e outras) e que o etilismo é responsável por 200 doenças e lesões expostas na CID-10 ao qual é responsável também por transtornos mentais, de comportamento e algumas neoplasias, sendo o Brasil um país de destaque em óbitos como causa básica associada ao uso do álcool.³⁴ Estes dados geram preocupações e muitos gastos aos gestores de saúde que promovem campanhas e desenvolvem ações no combate a estas substâncias.³⁵

No que tange os antecedentes patológicos, verificou-se também inconsistência nos dados,

apresentando 133 (83,125%) dos casos não informados, junto à identificação dos prontuários, seguido de 13 (8,125%) casos de hipertensão e 8 (5%) para outras patologias associadas. A associação de agravos urológicos e hipertensão no mesmo paciente deve ser analisada com cautela, visto que, alguns fármacos quimioterápicos, corticosteróides, Anti-Inflamatórios Não Esteroidais (AINEs) também podem elevar a pressão arterial dificultando ou até impedindo o sucesso no prognóstico.³⁶

A hipertensão é um agravo que ocasiona grande impacto na morbimortalidade brasileira. Possui como fatores predisponentes baixa qualidade de vida (sedentarismo, tabagismo, etilismo e outros) e têm intensa ligação a algumas doenças do aparelho circulatório e alguns tipos de câncer.

Outro dado relevante é que a hipertensão é a comorbidade de maior prevalência associada ao câncer visto que estudos demonstraram que o uso de medicamentos bloqueadores receptores da angiotensina (BRA) muito utilizado por pacientes hipertensos aumentam a chance do desenvolvimento de tumores, dentre eles o de próstata, pois estes têm forte ligação com a angiogênese tumoral.³⁷

Sobre como os homens descobriram a existência dos agravos urológicos, o estudo identificou que a maior prevalência dos casos não foi identificada, 139 (86,875%), seguido de 14 (8,75%), através do aparecimento dos sintomas e 5 (3,125%), em campanhas de rastreamento, a exemplo do Novembro Azul.

Quanto a realização dos exames para diagnósticos dos casos, prevaleceu os exames laboratoriais, seguido da ultrassonografia 86 (53,75%), tendo como tipo de tratamento mais adotado, o medicamentoso e cirúrgico, representado por 149 (93,125%), seguido da hormonioterapia com 25 (15,625%), depois da radioterapia com 23 (14,375%) e quimioterapia com 16 (10%), e com a presença de 4 (2,5%) óbitos, que foram causados pelo câncer de próstata.

Um estudo semelhante realizado em um ambulatório de urologia entre os anos de 2002 a 2006 na cidade de Barbacena no estado de Minas Gerais com 2.299 pacientes (sexo feminino e masculino) evidenciou que, 755 homens apresentaram agravos urológicos (prostatites, hiperplasia de próstata, infertilidade, balanopostites e varicocele) e que os mesmos só procuraram atendimento no serviço de saúde após o aparecimento de sinais e sintomas.³⁸

No estado de São Paulo, outra pesquisa no ano de 2012 envolvendo 21 homens na faixa etária de 51 a 77 anos objetivou descrever a compreensão dos sujeitos na realização de exames de prevenção ao câncer de próstata onde os mesmos foram submetidos ao toque retal associado ao exame de PSA (Prostatic Specific Antigen), onde foi evidenciado que estes dois exames são os principais para confirmar o diagnóstico da doença.³⁹ Estes dados fortalecem os resultados encontrados no presente estudo que aponta os exames laboratoriais, seguido do exame de PSA com os maiores percentuais. Sob este aspecto a maior parte da utilização do serviço de saúde pelos homens é em situações de doença ou urgências em saúde, entretanto esse público tende a adiar a ida a esse serviço. O que justifica a menor parte dos pacientes terem descoberto em campanhas de rastreamento como a do Novembro azul.

Conclusão

Dos 160 homens atendidos na unidade de referência, na faixa etária ≥ 60 anos, casados, raça parda, escolaridade não informada, zona urbana e aposentados. Dos agravos urológicos identificados, 12 tipos de agravos foram identificados sendo os mais frequentes: câncer de próstata e hiperplasia prostática. As características clínicas foram: os hábitos de vida tiveram quantitativo expressivo de informações não fornecidas. Entretanto, daqueles informados, destacaram: ser tabagista e etilista. As doenças de base não foram informadas. Das apontadas, destacaram a Hipertensão. O modo de identificação da doença, a maioria não informou, mas destacou-se a apresentação de sintomas. Os exames realizados foram os laboratoriais e o PSA. Sobre os tratamentos, o medicamentoso e cirúrgico foram os mais frequentes. Quatro usuários foram a óbito.

O perfil de atendimentos de homens com agravos urológicos no serviço de referência, predominou os idosos, da raça negra (pretos e pardos) e o câncer de próstata como principal agravo urológico.

Entendemos que reconhecer os fatores predisponentes de um determinado agravo é de fundamental importância para o planejamento de ações em saúde que contribuam para minimizar a sua incidência. Nesse sentido, é necessária uma conduta mais cuidadosa por parte da equipe de saúde no que se refere a admissão de um paciente, adotando a prática regular de uma anamnese mais detalhada e pesquisas futuras para levantamento de novos dados.

Nesse contexto, é interessante também, que os profissionais de saúde em seus distintos campos de trabalho, acompanhem resultados de pesquisas na sua área de atuação, para assim, perceber as fragilidades prevalentes nos protocolos e condutas adotadas pela equipe envolvida na prestação de cuidado e desta forma aprimorar a sua assistência.

Agradecimento

Os autores não receberam financiamento para esse estudo.

Referências

1. Sousa AR. Produzir cuidado à saúde de homens e suas masculinidades: uma prioridade. *REVISA*. 2020;9(4):681-4. Doi: <http://doi.org/10.36239/revisa.v9.n4.p681a684>
2. Moura EC et. al., Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família; *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014; 19(2):429-38. Doi: <http://doi.org/10.1590/1413-81232014192.05802013>.
3. Arruda GO, Marcon SS. Inquérito sobre a utilização dos serviços de saúde por homens adultos: prevalências e fatores associados. *Rev Latinoam Enferm*. 2016;24:e2685. Doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0296.2685>
4. Solano LC, Bezerra MAC, Medeiros RS et al. O acesso do homem ao serviço de saúde na atenção primária. *Rev Fund Care Online*. 2017; 9(2):302-308. Doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.302-308>
5. Knauth DR, Couto MT, Figueiredo WS. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Ciênc saúde coletiva*. 2012; 17(10): 2617-26.
6. Grabe M. et. al. Diretrizes para infecções Urológicas, 2010. Disponível em: < <https://uroweb.org/wp-content/uploads/Urological-Infections-2012-port.pdf> >. Acesso em: 03 mar. 2017.
7. Martins AM, Malamut BS. Análise do discurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Saude soc*. 2013;22(2):429-440. Doi: <http://doi.org/10.1590/S0104-12902013000200014>
8. Carrara S, Russo JA, Faro L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *Physis*. 2009; 19(3):659-678. <http://doi.org/10.1590/S0103-73312009000300006>.
9. Feira de Santana. O hospital. Hospital Dom Pedro de Alcântara. Disponível em: <http://www.hdpa.com.br/hospital.php>. Acesso em 20 mai. 2017.
10. Coelho Juliana Sousa, Giacomini Karla C., Firmo Josélia Oliveira Araújo. O cuidado em saúde na velhice: a visão do homem. *Saude soc*. 2016;25(2):408-21 Doi: <http://doi.org/10.1590/S0104-12902016142920>.
11. Bacelar AYS, Coni DGL, Santos DV, Sousa AR. Homens na unidade de saúde da família. *Rev enferm UFPE on line*. 2018;12(9):2507-13. Doi: <http://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i9a236098p2507-2513-2018>

12. Separavich MA, Canesqui AM. Masculinidades e cuidados de saúde nos processos de envelhecimento e saúde-doença entre homens trabalhadores de Campinas/SP, Brasil. *Saude soc.* 2020; 29(2): e180223.
13. Oliveira MM, Daher DV, Silva JLL, Andrade SSCA. A saúde do homem em questão: busca por atendimento na atenção básica de saúde. *Ciênc. saúde coletiva.* 2015; 20(1): 273-8. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.21732013>.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Perfil da morbimortalidade masculina no Brasil [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília; 2009.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Glossário temático : saúde do homem [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde.– Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
17. Moura E. Perfil da situação de saúde do homem no Brasil. Erly Moura./ Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Fernandes Figueira, 2012.
18. Costa SRN, Roseney B, Araújo LFS, Almeida KBB, Souza ÍP. Lugares do homem no cuidado familiar no adoecimento crônico. *Rev. esc. enferm. USP.* 2018; 52:e03398. Doi: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017046703398>.
19. Lins C et al. Marcadores imuno-histoquímicos no diagnóstico do câncer de próstata. *Ciências Biológicas e da Saúde.* Maceió. [internet]. 2014; 2(1). [cited 04 nov 2020]. Available from: < <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosauade/articl>
20. Martins AM et. al. A Produção Científica Brasileira sobre o Câncer Masculino: Estado da Arte; *Revista Brasileira de Cancerologia* 2013; 59(1): 105-112. Available from: < http://www.inca.gov.br/rbc/n_59/v01/pdf/17-a-producao-cientifica-brasileira-sobre-o-cancer-masculino.pdf >.
21. Belinelo RGS, Almeida SM, Oliveira PP, Onofre PSC, Viegas SMF, Rodrigues AB. Exames de rastreamento para o câncer de próstata: vivência de homens. *Esc Anna Nery* 2014; 18(4):697-704. Doi: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140099>
22. JA. Hiperplasia Prostática Benigna e PSA: o efeito dominó. *Revista Brasileira De Medicina De Família E Comunidade*, 7(25), 259-264. Doi: [https://doi.org/10.5712/rbmfc7\(25\)654](https://doi.org/10.5712/rbmfc7(25)654)
23. Wroclawski ML, Carneiro A, Tristão RA, Sakuramoto PK, Youssef JDM, Lopes NAC et al. Hiperplasia prostática gigante: hematúria macroscópica com choque hipovolêmico em paciente previamente assintomático. *Einstein.* 2015; 13(3):420-22. Doi: <http://doi.org/10.1590/S1679-45082015RC2905>.
24. Costa S et al. Câncer de pênis: Epidemiologia e estratégias de prevenção. *Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde Facipe.* [internet]. 2013;(1):2,23-33. [cited 04 nov 2020]. Available from: <https://periodicos.set.edu.br/facipesauade/article/view/1197>
25. Fonseca AG et al. Estudo epidemiológico do câncer de pênis no Estado do Pará, Brasil. *Rev Pan-Amaz Saude* 2010; 1(2):85-90. doi: <https://doi.org/10.5123/S2176-62232010000200010>.
26. Moraes-Filho IM, Francisco CR, Moraes RB, Félix KC, Carvalho-Filha FSS, Sousa TV. Aplicação do arco de Charlez Maguerez na implementação de estratégias para prevenção do câncer de pênis: relato de experiência. *REVISIA.* 2020; 9(4): 804-9. <http://doi.org/10.36239/revisa.v9.n4.p804a809>
27. Silva JM, Barbosa MGA, Souza APB, Silva EI, Rocha AA, Lins SRO. Conhecimento dos homens sobre a prevenção do câncer de pênis em um ambulatório no interior de Pernambuco. *Braz. J. of Develop.* 2020; 6,8, p.59228-59250. Doi: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n8-369>.
28. Reis AAS, Paula LB, Paula AAP, Saddi VA, Cruz AD. Aspectos clínico-epidemiológicos associados ao câncer de pênis. *Ciênc. saúde coletiva.* 2010; 15(Suppl1):1105-11. Doi:

<http://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700018>.

29. Instituto Nacional do Câncer. Câncer de próstata: Vamos falar sobre isso? .Rio de Janeiro, RJ, 2017.

30. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2016 incidência de câncer no Brasil, 2015.

<https://www.inca.gov.br/campanhas/dia-nacional-de-combate-ao-cancer/2015/estimativa-2016-incidencia-de-cancer-no-brasil>

31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instrutivo PSE. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola. Brasília, 2009.

33. Allebradt et al., Caracterização de pacientes com câncer de pênis em um Hospital Filantrópico . Rev. Multip. Saúde HSM. 2013;12,14-25.

34. Silva PAS, Furtado MS, Guillhon AB, Souza NVDO, David HMS Leal. A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. Esc. Anna Nery. 2012;16(3):561-8. Doi: <http://doi.org/10.1590/S1414-81452012000300019>.

35. Oliveira MM et al. A saúde do homem em questão: busca por atendimento na atenção básica de saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2015; 20(1):273-8.

36. Souza CS, Stein AT, Bastos GAN, Pellanda LC. Controle da pressão arterial em hipertensos do Programa Hiperdia: estudo de base territorial. Arq Bras Cardiol. 2014;102(6):571-8.

37. Portela PP, Mussi FC, Gama GGG, Santos CAST. Fatores associados ao descontrole da pressão arterial em homens. Acta paul. enferm. 2016; 29(3): 307-15. Doi: <http://doi.org/10.1590/1982-0194201600043>.

37. Silva EC et al. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em homens e mulheres residentes em municípios da Amazônia Legal. Rev Bras Epidemiol 2016;19(1):38-51. Doi: <http://doi.org/10.1590/1980-5497201600010004>.

38. Vidigal JA et al. Doentes atendidos no Ambulatório de Urologia do Sistema Único de Saúde - Departamento Municipal de Assistência à Saúde Pública (SUS- DEMASP) Barbacena-Minas Gerais. Rev Med Minas Gerais Vol. 11, n. 40 , 2006 Disponível em: <https://www.sbec.org.br/sbec-site/revista-sbec/pdfs/40/editorial.pdf>. Acessado em 26 mar. 2018

39. Belinelo RGS et al. Exames de rastreamento para o câncer de próstata: vivência de homens .Escola Anna Nery revista de enfermagem. Esc Anna Nery 2014;18(4):697-704. Doi: <http://doi.org/10.5935/1414-8145.20140099>

40. Vieira KaLD, Gomes VLO, BMR, Costa CFS. Atendimento da população masculina em unidade básica saúde da família: motivos para a (não) procura. Esc. Anna Nery. 2013; 17(1):120-127. <http://doi.org/10.1590/S1414-81452013000100017>.

Autor de Correspondência

Anderson Reis de Sousa

Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

R. Basílio da Gama, 241.CEP: 40110-

907. Canela. Salvador, Bahia, Brasil.

son.reis@hotmail.com

Gênero, Masculinidades e Saúde de Homens: desenvolvimento de uma disciplina curricular no curso de graduação em Enfermagem

Gender, Masculinities and Men's Health: development of a curricular discipline in the undergraduate nursing course

Género, masculinidades y salud del hombre: desarrollo de una disciplina curricular en la carrera de enfermería

Anderson Reis de Sousa¹, Michelle Teixeira Oliveira², Jamille Campos Oliveira³, Maria Carolina Oliveira Reis⁴, Misael Silva Ferreira Costa⁵, Daniella Carvalho Gomes de Cerqueira⁶, Minéia Araujo Carneiro Bastos⁷

Como citar: Sousa AR, Oliveira MT, Oliveira JC, Reis MCO, Costa MSF, Cerqueira DCG, et al. Gênero, Masculinidades e Saúde de Homens: desenvolvimento de uma disciplina curricular no curso de graduação em Enfermagem. REVisa. 2021; 10(1): 94-108. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n1.p94a108>

REVISA

1. Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem. Salvador, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-8534-1960>

2. Faculdade Nobre de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-3333-9555>

3. Faculdade Nobre de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/000000207467848>

4. Faculdade Nobre de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-2366-7310>

5. Faculdade Nobre de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-8042-2489>

6. Faculdade de Tecnologia e Ciências. Feira de Santana, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-4807-4917>

7. Faculdade Nobre de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-3600-8904>

Recebido: 10/10/2020
Aprovado: 12/12/2020

RESUMO

Objetivo: descrever o desenvolvimento de uma disciplina curricular no curso de graduação em Enfermagem na área de gênero, masculinidades e saúde de homens. **Método:** Estudo descritivo, qualitativo, oriundo de atividade curricular docente no curso de graduação em Enfermagem de uma Instituição de Ensino Superior de um município da Bahia, Brasil, entre os anos de 2014 a 2020. Foram consultadas fontes e dados institucionais, registros imagéticos, atividades de ensino-aprendizagem produzidos no componente e relatos de docentes. Os dados apreendidos foram tematizados a partir da análise de conteúdo proposta por e interpretada à luz do referencial de masculinidade na perspectiva de Raewyn Connell. **Resultados:** O desenvolvimento do componente curricular foi advindo de diálogos acadêmicos em consonância com a instituição de ensino, sob a convergência com as demandas e necessidades discentes e para a formação em Enfermagem. Buscou-se atender as iniciativas de fortalecimento da implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem do Ministério da Saúde brasileiro, tais quais dos indicadores epidemiológicos e da formação em Enfermagem sob a ótica relacional de gênero e das masculinidades na produção do cuidado à saúde direcionado ao público masculino. **Conclusão:** O desenvolvimento do componente curricular oportunizou a ampliação e o fortalecimento da formação qualificada de Enfermagem, a contribuição para a superação da invisibilidade do público masculino nas ações e na atenção em saúde, promoveu a integração ensino e serviço a partir da extensão acadêmica e fomentou a produção científica direcionada para a Enfermagem na saúde de homens.

Descritores: Homens; Saúde do Homem; Gênero e Saúde; Masculinidades; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to describe the development of a curricular discipline in the undergraduate nursing course in the area of gender, masculinities and men's health. **Method:** A descriptive, qualitative study, originating from teaching curricular activity in the undergraduate nursing course of a Higher Education Institution in a municipality in Bahia, Brazil, between the years 2014 to 2020. Sources of institutional data, imagery records, teaching-learning activities produced in the component and teachers' reports. The apprehended data were themed from the content analysis proposed by and interpreted in the light of the masculinity framework from the perspective of Raewyn Connell. **Results:** The development of the curricular component came from academic dialogues in line with the educational institution, under the convergence with the demands and needs of students and for nursing education. We sought to meet the initiatives to strengthen the implementation of the National Policy for Integral Attention to Men's Health of the Brazilian Ministry of Health, such as the epidemiological indicators and nursing education under the relational perspective of gender and masculinities in the production of health care. health directed at the male audience. **Conclusion:** The development of the curricular component provided an opportunity for the expansion and strengthening of qualified nursing training, the contribution to overcoming the invisibility of the male audience in actions and in health care, promoted the integration of teaching and service from the academic extension and fostered scientific production directed to Nursing in men's health.

Descriptors: Men; Men's Health; Gender and Health; Masculinities; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: describir el desarrollo de una disciplina curricular en la carrera de enfermería en el área de género, masculinidades y salud del hombre. **Método:** Estudio descriptivo, cualitativo, proveniente de la actividad curricular docente en el curso de pregrado en enfermería de una Institución de Educación Superior en un municipio de Bahía, Brasil, entre los años 2014 a 2020. Fuentes de datos institucionales, registros de imágenes, actividades de enseñanza-aprendizaje producidas en el componente e informes docentes. Los datos capturados fueron temáticos del análisis de contenido propuesto e interpretado a la luz del marco de masculinidad desde la perspectiva de Raewyn Connell. **Resultados:** El desarrollo del componente curricular provino de diálogos académicos en línea con la institución educativa, bajo la convergencia con las demandas y necesidades de los estudiantes y para la formación en enfermería. Buscamos atender las iniciativas para fortalecer la implementación de la Política Nacional de Atención Integral a la Salud del Hombre del Ministerio de Salud de Brasil, tales como los indicadores epidemiológicos y la educación de enfermería bajo la perspectiva relacional de género y masculinidades en la producción de atención de salud. salud dirigida al público masculino. **Conclusión:** El desarrollo del componente curricular brindó una oportunidad para la expansión y fortalecimiento de la formación calificada de enfermería, el aporte para superar la invisibilidad del público masculino en las acciones y en la atención de la salud, promovió la integración de la enseñanza y el servicio desde la extensión académica y fomentó producción científica dirigida a la Enfermería en Salud del Hombre.

Descriptores: Hombres; Salud de los hombres; Género y salud; Masculinidades; Enfermería.

Introdução

No Brasil e em grande parte dos países no mundo os homens têm assumindo a centralidade dos indicadores em saúde e doença relativos à morbimortalidade.¹⁻² Os dados epidemiológicos indicam uma crescente entre as causas de adoecimento e morte prematura de homens, especialmente por causas que poderiam ser evitadas, como as causas externas- acidentes de trânsito, violências. Outrossim, a expectativa de vida tem sido menor do que as mulheres, o que representa também as piores condições de saúde na fase da velhice.³

Em alguns países no mundo a atenção à saúde de homens tem se constituído uma área de importância. No Brasil, uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) foi implantada no ano de 2009 pelo Ministério da Saúde, e se constitui na primeira política de saúde focal para o público masculino na América-latina.⁴

Ações e investigações recentes foram produzidas no campo institucional – governamental,⁵⁻⁶ acadêmico/científico⁷ e advindos da mobilização popular – ativismo, grupos de apoio/terapêuticos, em prol da visibilidade para a saúde masculina. Ambos tem enfatizado a necessidade da priorização dessa temática nos mais diversos contextos sociais, políticos, culturais, religiosos, educativos, laborais e de outras esferas, a fim de que cenários mais favoráveis possam ser alcançados.⁸⁻⁹

No âmbito da formação profissional em saúde algumas iniciativas já foram realizadas, como a criação de cursos de capacitações virtuais, formulação de documentos técnicos e instrucionais¹⁰ – cartilhas¹¹⁻¹², protocolos, contudo lacunas ainda são identificadas na literatura. Especialmente no campo de atuação em Enfermagem, a assistência de enfermagem à saúde de homens apresenta-se frágil e pouco visível, o que impacta significativamente no avanço da atenção e da produção do cuidado direcionada às especificidades de saúde desta população chave.¹³⁻¹⁵

Em consulta não estruturada ao site do E-mec, localizamos que poucos são os cursos de Enfermagem que possuem em seu currículo um componente e/ou uma disciplina que tenha como o foco central a saúde masculina. Face a esse cenário prejuízos exponenciais poderão ser causados à avaliação clínica das afecções específicas dos homens cisgêneros, como, por exemplo, as demandas de saúde urológicas, a sexualidade e as práticas sexuais, a reprodução e as paternidades, das doenças e agravos específicos da população masculina, assim como dos homens trans e das pessoas transmasculinas, e também do emprego de intervenções específicas que garantam o reconhecimento das construções sociais das masculinidades,¹⁶ das interseccionalidades¹⁷ e das singularidades masculinas.

Face ao contexto apresentado, este estudo foi guiado pela questão de pesquisa: como desenvolver uma disciplina curricular no curso de graduação em Enfermagem na área de gênero, masculinidades e saúde de homens? Este artigo tem o objetivo de descrever o desenvolvimento de uma disciplina curricular no curso de graduação em Enfermagem na área de gênero, masculinidades e saúde de homens.

Método

Estudo descritivo, qualitativo, oriundo de atividade curricular docente no curso de graduação em Enfermagem de uma Instituição de Ensino Superior de um município da Bahia, Brasil, entre os anos de 2014 a 2020. Foram consultadas fontes de dados institucionais, registros imagéticos, atividades de ensino-aprendizagem produzidos no componente e relatos de docentes.

A experiência relatada trata especificamente do desenvolvimento de um componente curricular no curso de graduação em Enfermagem intitulado: gênero, masculinidades e saúde de homens.

A configuração estrutural da experiência relatada é composta de dados de caráter institucional, extraídos de documentos da regulamentação do componente no currículo do curso de graduação da instituição vinculada e de outras fontes oriundas dos registros arquivados por docentes, blogs e das redes sociais digitais, como páginas temáticas vinculadas ao curso de graduação no *Facebook* - Projeto de Extensão Saúde do Homem - FAN/@SAUDEDOMEM.PE e no *Instagram* - enfermagemfan/@enfermagemfan. Além mais os pressupostos teóricos de subsidiaram a construção do componente esteve pautado no referencial normativo da PNAISH e das masculinidades na perspectiva de *Raewyn Connell*.¹⁸⁻²⁰

Quanto aos apertos éticos da pesquisa, salientamos que foram cumpridos com todos os requisitos bioéticos e da eticidade na pesquisa envolvendo seres humanos. Para tanto, o projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa, sob o parecer de número: CAAE: 47814815.4.0000.5654, n.1.208.304.

Resultados

As fontes de dados que compõe este estudo são o modelo de plano da disciplina curricular; Modelo de estrutura de projeto de pesquisa; Modelo de caracterização do Grupo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Gênero, Masculinidades e Saúde de Homens; Modelo de estrutura de projeto de extensão acadêmica; apresentação de produtos técnicos - cordel, cartilha, *blog* e de científicos - simpósio, seminário e debate, gerados a partir das atividades do componente.

Os achados empíricos compõem a configuração institucional e das atividades docentes e discentes realizadas na disciplina curricular e em articulação com as atividades complementares fomentada pelo componente no curso de graduação em Enfermagem. Faz-se saber que a disciplina teve desenvolvimento criado a partir de diálogos acadêmicos em consonância com a instituição de ensino, do entendimento da necessidade e justificativa por parte da instância coordenadora e das instâncias diretivas da IES, somadas ainda à convergência com as demandas e necessidades discentes, apresentadas em sala de aula e na realização das práticas junto à comunidade e aos usuários/pacientes no contexto da formação em Enfermagem.

Foi com base nesse cenário que reuniões de planejamento foram realizadas

a fim de delinear um escopo de disciplina, definição da carga horária teórica e prática, metodologia a ser empregada, conteúdos a serem ministrados e a configuração de integração junto às atividades de pesquisa e extensão a serem oportunizadas junto à instituição no curso de graduação em Enfermagem. É relevante destacar que em seu primeiro momento, em meados do ano de 2014, o componente é lançado com a nomenclatura: “Enfermagem na saúde do homem”. Contudo, a partir dos avanços no entendimento acerca da necessidade da realização de estudos e do desenvolvimento de uma prática profissional de enfermagem baseada em gênero, e na compreensão sobre a relevância de tratar das masculinidades, a disciplina é submetida à ajustes e à apreciação institucional em instância colegiada, que autoriza as mudanças no escopo da disciplina, que passa a ser denominada de: “gênero, masculinidades e saúde de homens”, a qual comporta uma carga horária de 40 horas, alocada no sétimo semestre do curso, ofertada nos períodos vespertino e noturno disponibilizados pela instituição.

Buscou-se ainda, atender as iniciativas de fortalecimento da implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem do Ministério da Saúde brasileiro, tais quais dos indicadores epidemiológicos e da formação em Enfermagem sob a ótica relacional de gênero e das masculinidades na produção do cuidado à saúde direcionado ao público masculino. Para tanto, o modelo do plano da disciplina foi elaborado em convergência com o perfil do egresso do curso de graduação em Enfermagem, sob a premissa de formar para o Sistema Único de Saúde (SUS), e por meio de uma ementa curricular que buscasse reconhecer a essencialidade da atuação em Enfermagem na saúde masculina.

Em ações de avaliação conjunta entre discentes, docentes e coordenação acadêmica busca-se propor abordagens de ensino-aprendizagem que conduza para a atenção integral à saúde masculina. Destarte, refletir e problematizar aspectos como: de que homem estamos tratando? Qual o lugar de importância dos aspectos relacionais de gênero e masculinidades? Quais respostas sociais têm sido ofertadas à população a partir das estratégias de ensino e prática empregadas na saúde de homens?

O plano da disciplina foi organizado para o cumprimento de competências e habilidades específicas para a(o) enfermeira(o) no atendimento à saúde de homens, justificado pela vigência da PNAISH, que comportou um conteúdo programático convergente com a organização da rede, a partir dos seus níveis de atenção e complexidade. Tornaram-se destaques na disciplina os contextos: 01 - Atenção Básica à Saúde; 02 - saúde do homem no cenário nacional; 03 - as identidades de gênero e diversidades de masculinidade; 04 - o foco no cuidado específico e especializado à saúde de homens; -05 - processo gestacional e exercício da paternidade; 06 - os processos de adoecimento, com destaque para as doenças e agravos que mais acometem os homens; 07 - doenças cardíacas, vasculares e hipertensivas de homens; 08 - o contexto de hospitalização e presença masculina nos serviços ambulatoriais; 09 - as vulnerabilidades e 10 - os processos de envelhecimento.

Quadro 1 – Modelo de plano de disciplina curricular. Feira de Santana, Bahia, Brasil. 2020.

MODELO DE PLANO DE DISCIPLINA CURRICULAR	
Componente: Gênero, Masculinidades e Saúde de Homens	
Ementa:	
<i>Estudo das ações de promoção da saúde integral do homem, como o foco na Estratégia Saúde da Família, que se configura como porta de entrada do sistema de saúde integral de homens, indicadores epidemiológicos de morbimortalidade, processo histórico social e político, barreiras sócio culturais e institucionais, acesso ao serviço de saúde, qualificação de profissionais de saúde e de gestores para o atendimento dos homens, prática assistencial de Enfermagem voltada à população masculina e suas especificidades, agravos e complexidades, nos diversos níveis de atenção, ações de saúde que contribuam para a compreensão da singularidade masculina em seus diversos contextos, relações de gênero que permeiam as vivências masculinas, população privada de liberdade, violência, desafios e avanços que se evidenciam na implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.</i>	
Objetivos	
Objetivo Geral: Compreender a necessidade de implementação de ações em saúde no âmbito do processo de trabalho da enfermeira (o) direcionadas à atenção à saúde de homens no contexto do SUS. Objetivos Específicos: • Desenvolver nos/as discentes, as habilidades para a elaboração/compreensão das trajetórias políticas e dos avanços na área da saúde masculina, no campo da saúde pública e Enfermagem; • Discutir a importância das construções de gênero e masculinidade no modo de fazer saúde e produzir cuidado; • Permitir o/a discente a compreensão das atribuições do enfermeiro na elaboração de ações que contemplem a saúde integral do homem, bem como a criação de modelos e estratégias de Enfermagem; • Desenvolver no/a discente, as habilidades para a utilização das tecnologias do cuidado no desenvolvimento de planos assistenciais, gerenciais e educacionais com vistas à saúde masculina.	
Justificativas	
A compreensão das condições de saúde de homens possibilita ao acadêmico de Enfermagem um conhecimento ampliado que precede a condução de uma prática crítica e transformadora, como forma de contribuir para a redução da morbimortalidade masculina, pela promoção da saúde, prevenção da doença, recuperando e reabilitando nos mais variados níveis de atenção e complexidade. A efetivação de ações de atenção à saúde de homens voltadas à prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, manutenção, promoção e proteção da saúde que, pela Portaria nº 648-GM/2006, caracteriza atos da atenção básica, tem representado um desafio para os profissionais da área da saúde. Discussões nacionais e internacionais vêm sendo desenvolvidas para a promoção da atenção básica em saúde voltada para as especificidades da população masculina. A baixa acessibilidade da população masculina aos serviços de atenção primária aponta para uma vulnerabilidade desses indivíduos. A busca pelos serviços de saúde, quando existe, está atrelada a um quadro clínico de morbidade já crônico com repercussões biopsicossociais para sua qualidade de vida, além de onerar, significativamente, o SUS. Assim, com base na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), o presente projeto objetiva desvelar as ações de atenção integral à saúde dos indivíduos do sexo masculino, adultos, através da promoção junto à referida população, de ações de informação, educação e comunicação em saúde visando difundir a política. Utilizando-se da comunicação efetiva como ferramenta prioritária de educação, o projeto possibilitará a reflexão, levando-o à conscientização e elevando o nível de autoconhecimento.	
Competências e habilidades	
Ser capaz de diagnosticar e traçar soluções para o enfrentamento dos problemas de saúde que dificultam o acesso de homens aos serviços; Possibilitar que o estudante desenvolva a capacidade de comunicar-se, de tomar decisões, de intervir situações, buscando modificar a realidade; Reconhecer as necessidades de saúde e vulnerabilidades existentes no campo da saúde do homem, como forma de implementar ações transformadoras; Identificar as necessidades individuais e coletivas de saúde da população, seus condicionantes e	

determinantes; Reconhecer a atribuição da enfermeira (o) e propagar as ações desta área profissional, como forma de ampliar o reconhecimento social desta. Estabelecer novas relações com o contexto social, reconhecendo a estrutura e as formas de organização social, suas transformações e expressões; Compreender a política de saúde no contexto das políticas sociais, reconhecendo os perfis epidemiológicos da população masculina; Reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunta articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.
Conteúdo programático
1. Atenção e cuidados de Enfermagem à homens no âmbito da Atenção Básica à Saúde 1.1 A saúde do homem no contexto da atuação de Enfermagem; 1.2 Abordagem das estratégias para a promoção da saúde masculina em serviços de saúde na Atenção Básica; 1.3 Acesso dos homens à Estratégia de Saúde da Família; 1.4 O trabalho da enfermeira com Agentes Comunitários de Saúde sobre a saúde do homem. 2. A saúde do homem no cenário nacional 2.1 Conhecimento e discussão os eixos de ação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; 2.2 Plano Nacional de Atenção à Saúde do Homem; 2.3 Discussão a inserção do homem nos serviços de Saúde; 2.4 Medicalização do corpo masculino; Automedicação. 3. Identidades de gênero e diversidades de masculinidade 3.1 Sexualidade masculina; 3.2 Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais; 3.3 Direitos sexuais e reprodutivos de homens. 4. O cuidado à saúde de homens 4.1 Consulta de Enfermagem no âmbito da saúde do homem; 4.2 Noções de Anatomia e Fisiologia do aparelho genital masculino; 4.3 Exame físico do homem; 4.4 Sistematização da Assistência de Enfermagem: direcionamentos para a saúde masculina; 4.5 Solicitação de exames e check-up. 5. Homens e o processo gestacional e exercício da paternidade 5.1 Assistência pré-natal e as estratégias de inserção e participação dos homens; 5.2 Pré-natal masculino; 5.3 Lei do Acompanhante. Pai não é visita! Licença paternidade e Ações do Instituto PAPAÍ; 5.4 Participação masculina no Planejamento Familiar; 5.5 Direitos Sexuais e Reprodutivo; 5.6 Métodos anticoncepcionais masculinos (Pílula anticoncepcional masculina, Vasectomia). 6. Seminários Temáticos (atividade em comunidade). 7. Homens e o processo de adoecimento 7.1 Agravos do aparelho genital masculino: Doença de Perionye; Hidrocele; Ejaculação Precoce; 7.2 Disfunção erétil, Priapismo; varicocele, síndrome de Fournier. 7.3 Doenças Sexualmente Transmissíveis no homem; 7.4 Masculinidades e prevenção do HIV/AIDS; 7.5 Homens e o uso da camisinha. 8. Atenção e cuidados de Enfermagem às doenças cardíacas, vasculares e hipertensivas de homens 8.1 Infarto Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular Encefálico e Hipertensão Arterial; 8.2 Atenção e cuidados de Enfermagem ao homem com Diabetes Mellitus. 9. Homens no contexto hospitalar e ambulatorial: atenção e cuidados de Enfermagem 9.1 Atenção e cuidados de Enfermagem ao homem com câncer de mama; 9.2 Atenção e cuidados de Enfermagem ao homem com câncer de próstata, prostatite, cirurgia de prostatectomia, e implantação de prótese peniana; 9.3 Realização do exame de PSA e orientação ao exame do toque retal; 9.4 Atenção e cuidados de Enfermagem ao homem com câncer de pênis, orientações e

<i>encaminhamentos;</i> 9.5 <i>Atenção e cuidados de Enfermagem ao homem com câncer de testículo;</i> 9.6 <i>Realização do autoexame das mamas, pênis e testículos.</i> 10. Homens no contexto das vulnerabilidades 10.1 <i>Atenção e cuidados de Enfermagem à homens em situação de alcoolismo e drogadição;</i> 10.2 <i>Atenção e cuidados de Enfermagem à homens com doença mental e potencial suicida;</i> 10.3 <i>Atenção e cuidados de Enfermagem à homens em situação de rua;</i> 10.4 <i>Atenção e cuidados de Enfermagem à homens no âmbito do trabalho;</i> 10.5 <i>Atenção e cuidados de Enfermagem na prevenção de acidentes de trabalho – Política;</i> 10.6 <i>Atenção e cuidados de Enfermagem à homens do campo e da floresta – Política Nacional de Saúde Integral das populações do Campo e da Floresta;</i> 10.7 <i>Atenção e cuidados de Enfermagem à população negra – Política Nacional de Saúde Integral da População Negra;</i> 10.8 <i>Atenção e cuidados de Enfermagem à população cigana - Política Nacional de Saúde Integral da População Cigana;</i> 10.9 <i>Prevenção e cuidados de Enfermagem à violência;</i> 10.10 <i>Prevenção e ações de Enfermagem frente aos acidentes de trânsito;</i> 10.11 <i>Atenção e cuidados de Enfermagem à homens em situação prisional;</i> 10.12 <i>Atenção e cuidados de Enfermagem à homens com deficiência.</i> 11. Homens e o processo de envelhecimento 11.1 <i>O homem idoso e o HIV/AIDS;</i> 11.2 <i>Sexualidade masculina no processo de envelhecimento;</i> 11.3 <i>Atenção de Enfermagem à andropausa.</i>
Metodologias aplicadas
<i>Aulas expositivo-participativas, atividades em comunidade, discussões pautadas em textos e artigos científicos, exercícios práticos em grupo e individuais, seminários temáticos e visita técnica à unidade hospitalar.</i>
Recursos didáticos
<i>Data-show, Quadro, Piloto, Apagador, Material para trabalho em grupos.</i>

Fonte: Faculdade Nobre de Feira de Santana.

O delineamento da disciplina curricular integrava as ações de pesquisa e extensão acadêmica. Para tanto foram desenvolvidos um projeto de pesquisa matriz intitulado: “ATENÇÃO À SAÚDE DE HOMENS EM UM CENÁRIO DO NORDESTE BRASILEIRO”, aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da instituição vinculada. A seguir é apresentado o modelo de pesquisa e de extensão acadêmica e a caracterização do “Grupo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Gênero, Masculinidades e Saúde de Homens”, integrante do componente.

Quadro 2 – Modelo de estrutura de projeto de pesquisa. Feira de Santana, Bahia, Brasil. 2020.

MODELO DE ESTRUTURA DE PROJETO DE PESQUISA
Projeto de pesquisa: Atenção à saúde de homens em um cenário do nordeste brasileiro
Título: <i>Atenção à saúde de homens em um cenário do nordeste brasileiro.</i> Objetivos: <i>Objetivo Primário: Desenvolver as ações de atenção integral à saúde do homem, através da promoção junto à referida população em um cenário do nordeste brasileiro.</i> <i>Objetivo Secundário: Caracterizar a população masculina e os profissionais que atua e frequenta a Unidade Básica de Saúde, Serviço Especializado e Unidade Hospitalar em estudo no Município de Feira de Santana, Bahia; Discutir as estratégias realizadas pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família, Serviço Especializado e Unidade Hospitalar com vistas na resolubilidade da atenção à saúde do homem; Compreender como a PNAISH favorece a entrada dos homens nos serviço de saúde em questão; Descrever o funcionamento dos programas de atendimento para os homens na Estratégia de Saúde da Família, Serviço Especializado e Unidade Hospitalar; Conhecer a articulação/desarticulação da Estratégia Saúde da Família com o Serviço Especializado em consonância com a PNAISH no que tange a promoção da saúde; Analisar a percepção da equipe de saúde</i>

na Estratégia de Saúde da Família, Serviço Especializado e Unidade Hospitalar sobre o cuidado e atenção à saúde do homem no município; Conhecer quais as facilidades e dificuldades de acesso aos serviços de saúde relatados, pela população masculina.

O campo constituiu como cenário do estudo três níveis de atenção à saúde, sendo uma Unidade Básica de Saúde (UBS), o Centro Municipal de Prevenção ao Câncer e a Unidade de Urologia, Nefrologia e Transplante do Hospital Dom Pedro de Alcântara, ambos localizados no município de Feira de Santana, Bahia.

Participantes da pesquisa: Os(as) participantes foram configurado em dois grupos de representação, selecionados intencionalmente, sendo Grupo I: Equipe de Saúde – (enfermeiros, médicos, dentistas, técnicos de Enfermagem agentes comunitários de saúde) -sujeitos que exercem a prática da Estratégia de Saúde da Família e são responsáveis pelos serviços de assistência e gestão, o que denota a forma como resolve os problemas demandados pelos usuários; Grupo II: Usuários da USF - por serem atores do processo de ação da saúde, podem definir suas impressões sobre os serviços de assistência e gestão na Saúde da Família.

Técnicas de coleta de dados: Para o trabalho de campo serão utilizadas 05 técnicas de coleta de dados: questionário para a caracterização dos participantes, entrevista para a obtenção de dados empíricos, observação para análise da organização do serviço e condução da assistência prestada, grupo focal para obtenção de dados empíricos e análise documental para análise do estado de saúde dos homens.

Métodos de análise de dados: Os tratamentos dos dados de pesquisa foram orientados pela corrente teórico-filosófica da Análise de Conteúdo Temático e Discurso do Sujeito Coletivo.

Aspectos éticos: Aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa - título do projeto: “ATENÇÃO À SAÚDE DE HOMENS EM UM CENÁRIO DO NORDESTE BRASILEIRO”, sob o parecer de número: CAAE: 47814815.4.0000.5654, n.1.208.304, atendimento à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, anuência da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e das demais instituições pesquisadas.

Quadro 3 – Modelo de caracterização do Grupo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Gênero, Masculinidades e Saúde de Homens. Feira de Santana, Bahia, Brasil. 2020.

MODELO DE CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO DE ESTUDOS, PESQUISA E EXTENSÃO EM GÊNERO, MASCULINIDADES E SAÚDE DE HOMENS
Características gerais do Grupo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Gênero, Masculinidades e Saúde de Homens: Este grupo tem o interesse em ampliar a compreensão do processo saúde-doença homens, bem como a construção social das masculinidades na sociedade brasileira, como forma de contribuir para a melhoria da Atenção à Saúde no âmbito regional e com repercussões para o país, através do desenvolvimento de tecnologia social e ações inovadoras que busquem reconhecer as especificidades e demandas deste público, além de propagar e fortalecer a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e contribuir para o crescimento desta área no campo da Enfermagem.
Logomarca do Grupo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Gênero, Masculinidades e Saúde de Homens:


Fonte: Faculdade Nobre de Feira de Santana.

Para além da dimensão da pesquisa a disciplina integrava ações reais junto à comunidade, seja a comunidade acadêmica, seja a população chave de interesse da disciplina, residente no território. Para tanto, foi estruturado um projeto de extensão acadêmica que visava promover a integração do ensino com o serviço, na perspectiva de problematizar e tornar mais crítica e reflexiva a formação e o fazer em Enfermagem com o enfoque à população masculina.

A estrutura do projeto de extensão formulada foi baseado na busca por responder respostas que se mostravam necessárias para a formação junto à população masculina. Os interesses da extensão estiveram pautados na possibilidade de aportar melhorias à situação de saúde masculina no território, tal qual fortalecer as práticas e a visibilidade da atuação em Enfermagem na saúde de homens. Destarte, foram realizados convênios com unidades de saúde dos três níveis de atenção, em que eram realizadas ações com o enfoque na educação para a saúde – educação popular em saúde.

As ações envolviam os homens, quer sejam eles usuários dos serviços institucionais de saúde, profissionais de saúde da rede e a comunidade acadêmica da instituição vinculada. Todas as atividades respeitavam os aspectos éticos, sendo os produtos das mesmas devolvidos aos participantes, sejam sob a forma de tecnologias leves – seminários, rodas de conversa, debates, seja por meio da produção de tecnologias leve-duras – folhetos, livretos, guias de apoio, protocolos, fluxogramas de atendimento, artigos científicos. A seguir são apresentados o modelo de estrutura do projeto de extensão e os produtos gerados a partir do desenvolvimento da disciplina.

Quadro 4 – Modelo de estrutura de projeto de extensão acadêmica. Feira de Santana, Bahia, Brasil. 2020.

MODELO DE ESTRUTURA DE PROJETO DE EXTENSÃO ACADÊMICA
Projeto de extensão: Educação para saúde do homem: ações de enfermagem em três níveis de atenção à saúde na Bahia, Brasil
Problema de extensão: <i>compreender como se configura atenção à saúde do homem em uma Unidade Básica de Saúde e em um Serviço Especializado no município de Feira de Santana, Bahia?</i>
Interesses da extensão: <i>O interesse em pesquisar este tema destaca-se pela criação do Projeto de Extensão em Saúde do Homem Faculdade Nobre de Feira de Santana, Bahia, e pela inquietação ao notar quão incipiente, fragilizada e invisível é a produção do cuidado e atenção à saúde do homem. A relevância desta pesquisa relaciona-se com o potencial de contribuição para a definição de novas estratégias e ações, bem como a ampliação dos serviços ao homem na perspectiva do ESF e do Serviço Especializado, para a promoção e articulação do ensino com o serviço, e a pesquisa e extensão, também por se tratar de uma temática inovadora no campo da Saúde Coletiva em nosso país.</i>
Objetivos da extensão: <i>Objetivo geral: Desvelar as ações de atenção integral à saúde do homem, através da promoção junto à referida população, de ações de informação, educação e comunicação para saúde visando difundir a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem no município de Feira de Santana, Bahia.</i> <i>Objetivos específicos: 01 - Caracterizar a população masculina atendida na Unidade Básica de Saúde e no Serviço Especializado em estudo, no Município de Feira de Santana, Bahia; 02 - Discutir as estratégias realizadas pelas equipes do Programa de Saúde da Família com vistas na resolubilidade da atenção à saúde do homem; 03 - Compreender como a PNAISH favorece a entrada dos homens no serviço de saúde; 04 Descrever o funcionamento dos programas de atendimento para os homens na Estratégia de Saúde da Família e do Serviço Especializado; 05 - Investigar as ações desenvolvidas pelas equipes voltadas, no âmbito da Atenção Básica Serviço Especializado, voltados a saúde dos homens; 06 - Avaliar a existência de temáticas educativas com enfoque na categoria de análise masculinidade, gênero e integralidade da atenção; 07 - Conhecer a articulação/desarticulação da Estratégia Saúde da Família com</i>

o Serviço Especializado em consonância com a PNAISH no que tange a promoção de ações de prevenção/enfrentamento da violência conjugal; 08 - Analisar a percepção da equipe de saúde na Estratégia de Saúde da Família e do Serviço Especializado sobre o cuidado e atenção à saúde do homem; 09 - Conhecer quais as facilidades e dificuldades de acesso aos serviços pela população masculina no modelo básico e especializado de atenção, em estudo.

Metodologia: Atividade de extensão acadêmica.

Campos da extensão: Unidade de Saúde da Família (USF); Centro Municipal de Prevenção ao Câncer ambos localizados na cidade de Feira de Santana, Bahia; Unidade de Urologia, Nefrologia e Transplante – Hospital Dom Pedro de Alcântara.

Participantes da extensão: Grupo I: Usuários da USF - por serem atores do processo de ação da saúde, podem definir suas impressões sobre os serviços de assistência e gestão na Saúde da Família.

Aspectos éticos: Anuência da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e das demais instituições pesquisadas.

Fonte: Faculdade Nobre de Feira de Santana.

A disciplina tem sido atualizada a cada semestre letivo no sentido de atender às necessidades regionais, a saber: realização de visitas técnicas em serviços com atendimento expressivo do público masculino como o Centro de Apoio Psicossocial, consultório de rua, serviço especializado em urologia, acesso à consulta de Enfermagem na Atenção Primária. Além do mais, tem sido realizada a produção de materiais educativos, inclusive na modalidade digital, face ao advento da pandemia da COVID-19.

Figura 1- Produtos técnicos gerados (cordel, cartilha e *blog*). Bahia, Brasil. 2014 a 2020.



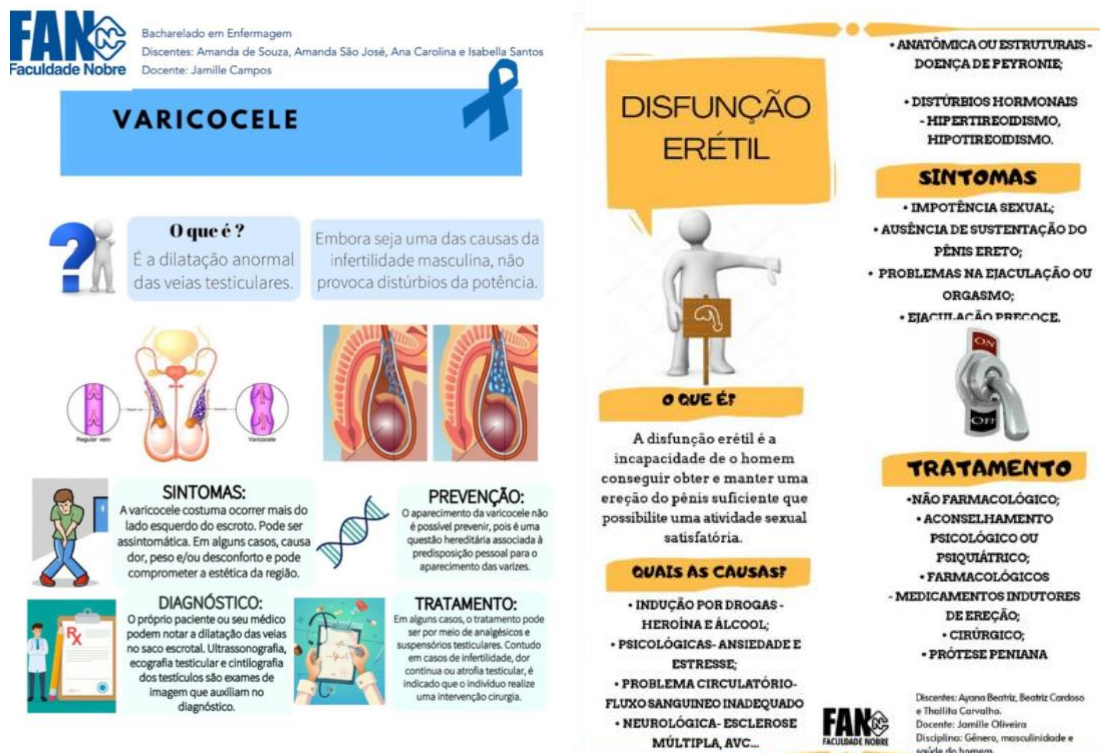
Fonte: Faculdade Nobre de Feira de Santana.

Figura 2 – Produtos gerados (simpósio, seminário e debate). Bahia, Brasil. 2014 a 2020.



Fonte: Faculdade Nobre de Feira de Santana.

Figura 3 – Produtos técnicos gerados (*banners* temáticos). Bahia, Brasil. 2014 a 2020.



Fonte: Faculdade Nobre de Feira de Santana.

Discussão

Este estudo foi capaz de apresentar o processo de desenvolvimento de uma disciplina direcionada à saúde de homens no curso de graduação de Enfermagem a partir das suas intencionalidades primárias, justificativas, estruturas organizacionais, e pedagógicas de ensino-aprendizagem. Ademais os achados possibilitaram reconhecer as ações utilizadas para a formação acadêmica em enfermagem frente a garantia das especificidades de saúde masculina a partir das perspectivas relacionais de gênero e masculinidade. E mais, a integração entre o ensino e o serviço por meio das ações de pesquisa e extensão.

As limitações deste estudo estão concentradas na impossibilidade da realização de investigação empírica junto aos discentes com a finalidade de apreender as percepções sobre o componente na formação acadêmica de enfermagem.

Avançar na ciência e prática de Enfermagem na saúde de homens tem sido apontada como prioridade em contextos fora do Brasil, e chama a atenção para a elevada mortalidade e vulnerabilidade masculina, como destaque para os homens de países ocidentais. Uma atenção especial deve ser dispensada sobre o aspecto do acesso e a procura masculina por assistência à saúde, especialmente nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS). Outrossim, tem destacado a necessidade de atentar para dos padrões normativos de gênero e a relação de pluralidade das masculinidades no fazer profissional de Enfermagem.²¹

A busca por avanços nos recursos empregados para a promoção da saúde masculina por meio de ações comunitários e integradas aos serviços de saúde, como o enfoque em direcionar de modo proativo a atuação dos profissionais de enfermagem que prestam assistência ao público masculino.²¹

Este estudo apresenta contribuições expressivas para o âmbito da formação acadêmica e profissional de enfermagem para a saúde de homens. Com o desenvolvimento de disciplinas e/ou componente curriculares específicos para a saúde masculina confere um importante passo para o avanço da ciência e prática da Enfermagem, com reflexos relevantes para a melhoria dos indicadores de saúde masculina e da atenção à saúde estruturada nas redes, seja ela formal, mas também informal de saúde.²³⁻²⁴

Profissionais de enfermagem quando formados de maneira ampliada e satisfatória pode conferir um importante progresso na produção do cuidado, na clínica ampliada, na atenção comunitária e domiciliar, no controle e enfrentamento das doenças e agravos, no monitoramento e vigilância em saúde, tal como no avanço do protagonismo dos homens.²⁵ Outrossim, especificamente para o campo da saúde masculina, a atuação qualificada de profissionais de enfermagem pode contribuir de modo singular na melhoria da adesão masculina às terapêuticas, no exercício de uma cultura de cuidados, na minimização de vulnerabilidades e riscos, no automanejo de situações complexas de saúde e doença, tal como na melhoria da qualidade de vida, do bem-estar e do bem viver, o que justifica e reitera a importância da formação acadêmica e extensionista na área.²⁷

Para além da dimensão assistencial, é relevante ressaltar que enfermeiras(os) com formação especializada possuem competência satisfatória

para estar à frente dos processos decisórios no contexto da gestão em saúde, sendo capazes de assumirem a posição de referências técnicas, apoio técnico, coordenação municipal, estadual e a nível central do Ministério da Saúde brasileiro.

Conclusão

O desenvolvimento do componente curricular oportunizou a ampliação e o fortalecimento da formação qualificada de Enfermagem, a contribuição para a superação da invisibilidade do público masculino nas ações e na atenção em saúde, promoveu a integração ensino e serviço a partir da extensão acadêmica junto à população masculina usuária do serviço público de saúde, a comunidade e a categoria profissional de saúde que presta assistência aos homens nos espaços institucionais de saúde e fomentou a produção científica direcionada para a Enfermagem na saúde de homens por meio da realização de projetos de pesquisa, elaboração de materiais técnicos, educativos, seminários e artigos científicos.

Cabe destacar que tal iniciativa se mostrou ímpar no território implementado, por ter se constituído o primeiro curso de graduação em Enfermagem a desenvolver uma disciplina temática no componente curricular obrigatório para a formação de enfermeiras e enfermeiros. Além mais, a partir dos achados foi possível observar a magnitude das ações desenvolvidas e a capacidade de integração entre a instituição acadêmica junto à dimensão extramuros, o que fortaleceu ainda mais o caráter formativo da disciplina.

Agradecimento

Os autores não receberam financiamento para esse estudo.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Perfil da morbimortalidade masculina no Brasil [recurso eletrônico]. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
2. Richardson N, Carroll P. National Men's Health Action Plan Healthy Ireland-Men HI-M 2017-2021 Working with men in Ireland to achieve optimum health and wellbeing [Internet]; 2016 [cited 2020 set 16]. Available from: <https://www.mhfi.org/HI-M.pdf>
3. Polisello C, Oliveira CM de, Pavan M, Gorayeb R. Percepção de homens idosos sobre saúde e os serviços primários de saúde. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 13º de setembro de 2014 [citado 14º de dezembro de 2020];9(33):323-35. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/797>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Glossário temático: saúde do homem [recurso eletrônico]. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério

da Saúde; 2018.

6. Moura, E. Perfil da situação de saúde do homem no Brasil. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Fernandes Figueira; 2012.

7. Couto MT, Dantas SMV. Gênero, masculinidades e saúde em revista: a produção da área na revista Saúde e Sociedade. Saude soc. 2016;25(4): 857-68. Doi: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902016172308>.

8. Gomes, R, Couto, MT, Keijer, B. Hombres, género y salud. Salud Colectiva. 2020;16: 2788. Doi: <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2788>

9. Sousa AR. Produzir cuidado à saúde de homens e suas masculinidades: uma prioridade. REVISA. 2020; 9 (4): 681-4. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v9.n4.p681a684>

10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Como envolver o homem trabalhador no planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e desenvolvimento da criança [recurso eletrônico]. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. - Brasília: Ministério da Saúde; 2018.

11. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.

12. Herrmann, Angelita. Guia de Saúde do Homem para Agente Comunitário de Saúde (ACS) / Angelita Herrmann, Cicero Ayrton Brito Sampaio, Eduardo Schwarz Chakora, Élide Maria Rodrigues de Moraes, Francisco Norberto Moreira da Silva, Julianna Godinho Dale Coutinho. - Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2016

13. Coelho Juliana Sousa, Giacomini Karla C., Firmo Josélia Oliveira Araújo. O cuidado em saúde na velhice: a visão do homem. Saude soc. 2016; 25(2): 408-421. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016142920>.

14. Separavich MA, Canesqui AM. Masculinidades e cuidados de saúde nos processos de envelhecimento e saúde-doença entre homens trabalhadores de Campinas/SP, Brasil. Saude soc. 2020; 29(2):e180223. Doi: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902020180223>.

15. Santos SPA, Sousa FM, Borges GA Oliveira SNVD, Leal DHMS. A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. Esc. Anna Nery. 2012;16(3):561-8. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000300019>.

16. Cesaro BC, Santos HB, Silva FNM. Masculinidades inerentes à política brasileira de saúde do homem. Rev Panam de Salud Publica. 2018;42:e119. Doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.119>

17. Oliveira E, Couto MT, Separavich Marco AA, Luiz OC. Contribuição da interseccionalidade na compreensão da saúde-doença-cuidado de homens jovens em contextos de pobreza urbana. Interface (Botucatu). 2020;24:e180736. Doi: <https://doi.org/10.1590/interface.180736>

18. Connell, R. Masculinities. Cambridge, Polity Press; Sydney, Allen & Unwin. 2nd ed. Berkeley: University of California Press; 2005.

19. Connell Robert W, Messerschmidt JW. Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. Rev. Estud. Fem. 2013; 21(1): 241-82. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2013000100014>

20. Connell, R. Margem tornando-se centro: para um repensar das masculinidades centrado no mundo. *Int J Masc Studies*. 2014;9 4, 217-231. Doi: <https://doi.org/10.1080/18902138.2014.934078>
21. Rosu MB, Oliffe JL, Kelly MT. Nurse Practitioners and Men's Primary Health Care. *American Journal of Men's Health*. 2017;11(5)1501-11. Doi: <https://doi.org/10.1177/1557988315617721>
22. Santana EN, Lima EMM, Bulhões JLF, Monteiro EMLM, Aquino JM. A atenção à saúde do homem: ações e perspectivas dos enfermeiros. *Rev. Min. Enferm*. 2011;15(3): 324-332.
23. Santos KC, Fonseca DF, Oliveira PP, Duarte AGS, Melo JMA, Souza RS. Atenção à saúde do homem: construção e validação de instrumento para consulta de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2020; 73(3):e20190013. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0013>
24. Alves BMS, Araújo CJS, Almeida SLS, Guimarães ALS. Atuação do enfermeiro da atenção básica diante das dificuldades para a implementação da política de saúde do homem. *Rev enferm UFPE on line*. 2017;11(Supl. 12):5391-401. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a110143p5391-5401-2017>
27. Sousa AR, Gonçalves ARB, Cruz CA, Figueiredo JS, Capstrano R de L, Coutinho SPM, Oliveira MT, Costa MSF. Extensão universitária em enfermagem na atenção à saúde do homem: experiências em um cenário baiano. *Rev. G&S [Internet]*. 31º de outubro de 2014 [citado 14º de dezembro de 2020];5(4):pag. 2709-2722. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/1173>

Autor de Correspondência

Anderson Reis de Sousa
Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.
R. Basílio da Gama, 241.CEP: 40110-907. Canela. Salvador, Bahia, Brasil.
son.reis@hotmail.com

Experiência de residentes multiprofissionais na orientação de primeiros socorros e prevenção de acidentes nas escolas

Experience of multiprofessional residents in first aid guidance and accident prevention in schools

Experiencia de residentes multiprofesionales en orientación en primeros auxilios y prevención de accidentes en escuelas

Mykaella Cristina Araújo Margarida¹, Laisa dos Santos Nogueira², Ketlin Monteiro Felipe de Oliveira³, Marina Rodrigues Novais⁴, Geovana Sôffa Rézio⁵, Lorena Morena Rosa Melchior⁶

Como citar: Margarida MCA, Nogueira LS, Oliveira KMF, Novais MR, Rézio GS, Melchior LMR. Experiência de residentes multiprofissionais na orientação de primeiros socorros e prevenção de acidentes nas escolas. *REVISA*. 2021; 10(1): 109-16. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n1.p109a116>

REVISA

1. Escola de Saúde de Goiás, Programa de Residência Multiprofissional. Goiânia, Goiás, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-4951-5246>

2. Escola de Saúde de Goiás, Programa de Residência Multiprofissional. Goiânia, Goiás, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0001-5437-9480>

3. Escola de Saúde de Goiás, Programa de Residência Multiprofissional. Goiânia, Goiás, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0001-7159-8300>

4. Escola de Saúde de Goiás, Programa de Residência Multiprofissional. Goiânia, Goiás, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-6577-191X>

5. Escola de Saúde de Goiás, Programa de Residência Multiprofissional. Goiânia, Goiás, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-2647-2669>

6. Escola de Saúde de Goiás, Programa de Residência Multiprofissional. Goiânia, Goiás, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-8644-1784>

Recebido: 10/10/2020
Aprovado: 12/12/2020

RESUMO

Objetivo: relatar a experiência de residentes multiprofissionais em saúde na execução de ações de educação em saúde nas escolas, visando orientações de primeiros socorros e prevenção de acidentes. **Método:** Estudo descritivo e transversal realizado a partir da vivência de residentes multiprofissionais em um programa de educação em saúde nas escolas. **Resultados:** A ação objetivou capacitar e orientar escolares quanto a primeiros socorros e os cuidados emergenciais em casos de engasgamento, lesões perfurocortantes e queimaduras, orientar quanto à identificação e às ações a serem empregadas em caso de evidências de alterações do nível de consciência, desmaios, convulsões, bem como, na presença de uma parada cardiorrespiratória. A experiência adquirida complementa o aprendizado e permite conhecer uma pequena parcela da atuação na atenção básica. A experiência e conhecimento adquiridos na iniciativa perpassam o ambiente hospitalar e o contexto de urgência e trauma, por ser realizada dentro das escolas, favorecendo a construção da residência multiprofissional de maneira interdisciplinar e colaborativa, fortalecendo as ações de educação em saúde e desenvolvendo nos residentes competências e práticas coletivas. **Conclusão:** A iniciativa HUGOL nas Escolas tem alcançado os objetivos de treinar o público-alvo sobre primeiros socorros e conscientizar quanto a prevenção de acidentes, buscando minimizar as lesões não-intencionais e evitar abordagens pré-hospitalares errôneas.

Descritores: Promoção da saúde; Saúde Escolar; Equipe multiprofissional.

ABSTRACT

Objective: report the experience of multiprofessional health residents in carrying out health education actions in schools, first aid training and accident prevention. **Method:** Descriptive and cross-sectional study, based on the experience of multiprofessional residents in a health education program in schools. **Results:** The action aimed to train and guide students on first aid and emergency care in cases of choking, sharp injuries and burns, to provide guidance on the identification and actions to be taken in case of evidence of changes in the level of consciousness, fainting, seizures, as well as in the presence of a cardiorespiratory arrest. The acquired experience complements the learning and allows to know a small part of the performance in primary care. The experience and knowledge acquired in the initiative permeate the hospital environment and the context of urgency and trauma, as it is carried out within schools, favoring the construction of multiprofessional residency in an interdisciplinary and collaborative way, strengthening health education actions and developing skills in residents and collective practices. **Conclusion:** The HUGOL in Schools initiative has achieved the objectives of training the target audience on first aid and raising awareness about accident prevention, seeking to minimize unintentional injuries and avoid erroneous prehospital approaches.

Descriptors: Health Promotion; School Health; Multiprofessional Team.

RESUMEN

Objetivo: relatar la experiencia de los residentes de salud multiprofesionales en la realización de acciones de educación sanitaria en escuelas, formación en primeros auxilios y prevención de accidentes. **Método:** Estudio descriptivo e transversal basado en la experiencia de residentes multiprofesionales en un programa de educación para la salud en escuelas. **Resultados:** La acción tuvo como objetivo capacitar y orientar a los estudiantes en primeros auxilios y atención de emergencia en casos de atragantamiento, heridas cortantes y quemaduras, para asesorar en la identificación y acciones a tomar en caso de evidencia de cambios en el nivel de conciencia, desmayos, convulsiones, así como en presencia de un paro cardiorrespiratorio. La experiencia adquirida complementa el aprendizaje y permite conocer una pequeña parte del desempeño en atención primaria. La experiencia y los conocimientos adquiridos en la iniciativa permean el ámbito hospitalario y el contexto de urgencia y trauma, ya que se lleva a cabo dentro de las escuelas, favoreciendo la construcción de la residencia multidisciplinaria de manera interdisciplinaria y colaborativa, fortaleciendo las acciones de educación en salud y desarrollando habilidades en los residentes y prácticas colectivas. **Conclusión:** La iniciativa HUGOL en las escuelas ha logrado los objetivos de capacitar al público objetivo en primeros auxilios y sensibilizar sobre la prevención de accidentes, buscando minimizar las lesiones no intencionales y evitar abordajes prehospitalarios erróneos.

Descriptores: Promoción de la Salud; Salud escolar; Equipo multiprofesional.

ORIGINAL

Introdução

A saúde é elemento central para o desenvolvimento humano, social e econômico, configurando-se em importante dimensão da qualidade de vida¹. Fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer quanto prejudicar a saúde do indivíduo.¹

A atual existência de um gradiente social, impacta nos níveis de saúde e doença das populações, fruto das iniquidades socioeconômicas.² O alcance da equidade é um dos focos principais da promoção da saúde, sendo este um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo.¹

Tem-se a saúde como elemento central para o desenvolvimento humano, social e econômico, configurando-se em importante dimensão da qualidade de vida.⁶⁻⁷ Neste contexto, desenvolver atividades de promoção da saúde e de prevenção, educação permanente e capacitação de profissionais da educação, jovens e crianças no âmbito escolar, constitui práticas preconizadas nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) reforçadas pelo Programa Saúde nas Escolas (PSE).¹ Assim, dentre as múltiplas atividades de promoção e prevenção da saúde que podem ser executadas no âmbito escolar destaca-se a realização de treinamento de primeiros socorros e de prevenção de acidentes.³⁻⁶

No ambiente pré-hospitalar, a primeira abordagem realizada com a vítima é comumente conduzida por leigos, mas é possível que o procedimento seja conduzido com segurança, desde que o indivíduo conheça a maneira correta da aplicação das técnicas e como se comportar frente a situações de emergência.⁵⁻⁶

O ambiente escolar ao mesmo tempo que constitui um cenário propício para riscos de acidentes, também se apresenta como um local ideal para a construção de conhecimentos nesta perspectiva.⁶⁻⁷ Assim, necessita-se de ações com foco na temática de primeiros socorros e na prevenção de acidentes domésticos, levando-se em conta que os serviços de emergência poderão se beneficiar com a redução das possíveis entradas equivocadas e com a diminuição de erros e intervenções mal realizadas.^{3,7-8}

Para maior sucesso nas ações de promoção da saúde, a atuação de uma equipe multiprofissional se faz necessária e fundamental.⁹ Assim, a equipe multiprofissional é composta por profissionais de diferentes áreas da saúde, dentre: psicólogos, fisioterapeutas, enfermeiros, odontólogos, médicos, nutricionistas, farmacêuticos entre outros, trabalhando um determinado problema seguindo uma metodologia própria inerente à sua área de formação, preservando e destacando as identidades profissionais envolvidas, de maneira a incluir diversas abordagens de promoção da saúde, permitir troca de experiências e conhecimentos e desenvolver aptidões para o autocuidado da saúde e prevenção de riscos.⁹⁻¹⁰

Neste âmbito, as ações de promoção da saúde nas escolas costumam ser desempenhadas por profissionais de programas vinculados à atenção básica em saúde e às equipes da estratégia saúde da família.¹¹⁻¹² Iniciativas empreendidas por instituições de média e alta complexidade não são usualmente descritas na literatura científica, o que aponta o caráter inovador da proposta deste relato de experiência.

O objetivo deste artigo é relatar a experiência de residentes multiprofissionais em saúde na execução de ações de educação em saúde nas escolas, visando orientações de primeiros socorros e prevenção de acidentes.

Método

Trata-se de um estudo descritivo e transversal, realizado a partir da vivência de residentes multiprofissionais em um programa de educação em saúde nas escolas.

O programa institucional desenvolvido pelo Hospital de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira (HUGOL), intitulado “HUGOL nas Escolas” em parceria com a Secretaria de Estado da Educação, Cultura e Esporte (SEDUCE), teve início em setembro de 2016, e a partir de 2018 a condução das atividades se dá em parceria com o programa de residência multiprofissional em saúde, na área de concentração em urgência e trauma.

Esse programa possui o intuito de atuar na conscientização das crianças e dos adolescentes de escolas estaduais situadas na região noroeste de Goiânia, capacitando-os a reconhecer riscos, e assim, agir de forma preventiva em situações de emergência, evitando acidentes. O programa é realizado em edições mensais durante o período letivo, realizado em caráter multidisciplinar, por residentes das áreas de enfermagem, fisioterapia e psicologia.

Por se tratar de um relato de experiência o presente estudo foi submetido e aprovado pela diretoria do Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira em 3 de agosto de 2020 sob parecer n. 099-00 para anuência da divulgação dos resultados desta experiência, sendo pautado nas diretrizes e normas regulamentadoras obedecendo a todas as determinações da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, para esse tipo de pesquisa.

Resultados

O programa institucional “HUGOL nas Escolas” teve início em setembro de 2016 e até o mês de março de 2020 conseguiu alcançar 6.690 estudantes dos 14 colégios da rede estadual de educação¹³, na região noroeste de Goiânia, durante as suas 31 edições.

A região noroeste de Goiânia é conhecida por sua ocupação advinda da luta pelo direito de moradia, bem como pelo crescimento irregular dos bairros que a constituem, sendo escolhida em 1980 pelo poder público para receber loteamentos direcionados a populações de baixa renda¹⁴, de forma que se tornou uma região com poucos trabalhadores formais, crianças com baixa escolaridade e alto índice de criminalidade.¹⁵⁻¹⁶

No último censo publicado em 2010, a região contava com 164.203 habitantes¹⁷, mas ao longo dos anos passou por um processo de urbanização contando com o aumento das áreas comerciais, educacionais e de saúde^{16,18}, apesar de ainda ser considerada uma região marcada pela violência.¹⁹

O HUGOL foi inaugurado em 2015 com a missão de oferecer assistência

humanizada e de referência em urgência e emergência aos usuários do SUS, fundamentada no ensino e pesquisa, visando ser reconhecido nacionalmente no atendimento em urgência e emergência de média e alta complexidade, integrando os valores de humanização, transparência, responsabilidade, ética, inovação e qualidade.²⁰

Após a inauguração do hospital, começou-se a avaliar e criar formas de alcançar a população no ambiente pré-hospitalar, por entender que tal ação resultaria em redução de acidentes preveníveis, nascendo assim, uma dentre outras iniciativas institucionais, o “HUGOL nas Escolas”.

O objetivo da ação foi capacitar e orientar escolares quanto a primeiros socorros e os cuidados emergenciais em casos de engasgamento, lesões perfurocortantes e queimaduras, orientar quanto à identificação e às ações a serem empregadas em caso de evidências de alterações do nível de consciência, desmaios, convulsões, bem como, na presença de uma parada cardiorrespiratória. Aborda também os potenciais riscos presentes no ambiente doméstico, na rua e nas atividades de lazer com os respectivos desdobramentos e cuidados.

Em 2018, o hospital HUGOL em parceria com a Secretária do Estado de Goiás (SES/GO), iniciou na instituição o programa de residência multiprofissional em saúde, e desde então, os residentes multiprofissionais do HUGOL, enfermeiros, psicólogos e fisioterapeutas participam da iniciativa.

A experiência adquirida complementa o aprendizado e permite conhecer uma pequena parcela da atuação na atenção básica²¹⁻²³, ao lidar com a imprevisibilidade dos questionamentos feitos pelos estudantes, ao manter os alunos atentos durante uma explicação, ao retomar o raciocínio após inúmeras interrupções, ao conseguir responder de forma clara, correta e compreensível para esta população em questão e ao permitir o aperfeiçoamento do ensino-aprendizagem.

A articulação entre educação e saúde é imprescindível²⁴, pois as escolas são espaços privilegiados para as atividades de promoção, prevenção e educação em saúde voltadas para crianças, adolescentes e jovens adultos, cumprindo papel fundamental na formação do cidadão crítico, fomentando autonomia, independência, exercício de direitos e deveres, bem como a vigilância das condições de saúde e qualidade de vida, estimulando hábitos saudáveis.^{3,6,8,21,25} E, um dos pontos relevantes para essa articulação é a contribuição interdisciplinar durante o processo de formação dos estudantes²⁶, condição explorada pela iniciativa do presente estudo.

A participação dos residentes no processo de formação dos alunos é normalmente expressada como gratificante, porém complexa.²³ Ao final das palestras é frequente a busca de esclarecimentos por parte dos estudantes, acerca das profissões dos residentes, sobre outras profissões atuantes no hospital, solicitam repetir a manobra de ressuscitação cardiopulmonar e costumam demonstrar interesse sobre o trabalho e as atividades desenvolvidas no ambiente intra-hospitalar.

É usual, também, que os professores e coordenadores presentes na palestra se dirijam aos residentes para realizar considerações sobre a ação desenvolvida, retirada de dúvidas, reforço do trabalho realizado e inclusive proposta de novas ações, de forma que tais situações fortalecem os objetivos da iniciativa e encorajam os residentes a olhar para o próprio crescimento pessoal e profissional.

A presença de profissionais com diferentes especialidades compõe a abordagem multiprofissional no ambiente escolar e destaca-se como diferencial, tendo em vista o desenvolvimento de atividades focadas na multidisciplinaridade, fundamentadas pelo olhar diferenciado que cada profissional constrói na perspectiva das atividades desenvolvidas, permitindo assim o planejamento e execução da atuação a partir da união dos saberes.²³⁻²⁶

Discussão

A iniciativa “HUGOL nas Escolas” contribui indiretamente com o Programa Saúde na Escola (PSE)²⁷, uma vez que tal programa pressupõe a articulação entre as ações da rede pública de educação básica e do SUS, com foco nas unidades básicas de saúde, a fim de ampliar o alcance e as repercussões nas condições de saúde dos estudantes e suas famílias, com o propósito de enfrentar as vulnerabilidades visando evitar prejuízos no desenvolvimento de crianças e adolescentes.^{11-12,21,28}

Os questionamentos, interações e contribuições das crianças, adolescentes e jovens adultos são claramente diferentes em relação aos níveis de complexidade, sendo necessária uma expertise do profissional durante as respostas ou demonstrações de técnicas.²²⁻²³ É preciso desmistificar conhecimentos trazidos que são baseados no senso comum, como por exemplo, esclarecer que não se pode correr quando as queimaduras atingem as roupas, pois o oxigênio alimenta o fogo, sendo ideal proteger os olhos, deitar e rolar no chão.²⁹

A experiência e conhecimento adquiridos na iniciativa perpassam o ambiente hospitalar e o contexto de urgência e trauma, por ser realizada dentro das escolas, favorecendo a construção da residência multiprofissional de maneira interdisciplinar e colaborativa, fortalecendo as ações de educação em saúde e desenvolvendo nos residentes competências e práticas coletivas.⁷⁻⁹

A residência em urgência e trauma concentra-se na atuação intra-hospitalar, com foco no pós-evento traumático, propiciando desafios teórico-práticos para aos residentes devido à complexidade dos pacientes graves e instáveis, cuidados emergenciais, tomada rápida de decisão, discussão de casos clínicos e apresentações de seminários.³⁰ Entretanto, destaca-se como inédita a iniciativa de inserção de residentes multiprofissionais de urgência e trauma em abordagens de promoção e prevenção em saúde, permitindo a transmissão de conhecimento e cuidados no pré-evento na perspectiva de eventos traumáticos evitáveis.

Conclusão

A iniciativa HUGOL nas Escolas tem alcançado os objetivos de treinar o público-alvo sobre primeiros socorros e conscientizar quanto a prevenção de acidentes, buscando minimizar as lesões não-intencionais e evitar abordagens pré-hospitalares errôneas. Os residentes do programa multiprofissional em saúde têm contribuído na aplicação prática dessas atividades, capacitando os estudantes, mas também aprimorando o próprio aprendizado sobre as abordagens coletivas ao nível da atenção básica, refletindo em uma assistência humanizada e de qualidade à população no atendimento de alta complexidade.

Agradecimento

Os autores não receberam financiamento para esse estudo.

Referências

1. Malta DC, Moraes Neto OL, Silva MMA, Rocha D, Castro AM, Reis AAC, et al. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2016 [acesso em 01 jun 2020];21(6):1683-94. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v21n6/1413-8123-csc-21-06-1683.pdf>
2. Arrospeide A, Machón M, Ramos-Góñi JM, Oliver I, Javier Mar J. Inequalities in Health-Related Quality of Life According to Age, Gender, Educational Level, Social Class, Body Mass Index and Chronic Diseases Using the Spanish Value Set for Euroqol 5D-5L Questionnaire. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2019 [acesso em 30 jun 2020];18:17(1):69. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6472013/>
3. Orton E, Whitehead J, Mhizha-Murira J, Clarkson M, Watson MC, Mulvaney CA, et al. School-based education programmes for the prevention of unintentional injuries in children and young people. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2016 [acesso em 01 jun 2020];12:1-98. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6473192/>
4. Weissheimer AS. Injúrias não intencionais pediátricas no ambiente domiciliar: revisão integrativa. *Enfermagem Revista* [Internet]. 2019 [acesso em 01 jun 2020];22(1):101-111. Disponível em: <https://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/20188>
5. Ragadali Filho A, Pereira NA, Leal I, Anjos QS, Loose JTT. A importância do treinamento de primeiros socorros no trabalho. *Revista Saberes* [Internet]. 2015 [acesso em 28 mai 2020];3(2):114-125. Disponível em: <https://facsao paulo.edu.br/wp-content/uploads/sites/16/2018/05/ed3/10.pdf>
6. Dantas RAN, Dantas DV, Silva IRN, Araújo NM, Laurentino AMA, Nunes HMA et al. Abordagem dos primeiros socorros na escola: crianças, adolescentes e professores aprendendo a salvar vidas. *Enfermagem Brasil* [Internet]. 2018 [acesso em 28 mai 2020];17(3):259-265. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/1186/3753>
7. Mota LL, Andrade SR. Temas educativos para escolares sob a perspectiva dos profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2016 [acesso em 28 mai 2020];50:114-121. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50nspe/pt_0080-6234-reeusp-50-esp-0114.pdf
8. Mesquita TM, Albuquerque RS, Bomfim AMA, Sales MLH, Sa MCCP, Ferreira AMV. Recurso educativo em primeiros socorros no processo ensino-aprendizagem em crianças de uma escola pública. *Rev Ciênc Plur.* [Internet]. 2017 [acesso em 28 mai 2020];3(1):35-50. Disponível em: <https://periodicos.ufm.br/rcp/article/view/11464>
9. Separovich LA, Arroyo CA, Nascimento EL, Rodrigues SJ. Psicologia hospitalar e equipe multiprofissional: uma revisão integrativa com vistas à conduta profissional. *Revista Científica UMC* [Internet]. 2020 [acesso em 03 jun 2020];5(1):1-15. Disponível em: <http://seer.umc.br/index.php/revistaumc/article/view/676/744>
10. Machado MFAS, Machado LDS, Xavier SPL, Lima LA, Moreira MRC, Ferreira HS. Competências em promoção da saúde: o domínio parceria na residência multiprofissional em saúde. *Rev Bras Promoç Saúde* [Internet]. 2018 [acesso em 14 jun 2020];31(4):1-7. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/8761>

11. Carvalho FFB. A saúde vai à escola: a promoção da saúde em práticas pedagógicas. *Physis* [Internet]. 2015 [acesso em 14 jun 2020];25(4):1207-1227. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v25n4/0103-7331-physis-25-04-01207.pdf>
12. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde na Escola. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
13. Secretaria Estadual de Educação. Pesquisa de escolas detalhada. Governo do Estado de Goiás. 2020 [acesso em 17 jun 2020]. Disponível em: <https://site.educacao.go.gov.br/pesquisa-de-escolas-detalhada/>
14. Moysés, A. Goiânia: Metrópole Não Planejada. Goiânia: Editora da UCG; 2004.
15. Secretaria da Segurança Pública. Relatório de análise criminal estratégica para o indicador de criminalidade parte 2. Goiânia. Governo do Estado de Goiás. 2013 [acesso em 17 jun 2020]. Disponível em: <https://www.seguranca.go.gov.br/wp-content/uploads/2013/08/RELAT%3%93RIO-DE-AN%3%81LISE-CRIMINAL-ESTRAT%3%89GICA-PARA-O-INDICADOR-DE-CRIMINALIDADE-PARTE-2.pdf>
16. Santos DB. Cidade e História: A Construção da Paisagem da Região Noroeste de Goiânia. In: Anais XVIII ENANPUR; 2019 mai 27-31; Natal, Brasil. [acesso em 17 jun 2020] Disponível em: <http://anpur.org.br/xviiienanpur/anaisadmin/capapdf.php?reqid=1138>
17. Secretaria Municipal de Planejamento e Urbanismo. População de Goiânia por região. Goiânia. Governo do Estado de Goiás. 2010 [acesso em 17 jun 2020]. Disponível em: <https://www.goiania.go.gov.br/shtml/seplam/anuario2012/arquivos%20anuario/3%20DEMOGRAFIA/3.1%20Popula%C3%A7%C3%A3o/3.1.22%20Popula%C3%A7%C3%A3o%20de%20Goi%C3%A2nia%20por%20regi%C3%A3o.pdf>
18. Wellington NO. Ocupações Irregulares e Impactos Sócio-ambientais na Região Noroeste de Goiânia. III Congresso Brasileiro de Gestão Ambiental; 2012 nov 19-22; Goiânia, Brasil. IBEAS – Instituto Brasileiro de Estudos Ambientais, Goiânia, 2012 [acesso em 18 jun 2020]. Disponível em: <http://www.ibeas.org.br/congresso/Trabalhos2012/XI-054.pdf>
19. Souza D. Mapa da violência: Regiões Noroeste e Oeste são as que mais concentram crimes em Goiânia. O Popular 2020 fev 12. [acesso em 19 jun 2020]. Disponível em: <https://www.opopular.com.br/noticias/cidades/mapa-da-viol%C3%A2ncia-regi%C3%B5es-noroeste-e-oeste-s%C3%A3o-as-que-mais-concentram-crimes-em-goi%C3%A2nia-1.1993258>
20. Secretaria de Estado da Saúde. HUGOL – Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira. [acesso em 17 jun 2020]. Disponível em: <https://www.saude.go.gov.br/component/sppagebuilder/27-hugol-hospital-estadual-de-urgencias-da-regiao-noroeste-de-goiania-governador-otavio-lage-de-siqueira.html>
21. Dutra EB, Xavier DB, Cunha D, Doedert FW, Bohrer JKL. Atuação da residência multiprofissional na atenção básica no programa saúde na escola: uma experiência no Itapoã, Distrito Federal – Brasil. *Tempus - Actas de Saúde Coletiva* [Internet]. 2018 [acesso em 14 jun 2020];12(1):159-167. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2292>
22. Parente JFR, Dias MSA, Chagas MIO, Craveiro MVA. A Trajetória da Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral. In: Ministério da Saúde. Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios. [Internet] 2006 [acesso em 19 jun 2020];81-96. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf
23. Souza EC, Castro Júnior AR, Cavalcante ASP, Torres RAM, Silva MRF. Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde: linha de fuga na formação em saúde para uma atuação na saúde coletiva. *Saúde Debate* [Internet] 2019 [acesso em 19 jun 2020];43(122):897-905. Disponível em: <http://revista.saudeemdebate.org.br/sed/issue/view/27/v.%2043%2C%20n.%20122>

24. Monique T, Guerra S, Costa H, Dalva M. Formação profissional da equipe multiprofissional em saúde: a compreensão da intersetorialidade no contexto do SUS. Textos & Contextos [Internet]. 2017 [acesso em 14 jun 2020];16(2):454-469. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/ojs/index.php/fass/article/view/27353>.
25. Kolbe LJ. School Health as a Strategy to Improve Both Public Health and Education. Annu Rev Public Health [Internet]. 2019 [acesso em 19 jun 2020];1;40:443-463. Disponível em: <https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev-publhealth-040218-043727>
26. Costa MV, Azevedo GD, Vilar MJP. Aspectos institucionais para a adoção da Educação Interprofissional na formação em enfermagem e medicina. Saúde Debate [Internet]. 2019 [acesso em 19 jun 2020];43(1): 4-76. Disponível em: <http://revista.saudeemdebate.org.br/sed/issue/view/26/v.%2043%2C%20n.%20especial%2019>
27. Brasil. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Diário Oficial da União 06 dez 2007.
28. Graciano AMC, Cardoso NMM, Teixeira SA, Mattos FF, Gomes VE, Borges-Oliveira AC. Health promotion in Brazil: qualitative survey with primary school teachers. Health Promotion International [Internet]. 2018 [acesso em 14 jun 2020];34(5):28-35. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30124841/>.
29. Ministério da Saúde (Brasil). Cartilha para tratamento de emergência das queimaduras. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília, DF: Ministério; 2012.
30. Sassi MM, Machado RR. Residência Multiprofissional em Urgência e Emergência: a visão do profissional de saúde residente. Rev Enferm UFPE on line. 2017;11(2):785-91.

Autor de Correspondência

Mykaella Cristina Araújo Margarida.
Av. Itacaré Qd 9 Lt 12, Residencial Tempo
Novo. CEP: 74.496-025. Goiânia, Goiás, Brasil.
mykaella.pucgoias@gmail.com

Fatores Precipitantes de Delirium em Pacientes Idosos Hospitalizados

Precipitating Factors of Delirium in Elderly Hospitalized Patients

Factores precipitantes del delirio en pacientes ancianos hospitalizados

Mateus de Carvalho Maciel¹, Luciana Mitsue Sakano Niwa², Suely Itsuko Ciosak³, Myrian Spinola Najas⁴

Como citar: Maciel MC, Niwa LMS, Ciosak SI, Najas MS. Fatores Precipitantes de Delirium em Pacientes Idosos Hospitalizados. REVISA. 2021; 10(1): 117-26. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n1.p117a126>

REVISA

1. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem. São Paulo, São Paulo, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0003-0356-463X>

2. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem. São Paulo, São Paulo, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-9342-7454>

3. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem. São Paulo, São Paulo, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0001-5885-2524>

4. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-5546-6970>

Recebido: 20/10/2020
Aprovado: 22/12/2020

RESUMO

Objetivo: Caracterizar os fatores precipitantes e modificáveis de delirium em idosos internados acompanhados pela equipe móvel de Geriatria e Gerontologia. **Método:** estudo transversal, descritivo, exploratório e prospectivo realizado em um hospital de alta complexidade de São Paulo, com idosos hospitalizados. Os dados foram analisados por estatística descritiva. **Resultados:** foram avaliados 12 idosos, sendo 91,7% do sexo feminino, internados predominantemente em enfermarias cirúrgicas 83,3%. Os fatores precipitantes observados foram os ambientais presentes em 100% dos sujeitos do estudo, sendo possível realizar alguma intervenção em 83,3% dos casos, seguida pela categoria das doenças intercorrentes onde 45,4% dos casos foram passíveis de intervenção. **Conclusão:** no presente estudo, ao caracterizar os fatores precipitantes e modificáveis de delirium em idosos hospitalizados, espera-se evidenciar a possibilidade da implementação de prevenção e tratamento do quadro apontado, visando despertar os profissionais que atuam na prestação dos cuidados para a relevância do problema. **Descritores:** Delirium; Assistência Hospitalar; idoso; idoso hospitalizado; Enfermagem Geriátrica.

ABSTRACT

Objective: To characterize the precipitating and modifiable factors of delirium in hospitalized elderly accompanied by the mobile team of Geriatrics and Gerontology. **Method:** cross-sectional, descriptive, exploratory and prospective study conducted in a highly complex hospital in São Paulo, with hospitalized elderly. The data were analyzed using descriptive statistics. **Results:** 12 elderly people were assessed, 91.7% of whom were female, predominantly hospitalized in surgical wards 83.3%. The precipitating factors observed were the environmental factors present in 100% of the study subjects, and it is possible to perform some intervention in 83.3% of the cases, followed by the category of intercurrent diseases where 45.4% of the cases were subject to intervention. **Conclusion:** in the present study, by characterizing the precipitating and modifiable factors of delirium in hospitalized elderly people, it is expected to highlight the possibility of implementing prevention and treatment of the mentioned condition, aiming to awaken the professionals who work in the provision of care for the relevance of the problem.

Descriptors: Delirium; Hospital Assistance; elderly; hospitalized elderly; Geriatric Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar los factores desencadenantes y modificables del delirio en ancianos hospitalizados acompañados del equipo móvil de Geriatria y Gerontología. **Método:** estudio transversal, descriptivo, exploratorio y prospectivo realizado en un hospital de alta complejidad en São Paulo, con ancianos hospitalizados. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva. **Resultados:** se evaluaron 12 ancianos, 91,7% de sexo femenino, predominantemente hospitalizados en quirófano 83,3%. Los factores precipitantes observados fueron los factores ambientales presentes en el 100% de los sujetos de estudio, siendo posible realizar alguna intervención en el 83,3% de los casos, seguido de la categoría de enfermedades intercorrientes donde el 45,4% de los casos fueron sometidos a intervención. **Conclusión:** en el presente estudio, al caracterizar los factores precipitantes y modificables del delirio en ancianos hospitalizados, se espera resaltar la posibilidad de implementar la prevención y el tratamiento de la condición mencionada, con el objetivo de despertar a los profesionales que laboran en la prestación de cuidados para la relevancia del problema.

Descriptores: Delirio; Asistencia hospitalaria; anciano; ancianos hospitalizados; Enfermería Geriátrica.

ORIGINAL

Introdução

O delirium é uma síndrome neuropsico-orgânica transitória e flutuante frequente em idosos hospitalizados e pode ser considerado como o sétimo sinal vital.¹ Segundo Inouye², é caracterizado com o início agudo; com curso flutuante; distúrbio de atenção; desorganização do pensamento; alteração do nível de consciência; déficits cognitivos; distúrbios de percepção e psicomotores. Podem ser: hiperativo, caracterizado pela agitação e vigília, hipoativo caracterizado por letargia, com diminuição do nível de atividade motora e misto; alteração do ciclo do sono; distúrbios emocionais, manifestado por sintomas intermitentes e instáveis de medo, paranoia, ansiedade, depressão, irritabilidade, apatia, raiva ou euforia.

O delirium é recorrente durante as internações hospitalares e sua prevalência na admissão encontra-se entre 14 a 24%. Já a incidência, durante o período de internação, mostra-se com uma grande variabilidade podendo ser de 7 a 52%.³ Apesar da alta frequência, o delirium nem sempre é percebido devido a variabilidade de sua apresentação, sendo que até 70% dos quadros são subdiagnosticados, levando a internações mais prolongadas.⁴

É considerado uma condição multifatorial, em alguns casos, pode ser desencadeado por um fator isolado, embora a inter-relação de fatores associados seja mais frequente. Sabe-se que a causa para ocorrência de delirium envolve uma complexa interação entre uma variável vulnerável (predisponente) e a exposição a fatores nocivos (precipitante).²⁻³

Os fatores predisponentes podem ser vinculados a fatores de risco presentes à admissão hospitalar, aumentando assim significativamente as chances de ocorrência de delirium. São considerados fatores predisponentes: ser do sexo masculino; ter déficit cognitivo; ter história de delirium prévio; a depressão; a imobilidade; o baixo nível de atividades físicas; ter histórico de quedas; a desidratação; a desnutrição; a polifarmácia; as múltiplas comorbidades; as doenças graves; a insuficiência renal; as hepatopatias; as doenças terminais, neurológicas, psiquiátricas e metabólicas; as fraturas ou traumas, as infecções por HIV e, com destaque a idade superior a 65 anos, a presença de demência, os déficits sensoriais e a dependência funcional.^{1,3-4}

Quanto aos fatores precipitantes, pode-se citar o uso de medicamentos, principalmente os com ação psicoativas, doença neurológica primária; intercorrências, com destaque para as infecções, febre, hipotermia, anemia, desidratação e desnutrição; cirurgias; e fatores ambientais como a restrição física, o uso de sondas vesicais e integrais, os múltiplos procedimentos, dor, constipação com formação de fecaloma, déficits sensoriais e privação de sono.⁵⁻⁶

Assim, torna-se fundamental a identificação dos fatores envolvidos para ocorrência de delirium, para que o profissional de saúde possa traçar intervenções direcionadas a sua prevenção e controle, uma vez que a ação sobre um ou mais desses fatores, é suficiente para minimizar a gravidade do quadro.⁷

Nesse sentido, o objetivo do estudo foi identificar os fatores precipitantes e modificáveis de delirium em pacientes idosos acompanhados pela Equipe de Interconsulta da Disciplina de Geriatria e Gerontologia em um hospital de alta complexidade.

Método

Estudo transversal, descritivo, prospectivo e exploratório, realizado nas enfermarias clínicas, cirúrgicas e Unidades de terapia intensiva de um Hospital Universitário de alta complexidade e grande porte da cidade de São Paulo.

A população do estudo foi constituída por idosos, com idade maior ou igual a 60 anos, acompanhados pela Equipe de Interconsulta da Disciplina de Geriatria e Gerontologia, durante o mês de outubro de 2015, que foram atendidas, por solicitação, durante o período da internação.

Para a coleta de dados utilizou-se um questionário com perguntas abertas e fechadas subdividido em: caracterização do paciente para traçar o perfil e identificação dos potenciais fatores precipitantes de delirium como uso de medicações, drogas, presença de doenças, cirurgias, fatores ambientais e intercorrências.

O questionário foi aplicado em até 24 horas após a avaliação do geriatra, em um único momento, os dados foram obtidos através de entrevista e avaliação física do paciente e consulta ao prontuário, quando necessário, o acompanhante do mesmo foi solicitado como informante.

Na análise dos resultados foi realizada estatística descritiva apresentados na forma de tabelas de frequência.

Para atender aos preceitos éticos de pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução CNS/MS 466 de 12 de dezembro de 2012, foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de São Paulo, sob parecer nº 1.325.856/15. Os participantes foram orientados quanto ao procedimento do estudo, leram, concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Participaram do estudo, 12 idosos hospitalizados atendidos pela Equipe de Interconsulta de geriatria e gerontologia, no período proposto.

Entre os idosos internados, houve predomínio do sexo feminino (91,7%), na faixa etária de 80 anos ou mais (41,7%), viúvo (50%), vivendo com filhos ou netos (58,3%) e a maioria estava internada em enfermarias cirúrgicas (83,3%), conforme se observa na tabela 1.

Tabela 1. Distribuição dos participantes do estudo de acordo com sua caracterização. São Paulo - SP, 2015

Dados de Identificação	N	%
Faixa etária		
60 - 69 anos	3	25
70 - 79 anos	4	33,3
80 ou mais	5	41,7
Sexo		
Feminino	11	91,7
Masculino	1	8,3

Estado Civil		
Viúvo	6	50
Casado	5	41,7
Divorciado	1	8,3
Com quem vive		
Cônjuge	5	41,7
Filhos/Netos	7	58,3
Tipo de enfermaria		
Clínica	1	8,3
Cirúrgica	10	83,3
UTI	1	8,3

Os diagnósticos prévios mais frequentes entre os idosos foram doenças do aparelho circulatório, doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, que estavam presentes em 91,7%. Nos diagnósticos atuais a categoria de Transtornos mentais e comportamentais foi a mais prevalente com 41,7%.

Quanto às categorias de fatores precipitantes, observamos que os ambientais estiveram presentes em todos os sujeitos do estudo, sendo possível realizar alguma intervenção em 83,3% dos casos, seguida pela categoria das doenças intercorrentes onde dos 91,7% dos casos, 45,4% foram passíveis de intervenção (Tabela 2). Em contrapartida as doenças neurológicas primárias e as cirurgias são fatores não modificáveis.

Tabela 2. Distribuição dos participantes do estudo de acordo com as categorias dos fatores precipitantes de delirium e possibilidade de serem modificados. São Paulo - SP, 2015

Categorias	Frequência		Modificável	
	n	%	n	%
Fatores Ambientais	12	100	10	83,3
Intercorrências	11	91,7	5	45,4
Medicação/Drogas	11	91,7	2	18,2
Cirurgias	6	50	0	0
Doença Neurológica Primária	2	16,7	0	0

Dentre os fatores ambientais, a dor apresenta-se como sendo o fator precipitante mais frequente (83,3%) e passível de algum tipo de intervenção para ser modificada (80%), seguida pela privação de sono (50%), onde a modificação do quadro, também, apresentou alta ocorrência (83,3%) (Tabela 3).

Quanto às medicações, a polifarmácia foi o fator mais frequente identificado (75%), porém, com baixa porcentagem de intervenção (11,1%) (Tabela 3). Pode-se observar que constipação/fecaloma (25%), retenção urinária (16,7%) e febre (8,3%) são os mais passíveis de modificação dentre as doenças intercorrentes (Tabela 3).

As cirurgias ortopédicas (41,7%) foram as mais frequentes, porém não são passíveis de modificações, bem como as doenças neurológicas primárias (16,7%) (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição dos participantes do estudo de acordo com os fatores precipitantes de delirium e possibilidade de serem modificados. São Paulo - SP, 2015

Categoria	Frequência		Modificável	
	n	%	n	%
Fatores Ambientais				
Dor	10	83,3	8	80
Privação de Sono	6	50	5	83,3
Imobilização Prolongada	5	41,7	0	0
Sonda Enteral	4	33,3	0	0
Diminuição da Acuidade Visual	4	33,3	1	25
Sonda Vesical de Demora	3	25	0	0
Múltiplos Procedimentos	3	25	0	0
Diminuição da Acuidade Auditiva	2	16,7	0	0
Restrição Física	1	8,3	0	0
Medicação/Drogas				
Polifarmácia	9	75	1	11,1
Narcóticos	5	41,7	1	20
Hipnóticos	1	8,3	0	0
Anticolinérgicos	1	8,3	0	0
Doenças Intercorrentes				
Doença Aguda Grave	7	58,3	1	14,3
Anemia	7	58,3	0	0
Desnutrição	7	58,3	0	0
Infecções	3	25	0	0
Constipação/fecaloma	3	25	3	100
Retenção Urinária	2	16,7	2	100
Desidratação	2	16,7	1	50
Febre	1	8,3	1	100
Cirurgias				
Ortopédicas	5	41,7	0	0
Outras cirurgias (não cardíacas)	3	25	0	0
Doença Neurológica Primária				
Doença neurológica primária (acidente vascular encefálico, hemorragia intracraniana, meningite, encefalite)	2	16,7	0	0

Discussão

Buscando identificar os fatores precipitantes e modificáveis de delirium em pacientes idosos observou-se que quanto mais longo maior a chance para desenvolver delirium.⁸⁻⁹

Observa-se a predominância do sexo feminino, corroborando com o estudo realizado no Rio de Janeiro, onde dos 767 idosos avaliados, 60,5% (n=464) eram do sexo feminino.¹⁰ De acordo com o DSM-IV,¹¹ a proporção de mulheres para homens aumenta com o avanço da idade. As altas taxas de mortalidade do sexo masculino relacionadas à violência e acidentes de trânsito, somados a maior procura do sexo feminino aos serviços de saúde, podem ajudar a justificar essa diferença,¹²⁻¹³ porém, cabe ressaltar que, ao se tratar de delirium, o sexo masculino é considerado como fator predisponente, ainda que em nosso estudo não foi possível constata-lo, pelo reduzido número da amostra.

No presente estudo, observou-se que metade dos idosos eram viúvos, porém, nenhum dos avaliados vivia sozinho, sendo que 41,7% (n=5) residia com o cônjuge e 58,3% (n=7), com outros familiares.

O fato de no Brasil o idoso ter o direito de permanecer acompanhado durante o período internado,¹⁴ o acompanhante pode exercer uma função tranquilizadora, e ser um importante aliado durante a internação, devendo ser encorajado a estimular o idoso, mantendo-o orientado quanto ao tempo e espaço, sendo esse, um fator colaborativo para a prevenção do quadro de delirium.

Com relação aos diagnósticos, o delirium e a fratura de fêmur foram os mais recorrentes, estando presentes em 33,3% (n=4) dos casos. Uma revisão¹⁵ apontou que a mortalidade intra-hospitalar em decorrência das fraturas de fêmur proximal em idosos, é de 5,52% em um mês, podendo chegar a 24,94% em dois anos.

Aos analisarmos as categorias dos fatores precipitantes, observamos que os fatores ambientais estiveram presentes em todos idosos avaliados, sendo importante salientar que destes, 83,3% eram passíveis de alguma intervenção, demonstrando a importância de os profissionais de saúde estarem aptos para identificá-los e propor algum tipo de intervenção.

A dor foi o fator ambiental mais frequente e modificável. Uma revisão¹⁶ acerca da mensuração da dor no idoso, concluiu que existe uma tendência dos profissionais desprezarem ou desvalorizarem o relato de dor e que, além disso, ainda existem interferências de valores culturais onde os pacientes demonstram não quererem trazer preocupações, assumindo que a dor é parte normal da idade avançada. O profissional deve se mostrar aberto para escuta do paciente, atentando-se ao não verbal do mesmo, pois através de expressões faciais e mudanças no comportamento, podem-se levantar possíveis queixas álgicas não expressas espontaneamente.

Outro aspecto que deve ser levantado, é que no âmbito hospitalar, cabe a equipe de enfermagem a decisão de quando administrar as medicações previamente prescritas pelo médico em caso de “se necessário”,¹⁷ assim, os profissionais, devem se atentar aos momentos que exijam maior manipulação do idoso, como a realização do banho, exames em outros setores, curativos e troca de fraldas, bem como nas sessões de fisioterapia, onde as queixas álgicas são comumente intensificadas e podem ser minimizadas com a administração prévia da analgesia.

A privação de sono dos idosos no ambiente hospitalar é outro fator apontado no estudo. Os fatores ambientais associados ao estresse da hospitalização devem ser constantemente avaliados, pois contribuem para os problemas de sono na velhice.¹⁸ A equipe de saúde deve propiciar ao paciente um ambiente calmo, reduzindo ruídos, adotando estratégias como a adequação dos horários de medicações noturnas e da realização de procedimentos nesse período, além disso, deve-se estimular que o idoso permaneça acordado durante o dia e evitar a ingestão de cafeína para dormir à noite.^{1,18-19}

A imobilidade prolongada durante a internação é outro fator que deve ser evitado. Dispositivos como cateteres e sondas contribuem com a limitação de movimentos, bem como a contenção física no leito, que além de aumentar a ocorrência de delirium, piora a agitação e é causa potencial de trauma. Em situações onde o repouso é prescrito, ou o paciente não consegue se mover, a equipe deve-se preocupar para o correto posicionamento do mesmo no leito, visando, a prevenção de lesão por pressão e o conforto do paciente.²⁰ A realização de fisioterapia e mobilização passiva precoce, também, são fatores que devem ser implementados.^{1,19}

Os déficits sensoriais merecem atenção por parte dos profissionais de saúde devido ao seu impacto na vida do idoso. No presente estudo, um terço dos pacientes apresentavam diminuição da acuidade visual além de diminuição da acuidade auditiva, resultado semelhante ao estudo²¹ realizado em Belo Horizonte, demonstrando a frequência a esses déficits nessa população. Existem intervenções potenciais que podem ser implementadas para minimizar esses déficits, e consequentemente, minimizar as chances de delirium, como o uso de iluminação adequada, adaptação de utensílios, utilizar letras maiores, estimular o uso de óculos, quando já em uso prévio, para minimizar os déficits visuais, e para os déficits auditivos os profissionais devem falar claramente, mantendo contato visual com o paciente e estimular o uso de aparelho auditivo, quando indicado.^{1,5} Vale ressaltar que muitas vezes os familiares se esquecem dos dispositivos de correção de déficits sensoriais em casa, cabendo a equipe orientar quanto à importância dos mesmos e solicitar que sejam utilizados pelo paciente durante o período de internação hospitalar.

Com relação às medicações, sabe-se que seu manejo torna-se ainda mais difícil na população idosa, várias medicações estão associadas ao desenvolvimento do delirium, podemos citar os analgésicos opioides, os sedativos da classe dos benzodiazepínicos, os anticolinérgicos, antidepressivos inibidores de recaptção de serotonina e os tricíclicos, dentre outras.¹ É importante ressaltar que nenhuma dessas medicações é totalmente contraindicada, pois existem situações onde os benefícios para o paciente são maiores que os riscos que as mesmas oferecem, porém, elas devem ser utilizadas com cautela, evitando ou reduzindo seu uso sempre que possível.

Quanto às doenças intercorrentes, os profissionais de saúde devem traçar estratégias para seu controle, sempre que possível. Em nosso estudo, apesar de pouco frequente, a constipação/fecaloma, retenção urinária e febre foram condições totalmente modificáveis. O profissional deve estar atento ao realizar o exame físico e sempre questionar quanto às eliminações do paciente, pois, muitas vezes, o mesmo não valoriza as alterações de seu hábito intestinal e urinário, sendo necessário algum tipo de intervenção, como o uso de laxantes, supositório, lavagem intestinal ou sondagem vesical de alívio para melhorar o quadro. Embora nem todas as doenças intercorrentes possam ser cessadas de

imediatamente, é importante que sua detecção seja feita o mais precoce possível. A prevenção e o correto tratamento das doenças intercorrentes, se configuram como um fator preventivo para o quadro de delirium.

Existem também outros aspectos que, embora se constituam como fatores precipitantes, não são passíveis de intervenções diretas, como as cirurgias e doenças neurológicas primárias, porém, é importante que o profissional esteja ciente sobre essa relação, considerando que as cirurgias ortopédicas, apresentam uma incidência que pode chegar a 50%,²² devendo os profissionais, estarem atentos a todos os aspectos já discutidos, principalmente quanto à mobilização e dor, para a prevenção de delirium.

Conclusão

Como vimos o delirium é uma desordem clínica recorrente durante as internações da população idosa, porém, muitas vezes subdiagnosticada, e consequentemente subtratada.

Para seu manejo e prevenção evidenciou-se no presente estudo que os fatores ambientais tiveram alta prevalência, sendo a dor e a privação de sono os passíveis de intervenção em curto espaço de tempo. As doenças intercorrentes como constipação/fecaloma, retenção urinária, febre e desidratação, embora pouco prevalentes, também são fatores com alta possibilidade de modificação, e merecendo especial atenção quando se trata da população idosa hospitalizada, portanto, os profissionais de saúde devem ser preparados para identificar os fatores precipitantes de delirium, que favorecem o seu desenvolvimento.

A atuação multiprofissional é de extrema importância para o manejo do paciente idoso no hospital, visto que as ações e tratamentos não farmacológicos se constituem um importante fator preventivo de delirium.

Agradecimentos

Os autores não receberam financiamento para esse estudo.

Referências

1. Prayce R, Quaresma F, Neto IG. Delirium: The 7th Vital Sign? Acta Med Port. 2018; 31(1): 51-8. Doi: <http://dx.doi.org/10.20344/amp.9670>.
2. Inouye SK. Delirium in older person. N Engl J Med [periódico eletrônico] 2006 [citado em 2015 Jul24];354(11):1157-65. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMra052321>
3. Chagas NMS, Borges DGS, Chagas MHN. Delirium como fator de risco para demência em idosos: uma atualização. J. bras. Psiquiatr. 2016; 65 (1): 94-8.
4. Silva MHO, Camerini FG, Henrique DM, Almeida LF, Franco A, Pereira SRM. Delirium na terapia intensiva: fatores predisponentes e prevenção de eventos adversos. Rev baiana enferm. 2018; 32: 1-12.
5. Junior RFM, Costa AN, Maneschy RB, Pontes CDN, Silva YJA, Holanda LS, et al. Principais fatores de risco para delirium encontrados nos pacientes idosos internados nas enfermarias de clínica médica de um hospital da Amazônia. REAS. 2019;(17): e272.
6. Freitas EV, Py L, Gorzoni ML, et al. Tratado de geriatria e gerontologia. 4ª ed.

Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2016.

7. Elie M, Cole MG, Primeau FJ, Bellavance F. Delirium risk factors in elderly hospitalized patients. *J Gen Intern Med* [periódico eletrônico] 1998 [citado em 2015 Jul 24];13(3):204-12. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1496920/pdf/jgi_47.pdf
8. Xavier SO, Ferretti-Rebustini REL, Santos ES, Lucchesi PAO, Hohl KG.(2015). Insuficiência cardíaca como preditor de dependência funcional em idosos hospitalizados. *Rev Esc Enferm USP* [periódico eletrônico] 2015 [citado em 2015 Dez 20];49(5):790-6. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n5/pt_0080-6234-reeusp-49-05-0790.pdf
9. Pelegrini P, Venites JP, Bilton TL. Perfil das condutas alimentares de idosos com delirium durante a internação hospitalar. *Disturb Comum* [periódico eletrônico] 2007 [citado em 2015 Dez 20];19(1), 63-71. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/11846/8567>
10. Oliveira FMRL, Costa KNFM, Pontes MLF, Batista PSS, Barbosa KTF, Fernandes MGM. Fatores de risco associados à hospitalização em idosos atendidos na atenção primária de saúde. *Rev enferm UERJ*. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2018.15488>
11. Associação Americana de Psiquiatria. Manual de Estatística e Diagnóstica de Transtornos Mentais (DSM IV TM). 4.ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
12. Marin MJS, Bazaglia FC, Massarico AR, Silva CBA, Campos RT, Santos SC. Características sócio-demográficas do atendimento ao idoso após alta hospitalar na Estratégia da Saúde de Família. *Rev Esc Enferm USP* [periódico eletrônico] 2010 [citado em 2015 Dez 20];44(4):962-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/15.pdf>
13. Nakata PT, Costa FM da, Bruzamol CD. Nursing care for the elderly in the family health strategy: integrative review. *J Nurs UFPE on line*. 2017; 11(Suppl. 1):393-402.
14. Brasil. Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*; 2003.
15. Sakaki MH, Oliveira AR, Coelho FF, Leme LEG, Suzuki I, Amatuzzi MM. Estudo da Mortalidade na fratura do fêmur proximal em idosos. *Acta Ortop. Bras*[periódico eletrônico] 2004 [citado em 2015 Dez 25];12(4):242-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/aob/v12n4/a08v12n4.pdf>
16. Andrade FA, Pereira LV, Sousa FAEF. Mensuração da dor no idoso: uma revisão. *Rev latinoam enferm* [periódico eletrônico] 2006 [citado em 2015 Dez 20];14(2):271-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a18.pdf>
17. Fontes KB, Jaques AE. O papel da enfermagem frente ao monitoramento da dor como 5º sinal vital. *Cienc Cuid Saude* [online] 2007 [citado em 2015 Dez 20];6(Suplem.2):481-7. Disponível em: <http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/5361/3397>
18. Moreno, CRC et al. Problemas de sono em idosos estão associados a sexo feminino, dor e incontinência urinária. *Rev. bras. epidemiol*[online]. 2019, v. 21, n. Suppl 02 [Acessado 12 Julho 2020] , e180018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v21s2/1980-5497-rbepid-21-s2-e180018.pdf>
19. Inouye SK, Westendorp, RGJ, Saczynski, JS. Delirium in elderly people. *Lancet* [periódico eletrônico] 2014 [citado em 20 Dez 20];383(9920):911-22. Disponível em: [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60688-1](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60688-1)
20. Cazeiro APM, Peres PT. A terapia ocupacional na prevenção e no tratamento

de complicações decorrentes da imobilização no leito. Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar [periódico eletrônico] 2010 [citado em 2015 Dez 20];18(2):149-67. Disponível em:

<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/351/282>

21. Tannure MC, Alves M, Sena RR, Chianca TCM. Perfil epidemiológico da população idosa de Belo Horizonte, MG, Brasil. Rev. bras. Enferm [periódico eletrônico] 2010 [citado em 2015 Dez 25];63(5):817-22. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n5/20.pdf>

22. Praticò C, Quattrone D, Lucanto T, Amato A, Penna O, Roscitano C et al. Drugs of anesthesia acting on central cholinergic system may cause post-operative cognitive dysfunction and delirium. MedHypotheses [periódico eletrônico] 2005 [citado em 2016 Jan 25];65:972-82. Disponível em: [http://www.medical-hypotheses.com/article/S0306-9877\(05\)00296-3/pdf](http://www.medical-hypotheses.com/article/S0306-9877(05)00296-3/pdf)

Autor de Correspondência

Mateus de Carvalho Maciel
Av. Dr. Enéas Carvalho de Aguiar, 419.
CEP: 05403-000. Cerqueira César. São
Paulo, São Paulo, Brasil.
mateusmaciel@usp.br

Inquérito Brasileiro Sobre Terapia de Nutrição Domiciliar: panorama atual

Brazilian Survey on Home Nutrition Therapy: current overview

Encuesta brasileña sobre terapia nutricional domiciliar: panorama actual

Denise Philomene Joseph van Aanholt¹, Luciana Mitsue Sakano Niwa², Mariana Borges Dias³, Diogo Toletto⁴, Suely Itsuko Ciosak⁵

Como citar: Aanholt DPJV, Niwa LMS, Dias MB, Toletto D, Ciosak SI. Inquérito Brasileiro Sobre Terapia de Nutrição Domiciliar: panorama atual. REVisa. 2021; 10(1): 127-38. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n1.p127a138>

REVisa

1. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem. São Paulo, São Paulo, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-1439-0321>

2. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem. São Paulo, São Paulo, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-9342-7454>

3. Ministério da Saúde, Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar e Domiciliar, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Brasília, Distrito Federal, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-1009-6416>

4. Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral. São Paulo, São Paulo, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-7375-2583>

5. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem. São Paulo, São Paulo, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-5884-2524>

Recebido: 10/10/2020
Aprovado: 16/12/2020

RESUMO

Objetivo: descrever como a terapêutica nutricional domiciliar é realizada no Programa Melhor em casa do Ministério da Saúde e na Saúde suplementar. **Método:** Estudo transversal, com dados secundários, onde foram selecionados os perfis de profissionais atuantes em atenção domiciliar no Brasil. A coleta de dados ocorreu de março a junho de 2018, depois de submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa. **Resultados:** Dos 289 brasileiros, 74% eram profissionais atuantes na Assistência domiciliar. O tipo de Terapia Nutricional realizada foi 67% enteral exclusiva seguida de 33% terapia mista. A prescrição realizada de dieta exclusiva artesanal foi de 9% e de dieta enteral mista 55%. A maioria recebe dieta por gravidade intermitente, seguida de administração em "bolus", gravitacional contínua e controle do gotejamento através da bomba de infusão. **Conclusão:** Os achados nos dão uma visão panorâmica da terapia nutricional enteral domiciliar no Brasil. Aumento da terapia nutricional domiciliar se faz necessária especialmente pelo aumento da população idosa e consequentemente de maior presença das doenças crônicas que podem levar a incapacidade, dependência, maior tempo de hospitalização e custos para o sistema de saúde. É fundamental a presença da equipe interdisciplinar, de boas práticas e do acompanhamento das famílias nos domicílios.

Descritores: Terapia nutricional; Nutrição enteral; Nutrição parenteral; Serviços de assistência domiciliar.

ABSTRACT

Objective: To learn how home nutritional therapy is carried out in the Ministry of Health's Better Home Program and in Supplementary Health. **Method:** Cross-sectional study, with secondary data, in which the profiles of professionals working in home care in Brazil were selected. Data collection took place from March to June 2018, after being submitted and approved by the Ethics and Research Committee. **Results:** Of the 289 Brazilians, 74% were professionals working in home care. The type of nutritional therapy performed was 67% exclusive enteral followed by 33% mixed therapy. The prescription of an exclusive handmade diet was 9% and a mixed enteral diet 55%. Most receive intermittent gravity diet, followed by bolus administration, continuous gravitational and drip control through the infusion pump. **Conclusion:** The findings give us a panoramic view of home enteral nutritional therapy in Brazil. The increase in home nutritional therapy is necessary especially because of the increase in the elderly population and, consequently, the greater presence of chronic diseases that can lead to disability, dependence, longer hospitalization and costs for the health system. The presence of an interdisciplinary team, good practices and monitoring of families at home is essential. **Descriptors:** Nutrition therapy; Enteral nutrition; Home parenteral nutrition; Home care service.

RESUMEN

Objetivo: Conocer cómo se lleva a cabo la terapia nutricional domiciliar en el Programa Mejor Hogar del Ministerio de Salud y en Salud Complementaria. **Método:** Estudio transversal, con datos secundarios, en el que se seleccionaron los perfiles de los profesionales que trabajan en la atención domiciliar en Brasil. La recolección de datos tuvo lugar de marzo a junio de 2018, luego de ser presentados y aprobados por el Comité de Ética e Investigación. **Resultados:** De los 289 brasileños, el 74% eran profesionales que trabajaban en la atención domiciliar. El tipo de terapia nutricional realizada fue 67% enteral exclusiva seguida de 33% terapia mixta. La prescripción de una dieta exclusiva artesanal fue del 9% y una dieta enteral mixta del 55%. La mayoría recibe una dieta de gravedad intermitente, seguida de administración de bolo, control gravitacional continuo y de goteo a través de la bomba de infusión. **Conclusión:** Los hallazgos nos brindan una visión panorámica de la terapia nutricional enteral domiciliar en Brasil. El aumento de la terapia nutricional domiciliar es necesario sobre todo por el aumento de la población anciana y, en consecuencia, la mayor presencia de enfermedades crónicas que pueden derivar en discapacidad, dependencia, mayor internación y costos para el sistema de salud. La presencia de un equipo interdisciplinario, buenas prácticas y seguimiento de las familias en el hogar es fundamental.

Descriptores: Terapia nutricional; Nutrición enteral; Nutrición parenteral; Servicios de atención a la salud domiciliario

ORIGINAL

Introdução

A terapia nutricional domiciliar (TND) se tornou uma modalidade integrada na atenção domiciliar (AD) com crescente expansão na atualidade. A TND pode ser definida como uma assistência nutricional e clínica ao paciente em seu domicílio, com objetivo de recuperar ou manter o nível máximo de saúde, funcionalidade e comodidade. Ela compreende desde terapia nutricional oral, mediante utilização de suplementos e complementos nutricionais, a terapia nutricional enteral (TNE) e a terapia nutricional parenteral (TNP).¹⁻²

Considerando as diretrizes e objetivos da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), é possível dizer que a TND contribui para a garantia de direito à alimentação adequada e saudável a aqueles com necessidades especiais, apesar de ainda não ser uma realidade aos indivíduos em terapia nutricional enteral domiciliar (TNED) de baixo poder aquisitivo.³⁻⁴

Entende-se que a prática de uma alimentação adequada e segura deve ser realizada por uma equipe multiprofissional de terapia nutricional (EMTN), seguindo sua normatização. A EMTN deve prescrever uma Terapia Nutricional (TN) individualizada, com a inclusão de educação e aconselhamento nutricional de dieta pela via oral ou, de dietas consideradas como alta complexidade, a TNE e TNP⁴⁻⁵, terapias que estão contempladas na PNAN dentre as Necessidades Alimentares Especiais (NAE)³:

“As necessidades alimentares, sejam restritivas ou suplementares, de indivíduos portadores de alteração metabólica ou fisiológica que causa mudanças, temporárias ou permanentes, relacionadas à utilização biológica de nutrientes ou a via de consumo alimentar (enteral ou parenteral)”.

Portanto, indivíduos portadores de NAE, considerando os direitos humanos à alimentação adequada (DHAA), que envolve dentre diferentes situações, a garantia do acesso a alimentos para fins especiais, o respeito ao hábito individual e familiar e o cuidado integral a saúde, devem ser incluídos.⁵

As publicações científicas tem focado mais o setor terciário da saúde, com relatos de que uma alimentação inadequada associada a subnutrição são problemas de saúde pública que afetam, tanto performances sociais quanto econômicas, solicitando demandas da saúde para melhorar os desfechos clínicos finais. Os índices de complicações em indivíduos desnutridos são elevados e apresentam alto custo financeiro no setor saúde, relacionadas desde terapias adjuvantes, maior uso de medicamentos e dias de internação e reinternações, entre outros. A alta incidência de desnutrição intra-hospitalar se mantém elevada, mesmo após quase 20 anos do Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional hospitalar-IBRANUTRI.⁶⁻⁷

Pesquisas sobre estado nutricional em pacientes atendidos no domicílio são escassos na nossa literatura, principalmente com dados brasileiros. Alguns estudos com TNED, principalmente em idosos, refletem a alta incidência de desnutrição e melhora do quadro, quando recebem a TNE com orientação nutricional e acompanhamento multiprofissional.⁸⁻⁹

Desta forma, a realização de intervenções nutricionais adequadas, praticadas por uma equipe multiprofissional capacitada, mediante bons planos terapêuticos de TN, podem reverter as situações desfavoráveis, melhorando desfechos clínicos e nutricionais, bem como a qualidade de vida dos indivíduos, além de redução de custos com a saúde.¹⁰

Neste contexto, as ações relacionadas as NAE tem sido pautada pela agenda de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) que é estruturada de forma intersetorial e com ampla participação social. Suas demandas são estabelecidas pelos Planos Nacionais de Segurança Alimentar e Nutricional (PLANSAN), que a partir de 2014, após a revisão da Câmara interministerial de segurança alimentar e nutricional, inseriu uma nova meta direcionando o cuidado nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), em especial no âmbito domiciliar.

Desta forma, indivíduo em TN pode ser acompanhado por diversos pontos da RAS, a depender do seu estado clínico e a capacidade resolutive dos pontos de atenção. Seus cuidados devem estar inseridos nas linhas de cuidado integral baseadas nas necessidades dos indivíduos, reduzindo a fragmentação da assistência, mantendo a atenção nutricional adequada, de acordo com o preconizado pela PNAN.⁵

Dentre as políticas públicas, é importante ressaltar que a NAE, atende ao princípio da equidade, um dos três princípios do SUS e, também um dos princípios da PNAN, apesar de ainda, encontrarmos muitos desafios a serem enfrentados para operacionalização dos cuidados a estes indivíduos pela RAS, especificamente na AD.⁵

A AD é uma modalidade de atendimento em saúde, substitutiva ou complementar à assistência hospitalar, que envolve ações de promoção a saúde, prevenção e tratamento de doenças além de reabilitação dos indivíduos no ambiente domiciliar, com garantia de continuidade dos cuidados e integrada as redes de atenção à saúde. Desta forma ela possibilita a desospitalização para os pacientes crônicos, estáveis clinicamente e que necessitam manter um acompanhamento multiprofissional de forma humanizada. Para que esta prática ocorra com humanização, se faz necessário uma boa estratégia de alta hospitalar.¹¹⁻¹³

Uma alta hospitalar pode ocorrer mesmo quando não há a total recuperação do estado nutricional ou capacidade plena de se alimentar normalmente pela via oral e ter uma absorção adequada de todos os nutrientes. Assim, a promoção de uma melhor qualidade de vida para os indivíduos com necessidades alimentares especiais após alta hospitalar, deve considerar os aspectos que envolvam não só a alimentação, mas considerar os aspectos clínicos, nutricionais, sociais, culturais e afetivos relacionados ao estado de saúde do indivíduo, envolvendo a família e toda a equipe multiprofissional de saúde.¹⁴

No âmbito do SUS a AD foi efetivada a partir Portaria 2029, de 2011, a qual veio promover a instituição do programa Melhor em Casa em novembro de 2011 e, sofreu sucessivas adequações até a normativa atualmente vigente, inserida na Portaria de Consolidação número 1, 5 e 6, de 28 de setembro de 2017. Segundo dados da coordenação do programa Melhor em Casa do MS, em abril de 2020 este programa contava com Serviços em 583 municípios brasileiros em 26 estados cobrindo potencialmente 37% da população brasileira, por meio da atuação de 1458 equipes multiprofissionais.^{5,15}

Considerando este cenário que envolve a TND, o direito à alimentação adequada com respaldo das políticas públicas e das doenças crônicas, que aumentam com o envelhecimento populacional, as NAE e a falta de publicações referente a TND, principalmente no SUS, foi objetivo do Comitê de Assistência Nutricional Domiciliar (CAND) da Sociedade Brasileira de Nutrição Enteral e Parenteral (BRASPEN-SBNPE), realizar um segundo inquérito de TND para conhecer como esta prática é realizada no Programa Melhor em Casa do MS e, também, na saúde suplementar.

Nesse sentido, o objetivo do estudo foi descrever como a terapêutica nutricional domiciliar é realizada no Programa Melhor em Casa do Ministério da Saúde e na Saúde suplementar.

Método

Estudo epidemiológico, observacional e transversal, realizado no Brasil com dados secundários do banco de dados da BRASPEN, contidas no inquérito Latino-americano de TND, realizado com países membros da Federação Latino-americana de Terapia Nutricional Parenteral e Enteral (FELANPE), através da aplicação de um questionário elaborado pelo CAND composto por 15 perguntas de múltipla escolha, por meio da ferramenta Survey Monkey (<http://www.surveymonkey.com/>), enviado para as sociedades de nutrição parenteral e enteral dos países membros da FELANPE. O período da coleta ocorreu de março a junho de 2018, incluindo 17 países da América Latina mais a Espanha.

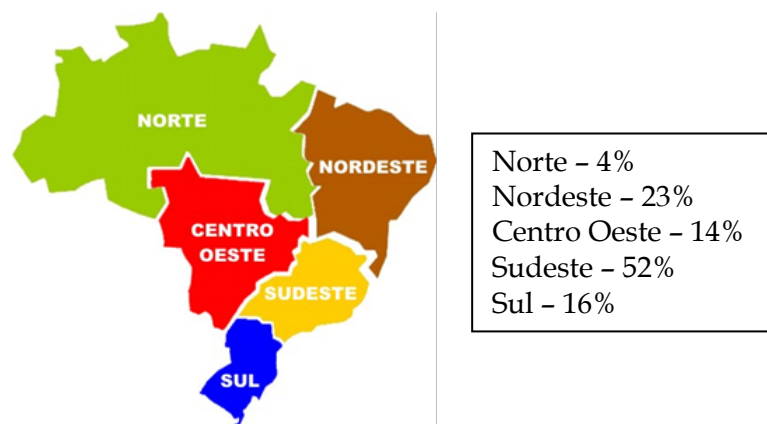
A partir deste banco, foram selecionadas informações dos dados brasileiros, considerando apenas de profissionais atuantes na atenção domiciliar, tanto do programa Melhor em Casa do Ministério da Saúde, representando o setor público, como do setor privado, os perfis de profissionais atuantes em atenção domiciliar, incluindo a coordenação do programa Melhor em Casa do Ministério da Saúde, além de empresas de AD com auxílio do Núcleo Nacional das Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar (NEAD) e de indústrias farmacêuticas de nutrição.

Atendendo a Resolução 466 de 2012, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob o N° 3.995.405

Resultados

Do total de 289 respondentes brasileiros, 74% (214) eram profissionais atuantes na AD e destes, 84% (180) eram do setor público, junto ao programa Melhor em Casa do Ministério da Saúde. Dentre os profissionais encontramos 41% de nutricionistas, 34% de enfermeiros, 8% de médicos e 17% de outros profissionais da área de saúde.

Todas as regiões brasileiras foram contempladas no inquérito, com maior participação da região Sudeste (52%) seguido pela região Nordeste (23%) conforme se observa na Figura 1.

Figura 1- Distribuição percentual das respostas ao inquérito de TND recebidas das diferentes regiões brasileiras

Fonte: Inquérito de terapia nutricional domiciliar FELANPE 2018

Foi observado que a maioria (79,0%) dos pacientes atendidos na AD são idosos, em todas as condições clínicas observadas e 82,7% dos agravos recai sobre a doença neurológica, sendo que os idosos detêm 67,8% (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição da faixa etária e tipo de condição clínica dos pacientes atendidos no domicílio, segundo inquérito de TND, Brasil 2018

Tipo de condição clínica	Faixa etária (anos)			Total N(%)
	< 18 N.(%)	18 a 60 N.(%)	> 60 N.(%)	
Neurológico	9(4,2)	23(10,7)	145(67,8)	177(82,7)
Oncológico	0 (0)	7(3,3)	12(5,6)	19(8,9)
Cirúrgico	0(0)	0(0)	2(0,9)	2(0,9)
Outros	1(0,5)	5(2,3)	10(4,7)	16(7,5)
Total	10(4,7)	35(16,3)	168(79)	214(100)

Fonte: Inquérito de terapia nutricional domiciliar FELANPE

Analisando o tipo de TN realizada, a maioria das empresas prestadoras de cuidado domiciliar (CD) atende paciente, principalmente, em TNE exclusiva (67%), seguida de 33% de TN mista, podendo além de TNE ter TNP e uso de suplementos por via oral.

Em relação a TNPD, esta vem ganhando espaço dentre o CD, sendo relatado por 50% dos profissionais que responderam ao inquérito e a porcentagem nos últimos 12 meses, varia de 10% a mais de 30% dos pacientes atendidos. Esta prática tem sido adotada tanto nos serviços públicos, como no privado, porém com mais adeptos no primeiro grupo, que também, atendem porcentagem maior de pacientes (Tabela 2).

Tabela 2- Porcentagem de pacientes em TNPD atendidos, nos últimos 12 meses. Brasil, 2018.

Pacientes TNPD	Tipo de Serviço		Total %
	Serv. Público%	Serv. Privado%	
< 10%	12,1	6,1	18,2
10 a 30%	18,7	1,4	20,1
> 30%	10,3	1,4	11,7
Nenhum	43,0	7,0	50,0
Total	84,1	15,9	100

Fonte: Inquérito de terapia nutricional FELANPE 2018

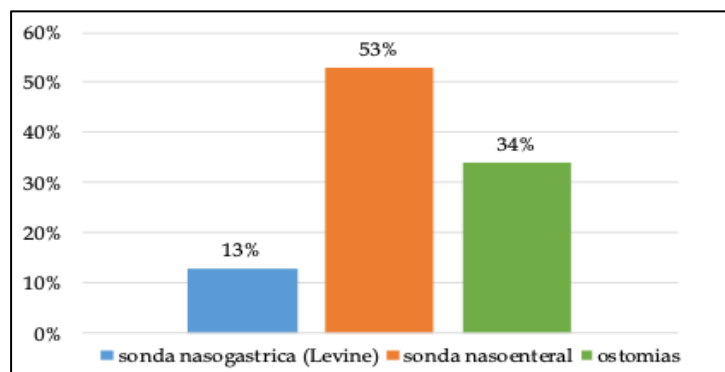
Neste inquérito, ao analisar a TNED, considerando tipo de prescrição realizada pelos profissionais de saúde, verificou-se baixa prática no uso de dieta artesanal exclusiva (9%) e a maior frequência foi no uso de dieta enteral mista (55%), principalmente no serviço público, já a dieta industrializada, apesar de representar 36% das dietas prescritas, foi mais frequente no setor privado (Tabela 3). A mesma tabela mostra ainda, que a frequência do uso de dietas artesanais é igual tanto no setor público, como no privado.

Tabela 3- Tipo de dieta de nutrição enteral prescrita pelos profissionais de saúde brasileiros, atuantes na AD. Brasil, 2018.

Prescrição NE	Tipo de Serviço		Total n. (%)
	Serv. Público n(%)	Serv. Privado n (%)	
Dieta industrializada	57(32)	17(50)	74(36)
Dieta artesanal	16(9)	3(9)	19(9)
Dieta Mista	107(59)	14(41)	121(55)
Total	180(100)	34(100)	214(100)

Fonte: Inquérito de terapia nutricional FELANPE 2018

A via de acesso mais utilizada para administração da TNED é a sonda nasoenteral (53%), apesar da maioria dos pacientes serem neurológicos, a gastrostomia foi menos utilizada (34%). A sonda nasogástrica de Levine infelizmente é uma realidade no setor público e foi referido como via de acesso em 13% dos casos, como podemos acompanhar pela Figura 2.

Figura 2 - Distribuição do tipo de vias de acesso utilizado na TNED. Brasil, 2018.

Fonte: Inquérito de terapia nutricional FELANPE

Considerando a forma de administração de TNED observou-se que a maioria (61,7%) recebeu NE por gravidade de forma intermitente, principalmente no serviço público (64%), porém é adotado, também, por 50% dos serviços privados. A administração em “bolus” é a segunda forma mais empregada (24,7%), com maior uso no setor privado (38,2% X 22,1%). Verificou-se que apenas 3,9% dos pacientes recebem a dieta por bomba de infusão, sendo mais frequente nos serviços privados (8,8%). O gotejamento contínuo sem uso de bomba de infusão, apesar de ainda ser uma prática nova em nosso meio, com maior adesão no serviço público (11% X 3%) (Tabela 4).

Tabela 4- Forma de administração da nutrição enteral utilizada pela TNED. Brasil, 2018

Forma de Administração NE	Tipo de Serviço		Total n (%)
	Público n(%)	Privado n (%)	
Bomba de Infusão	5(2,9)	3(8,8)	8(3,9)
Gotejamento intermitente	110(64)	17(50)	127(61,7)
Gotejamento Contínuo	19(11)	1(3)	20(9,7)
Bolus	38(22,1)	13(38,2)	51(24,7)
Total	172(100)	34(100)	206(100)

Fonte: Inquérito de terapia nutricional FELANPE

Os dados encontrados revelam ainda que, a TND precisa de maior adesão e investimentos dos serviços, seja público ou privado, assim como dos profissionais de saúde envolvidos.

Discussão

Os resultados obtidos neste inquérito são importantes para entendermos como é realizada a TNED em nosso país, principalmente na AD junto ao programa Melhor em Casa do Ministério da Saúde e nortear novas buscas na TNED, além de refletirmos sobre esta prática frente as políticas públicas de alimentação e ao DHAA, que permitirá analisarmos como as diretrizes de TND estão auxiliando os profissionais de saúde da AD a realizarem uma prática adequada aos indivíduos com indicação a TND.

Ainda são tímidos os relatos de literatura brasileira, referente a AD, em especial a prática de TND, o que pode ser justificado pela falta de critérios em registrar a sua implementação, monitoramento e avaliação em um sistema único, para facilitar uma análise sistemática e permanente, como existem em outros países. A Espanha é um exemplo neste sentido, no qual os dados sociodemográficos dos pacientes domiciliares são atualizados frequentemente, facilitado por apresentar a AD regulamentada.¹⁶

É fato que estamos mudando nossa pirâmide demográfica, com aumento gradual de idosos e consequentemente de maior presença das doenças crônicas e, por mais incentivo a promoção e prevenção da saúde com foco no envelhecimento saudável e ativo, se verificou que na AD os idosos representaram a maioria dos atendimentos deste inquérito, acompanhado de doenças neurológicas, como aponta tanto a literatura brasileira, como a internacional.¹⁷⁻¹⁹

Considerando que o objetivo de TND é manter ou recuperar estado nutricional dos pacientes no âmbito domiciliar, a prescrição de TNE é importante, mas tida como um componente encarecedor dentre os cuidados domiciliares, sendo prática comum, a solicitação por parte de gestores a utilização de dietas artesanais. Na contramão destas informações, nosso estudo revelou baixa indicação de prescrição de dieta artesanal exclusiva, ainda que a maioria dos respondedores fossem do setor público.

O uso de mais de um terço de dietas industrializadas que somadas ao uso de dietas mistas, como mostrou este inquérito, correspondem a quase totalidade das indicações, o que sugere uma preocupação em manter um fornecimento controlado de nutrientes por parte dos prescritores. Talvez seja esta a tendência dos nossos serviços, como demonstrado em uma pesquisa recente, em a totalidade dos pacientes de um serviço público, recebiam dieta industrializada ou mista.²⁰

A dieta mista tem uma indicação elevada neste estudo, tanto no setor público como na saúde suplementar, realidade esta, também, encontrada na literatura internacional, principalmente em pediatria e em indivíduos com intolerância alimentar, no entanto são bem relatado os critérios para indicação desta prescrição, sendo elas: a estabilidade clínica do paciente, ter sondas com calibre maior do que 14 Fr a pelo menos por seis meses e realizar a transição da dieta de forma lenta para melhor adaptação.²¹

No Brasil, um estudo econômico clássico considerando a TNED, foi o realizado por Baxter e col (2005), que fortaleceu a formação do AD do hospital das Clinicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, onde através de um estudo controlado, de modelo hospitalar integrado em comparação com um modelo exclusivamente hospitalar, foi concluído que houve uma redução de custos, benefícios nutricionais, com menor tempo de permanência hospitalar no grupo da AD, além de promover maior rotatividade entre os leitos cirúrgicos do hospital.²²

Vários autores tem mostrado que a orientação de TNED é essencial e deve considerar aspectos nutricionais e econômicos, sendo importante que cada serviço tenha critérios de elegibilidade para seleção de tipo de orientação a ser prescrita, mantendo um equilíbrio entre custo-efetividade, assim como a prevenção de perda peso e desnutrição, a melhora na qualidade de vida dos usuários, seja ele, oncológico ou idoso²³, considerando ainda, a presença da equipe de saúde capacitada e o monitoramento, que fazem parte da eficiência do atendimento a pacientes em TNED.^{8,20}

No Brasil existe esta preocupação pelo setor público, visto que o programa “Melhor em Casa” do Ministério da Saúde, teve grandes avanços nos últimos anos e muitas publicações referentes a cuidados domiciliares e um específico, que aborda os cuidados compartilhados da TND, desde avaliação inicial, recomendações nutricionais, indicação, prescrição, cuidados na manipulação de fórmulas enterais cuidados na administração e monitoramento do paciente em TND, auxiliando os profissionais atuantes da AD na elaboração de seus protocolos de atendimento e CD.^{17,24}

A TNP é uma alternativa terapêutica quando o indivíduo não pode ou não consegue utilizar o trato gastrointestinal como via de alimentação. Ela pode ser na forma exclusiva ou complementar a depender da situação clínico-nutricional do paciente.¹³ No Brasil, apesar da TNPD, ter sido a primeira forma de TND adotada²⁵ ainda é pouco realizada, em parte, por depender de uma equipe

capacitada em acompanhar pacientes desta complexidade e também, por se tratar de uma terapia de maior custo e seguindo a legislação vigente em nosso país, com necessidade de ter equipe de enfermagem especializada no domicílio, durante todo o período em que se administra a TNP.

No entanto, neste inquérito foi observado que 50% dos profissionais participantes tiveram pacientes em TNPD nos últimos 12 meses e é, interessante observar que, no setor público houve mais pacientes com esta terapia nutricional comparada ao setor privado, deixando claro que houve uma adequação na equipe de saúde para atender esta modalidade de nutrição, maior do que foi vista no primeiro inquérito brasileiro de TND, no qual a incidência de TNPD foi relatada em apenas 1% do total de respondedores.^{13,17}

Percebemos que, em outros países também, tem ocorrido um aumento progressivo no atendimento a pacientes em TNPD. O grupo de Nutrição Artificial Domiciliar e Ambulatorial da Sociedade Espanhola de Nutrição Clínica e Metabolismo observou um aumento de mais de 400% em 17 anos de registro (2000 a 2017) com aumento, principalmente nos últimos anos da TNPD, em pacientes oncológicos sob cuidados paliativos.¹⁶

Nosso Inquérito mostrou uma representação importante de idosos, neurológicos e em uso de sondas enterais, ainda que as recomendações para estes casos, indiquem o uso de estomas.¹⁷ Este fato decorre muitas vezes, da falta de acesso a este dispositivo, como mostrou um estudo recente, realizado por Domingues (2019) em nosso meio, com população semelhante.²⁰

Estudos europeus, mostram que o uso de ostomias também, não é necessariamente uma realidade na AD, sendo apontado o uso de sondas nasoenterais em até 73%, principalmente em idosos muito velhos (de 80 anos e mais), mesmo com uma média de 174 dias para TNED.²⁶⁻²⁷

Este inquérito mostrou ainda que, o uso da sonda de Levine, o qual tem indicação para drenagem, é uma realidade Nacional, talvez porque o universo de pacientes pertença a rede pública, onde a aquisição de insumos nem sempre são facilitados e que, necessariamente, não correspondendo a uma prática geral em AD.

Mostrou, também, que a forma de administração mais frequente foi o gotejamento gravitacional intermitente, pratica consagrada pela equipe de enfermagem, em todas as situações, considerada a mais fisiológica, principalmente, quando não dispõem de bombas de infusão e quando a dieta é artesanal e utilizam a sonda de Levine, situações presentes na amostra.²⁸⁻²⁹

Ainda referente ao tipo de administração, se observou em alguns estudos, uma maior tendência no uso de administração em “bolus”, principalmente quando a dieta prescrita é a denominada *blenderizada*, similar a nossa dieta mista, no qual a viscosidade é maior e dificilmente adequada para o gotejamento gravitacional. A maior indicação de ostomias também favorece a administração em “bolus”, apesar de estar descrito que este tem maior incidência de complicações gastrintestinais. Desta forma, pode-se sugerir que neste inquérito a menor indicação deste tipo de administração, pode estar relacionada a menor uso de dieta artesanal e menor presença de ostomias para TNED.³⁰

Este inquérito mostrou avanços em relação ao anterior, uma vez que os respondentes na sua maioria (74%) atuam diretamente na AD e trouxe dados principalmente do setor público, com mais de 80% de profissionais atuantes no programa Melhor em Casa do MS, no qual se percebeu uma tendência nos últimos três anos, do acompanhamento de pacientes de maior complexidade e

necessidade de TNPd, pouco relatado no primeiro inquérito de TND, onde a maioria dos participantes atuavam na saúde suplementar. Estes achados indicam uma organização da atenção primária da saúde, fortalecendo a atuação da equipe de saúde na AD. Ainda, comparando os dois inquéritos, foi observado menor indicação de dieta artesanal neste estudo, sugerindo uma evolução nas prescrições das dietas, com maior preocupação em ofertar quantidades conhecidas de nutrientes para o combate da desnutrição.

Conclusão

Ainda são poucos os estudos brasileiros relacionados a AD, principalmente, com dados epidemiológicos consistentes e poucos estudos longitudinais para entender como é a evolução do cuidado domiciliar, principalmente relativo a TND. Este é o segundo inquérito brasileiro sobre o tema, mais próximo à realidade, por apresentar dados de profissionais atuantes na AD e uma mostra de como são estes pacientes com necessidade de TND. Revela ainda, a importância do Programa Melhor em Casa, que ampliou o uso de TND, principalmente às populações mais necessitadas. Trouxe dados importantes a serem observados pelos profissionais atuantes na área, quando da implementação da TND, para maiores benefícios dos usuários e do Sistema (qual). No entanto, ainda são necessárias novas pesquisas neste contexto e que incluam outros dados importantes, como tempo de TND, evolução, complicações e desfechos referente ao uso de TND.

Estes resultados revelam um futuro promissor, onde podemos vislumbrar a crescente preocupação com a nutrição dos pacientes desospitalizados, precocemente ou não, considerando que o estado nutricional se reflete numa melhor resposta terapêutica, melhor qualidade de vida e consequentemente, maior sobrevida e menor taxa de reinternações, levando a uma redução dos custos com a saúde.

Agradecimentos

Os autores não receberam financiamento para esse estudo.

Referências

1. Green S, Dinenage S, Gower M, Van Wyk J. Home enteral nutrition: organisation of services. *Nurs Older People*. 2013;25(4).
2. Mazur CE, Schmidt ST, Rigon SDA, Schieferdecker MEM. Terapia Nutricional Enteral Domiciliar: Interface Entre Direito Humano À Alimentação Adequada E Segurança Alimentar E Nutricional. *DEMETRA Aliment Nutr Saúde*. 2014;9(3):757-70.
3. Saúde M da, Brasília. Políticas Públicas de Alimentação e Nutrição (PNAN). 2012.
4. Jansen AK, Silva KC, Henriques GS, dos Reis Coimbra J, Rodrigues MTG, dos Santos Rodrigues AM, et al. Relato de experiência: terapia nutricional enteral domiciliar-promoção do direito humano à alimentação adequada para portadores de necessidades alimentares especiais. *DEMETRA Aliment Nutr Saúde*. 2014;9:233-47.
5. Gabe K, Jaime P, Silva K. Políticas públicas de alimentação e nutrição voltadas

- as necessidades alimentares especiais. In: Jaime PC, editor. Políticas públicas de alimentação e nutrição. primeira. São Paulo: Atheneu; 2019. p. 145–54.
6. Waitzberg DL, Caiaffa WT, Correia MITD. Hospital malnutrition: the Brazilian national survey (IBRANUTRI): a study of 4000 patients. *Nutrition*. 2001;17(7–8):573–80.
 7. Correia MITD, Perman MI, Waitzberg DL. Hospital malnutrition in Latin America: A systematic review. *Clin Nutr*. 2017;36(4):958–67.
 8. Menezes CS, Fortes RC. Estado nutricional e evolução clínica de idosos em terapia nutricional enteral domiciliar: uma coorte retrospectiva. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2019;27. Available from: <https://revista.nutricion.org/PDF/cutchma.pdf>
 9. Taibo RV, Olmos M-ÁM, Guerrero DB, Casariego AV, García RP, Sueiro AM, et al. Epidemiology of home enteral nutrition: an approximation to reality. *Nutr Hosp*. 2018;35(3):511–8.
 10. Tyler RD, Guenter P. Identifying malnutrition: From acute care to discharge and beyond. *Nurse Pract*. 2017;42(4):18–24.
 11. Brasil. Portaria SES-DF No 287 de 02 de dezembro de 2016 - Desospitalização para pacientes internados em enfermarias no Distrito Federal. DODF; 2016.
 12. Rufino C, Carlini D, Alves M, Soo Jin Kim H. Como promover a desospitalização devido ao transplante de órgãos sólidos? Panorama atual no Brasil e profilaxia da infecção pelo citomegalovírus com valganciclovir. *JBES Brazilian J Heal Econ Bras Econ da Saúde*. 2016;8(1).
 13. van Aanholt D, Matsuba C, Dias M, Teixeira da Silva M, Campos A, Aguilar-Nascimento J. Diretriz TND. *BRASPEN J*. 2018;33:37–46.
 14. Brasil. Portaria No 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do SUS. 2013.
 15. Ministério da Saúde. Portaria No 2029, de 24 de agosto de 2011. Brasília; 2011. p. 1–7.
 16. Wanden-Berghe C, Pereira Cunill JL, Cuerda Compes C, Ramos Boluda E, Maiz Jiménez MI, Gómez Candela C, et al. Home and ambulatory artificial nutrition (NADYA) report. home parenteral nutrition in Spain, 2017. *Nutr Hosp*. 2018 Nov 1;35(6):1491–6.
 17. van Aanholt D, Matsuba C, Dias M, Teixeira da Silva M, agu. 2017 Inquerito Brasileiro TND. *BRASPEN J*. 2017;32(3):214–20.
 18. Carnaúba CMD, Silva TDA e, Viana JF, Alves JBN, Andrade NL, Trindade Filho EM. Clinical and epidemiological characterization of patients receiving home care in the city of Maceió, in the state of Alagoas, Brazil. *Rev Bras Geriatr e Gerontol*. 2017 May;20(3):352–62.
 19. Villar Taibo R, Martínez Olmos MÁ, Bellido Guerrero D, Vidal Casariego A, Peinó García R, Martí Sueiro A, et al. Epidemiology of home enteral nutrition: An approximation to reality. *Nutr Hosp*. 2018;35(3):511–8.
 20. Domingues EA. Paciente idoso desospitalizado: a continuidade da terapia nutricional enteral domiciliar. São Paulo: Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta” Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2019. p. 100p.
 21. Johnson TW, Sara Seegmiller RN, Epp L, Mundi MS. Addressing Frequent Issues of Home Enteral Nutrition Patients. Vol. 34, *Nutrition in Clinical Practice*. John Wiley and Sons Inc.; 2019. p. 186–95.
 22. Baxter YC, Dias MCG, Maculevicius J, Cecconello I, Cotteleng B, Waitzberg DL. Economic study in surgical patients of a new model of nutrition therapy integrating hospital and home vs the conventional hospital model. *J Parenter*

Enter Nutr. 2005;29:S96-105.

23. Gavazzi C, Colatruglio S, Valoriani F, Mazzaferro V, Sabbatini A, Biffi R, et al. Impact of home enteral nutrition in malnourished patients with upper gastrointestinal cancer: a multicentre randomised clinical trial. *Eur J Cancer*. 2016;64:107-12.

24. Brasil. Caderno de Atenção Domiciliar - Cuidados em Terapia Nutricional. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

25. Waitzberg DL, Ciosak SI, Borges VC, Cardim Filho E, Rodrigues JJG, Gama AH. Síndrome do intestino curto e nutrição parenteral domiciliar cíclica. Barcelona, Spain: 9th ESPEN Congress; 1987.

26. Orlandoni P, Peladic NJ, Di Rosa M, Venturini C, Fagnani D, Sparvoli D, et al. The outcomes of long term home enteral nutrition (HEN) in older patients with severe dementia. *Clin Nutr*. 2019 Aug 1;38(4):1871-6.

27. Wanden-Berghe C, Pereira Cunill JL, Cuerda Compes C, Ramos Boluda E, Maiz Jiménez MI, Gómez Candela C, et al. Spanish home enteral nutrition registry of the year 2016 and 2017 from the NADYA-SENPE Group. *Nutr Hosp* [Internet]. 2019;36(2):1-8. Available from:

<https://doi.org/10.1016/j.endien.2018.08.007>

28. Ciosak SI. Rotinas de monitoramento em home care na terapia nutricional. In: *Terapia Nutricional Enteral e Parenteral*. 1a ed. São Paulo: Martinare; 2014. p. 117-25.

29. Ciosak SI, Matsuba C. Cuidados de enfermagem na nutrição enteral. In: *Nutrição Oral, Enteral e Parenteral na Prática Clínica*. 5a ed. São Paulo: Atheneu; 2017. p. 1025-36.

30. Wanden-Berghe C, Patino-Alonso MC, Galindo-Villardón P, Sanz-Valero J. Complications associated with enteral nutrition: CAFANE study. *Nutrients*. 2019 Sep 1;11(9).

Autor de Correspondência

Denise Philomene Joseph van Aanholt
Av. Dr. Enéas Carvalho de Aguiar, 419.
CEP: 05403-000. Cerqueira César. São
Paulo, São Paulo, Brasil.
lucianamsn@usp.br

Perfil dos hemofílicos provenientes de uma associação de pacientes

Hemophiliacs profile provided of a patient association

Perfil de hemofílicos de una asociación de pacientes

Denise Rodrigues Holsbach¹, Andrea Pecce Bento², João Vitor de Lorenzi Jardim³, Matheus Assis Ribeiro da Silva⁴, Leonardo Costa Pereira⁵

Como citar: Holsbach DR, Bento AP, Jardim JVL, Silva MAR, Pereira LC. Perfil dos hemofílicos provenientes de uma associação de pacientes. REVIS. 2021; 10(1): 139-47. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n1.p139a147>

REVIS

1. Centro Universitário Euro Americano, Brasília, Distrito Federal, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-2546-2378>,

2. Centro Universitário Euro Americano, Departamento de Fisioterapia, Brasília, Distrito Federal, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-5776-2864>

3. Programa de Pós-Graduação em Tecnologias em Saúde da Universidade de Brasília, Brasília, Distrito Federal, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8871-3341>

4. Programa de Pós-Graduação em Tecnologias em Saúde da Universidade de Brasília, Brasília, Distrito Federal, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-5370-4488>

5. Centro Universitário Euro Americano, Departamento de Educação Física, Brasília, Distrito Federal, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-3319-5679>

Recebido: 20/10/2020
Aprovado: 16/12/2020

RESUMO

Objetivo: traçar o perfil epidemiológico de hemofílicos vinculados a uma associação de pacientes do estado de Goiás, Brasil. **Método:** pesquisa transversal realizada com indivíduos do gênero masculino acima dos 18 anos de idade. Catorze participantes foram submetidos a uma ficha de avaliação contendo questões sociodemográficas e clínicas. O presente estudo utilizou análises de frequências para descrição da amostra. Para as variáveis quantitativas rodou-se o teste de normalidade de Shapiro Wilk. **Resultados:** a média de idade encontrada foi de 32,64 anos $\pm$ 9,32. A maior parte dos indivíduos residia a menos de 30 km do centro de tratamento e apresentaram a forma grave da doença. Em relação às comorbidades, um indivíduo apresentou inibidor do fator de coagulação e as infecções virais estiveram ausentes em 71,4% dos participantes, em um período que não havia controle antiviral. As hemorragias articulares predominantes foram observadas no cotovelo e joelho e o hematoma muscular esteve presente em 50% da amostra. O tratamento mais utilizado pelos participantes foi a profilaxia secundária. **Conclusão:** a partir da caracterização dos pacientes hemofílicos cadastrados em uma associação é possível compreender mais sobre a patologia em estudo, demonstrando que as infecções virais se constituem em importantes comorbidades adquiridas por hemofílicos adultos. **Descritores:** Hemofilia A; Hemofilia B; Adulto; Perfil de Saúde.

ABSTRACT

Objective: to trace the epidemiological profile of hemophiliacs linked to a patient association in the state of Goiás, Brazil. **Method:** cross-sectional research conducted with male individuals over 18 years old. Fourteen participants were submitted to an evaluation form containing sociodemographic and clinical questions. The present study used frequency analysis to describe the sample. For quantitative variables, the Shapiro Wilk normality test was run. **Results:** the average age found was 32.64 years $\pm$ 9.32. Most individuals lived less than 30 km from the treatment center and had a severe form of the disease. Regarding comorbidities, one individual had a coagulation factor inhibitor and viral infections were absent in 71.4% of the participants, in a period when there was no antiviral control. The predominant joint hemorrhages were observed in the elbow and knee and muscle hematoma was present in 50% of the sample. The most used treatment by the participants was secondary prophylaxis. **Conclusion:** from the characterization of hemophiliac patients registered in an association, it is possible to understand more about the pathology under study, demonstrating that viral infections are important comorbidities acquired by adult hemophiliacs. **Descriptors:** Hemophilia A; Hemophilia B; Adult; Health Profile.

RESUMEN

Objetivo: rastrear el perfil epidemiológico de hemofílicos vinculados a una asociación de pacientes en el estado de Goiás, Brasil. **Método:** investigación transversal realizada con varones mayores de 18 años. Se enviaron catorce participantes a un formulario de evaluación conteniendo preguntas sociodemográficas y clínicas. El estudio utilizó análisis de frecuencia describiendo la muestra. Para las variables cuantitativas se ejecutó la prueba de normalidad de Shapiro Wilk. **Resultados:** la edad promedio fue de 32,64 años $\pm$ 9,32. La mayoría de las personas vivían a menos de 30 km del centro de tratamiento y tenían una forma grave de la enfermedad. En cuanto a las comorbidades, un individuo tenía un inibidor del factor de coagulación y las infecciones virales estaban ausentes en el 71,4% de los participantes, en un período en el que no hubo control antiviral. Las hemorragias articulares predominantes se observaron en el codo y la rodilla y el hematoma muscular estuvo presente en el 50% de la muestra. El tratamiento más utilizado por los participantes fue la profilaxis secundaria. **Conclusión:** a partir de la caracterización de los pacientes hemofílicos, es posible conocer más sobre la patología en estudio, demostrando que las infecciones virales son importantes comorbidades adquiridas por hemofílicos adultos. **Descriptores:** Hemofilia A; Hemofilia B; Adulto; Perfil de salud.

ORIGINAL

Introdução

A hemofilia caracteriza-se como uma coagulopatia hereditária ligada ao sexo masculino. Sua transmissão se faz pelo cromossomo X, manifestando-se na maioria dos casos no sexo masculino. O termo hemofilia é utilizado para indicar os níveis de deficiência do fator de coagulação VIII (hemofilia A) ou do fator IX (hemofilia B), sendo observada na primeira uma frequência de 85% dos casos e, na segunda com 15%.¹

A incidência da hemofilia A é de aproximadamente, 1:10.000 a 1:30.000 nascimentos, enquanto a hemofilia B é de 1:30.000 a 1:50.000. Ambas cursam com a mesma apresentação clínica, tornando indispensável a dosagem da atividade dos fatores específicos da coagulação, fator VIII e fator IX, para a diferenciação entre elas.²

A comorbidade pode ser classificada quanto à gravidade clínica como leve, moderada ou grave de acordo com os sintomas e com o grau de deficiência dos fatores VIII ou IX. Na deficiência severa ou grave, o aporte hemorrágico é maior e apresenta concentração dos fatores inferior a 1%. Manifesta-se por sangramento espontâneo nas articulações ou músculos. Quando a deficiência é moderada, a concentração do fator é de 1% a 5%, gerando hemorragia espontânea ocasional, sangramento prolongado com menor trauma³. Quando os níveis dos fatores são entre 5% e menor que 40%, caracteriza-se por hemofilia leve. Geralmente não existe a presença de hemartrose e outras hemorragias espontâneas, embora possam surgir sangramentos problemáticos em casos de cirurgias ou ferimentos.³

As hemorragias ocorrem principalmente sobre a forma de hematomas e hemartrose, sendo a segunda de repetição e quando não tratada está associada a destruição articular, chamada de artropatia hemofílica, acarretando dor crônica, deformidades articulares e impotência funcional grave.⁴ A hemartrose consiste no extravazamento de sangue para o interior da articulação ou para a cavidade sinovial.⁵ Outras formas de hemorragias podem ocorrer sobre a forma de hematúria, epistaxe, melena/hematêmese hemorragia intracraniana e sangramentos retroperitoniais.⁴

Apesar das alterações do aparelho locomotor no portador de hemofilia, a doença normalmente não oferece risco à vida. Entretanto, as sequelas decorrentes deste processo poderão gerar incapacidades.⁶

O tratamento da hemofilia é realizado sob diferentes modalidades, demanda e profilático. O tratamento de demanda se refere àquele que ocorre após um episódio de sangramento. A intensidade e a duração do tratamento dependerão da localização e da gravidade da hemorragia. Esse tratamento era o único disponível no Brasil até dezembro de 2011. O tratamento profilático se refere àquele que ocorre previamente ao desenvolvimento do episódio de hemorragia, podendo ser primário, quando iniciado antes da segunda hemartrose ou antes dos primeiros 2 anos de idade, ou secundário, quando não preenche os critérios para profilaxia primária e o paciente já apresenta sinais de sequelas articulares. O tratamento profilático está indicado nas hemofilias graves e tem como objetivo principal prevenir as hemartroses de repetição, que podem ocasionar articulações-alvo e deformidades funcionais permanentes.⁴

A transmissão de agentes infecciosos, principalmente os de hepatite, decorria da transfusão de hemocomponentes e hemoderivados não submetidos a adequado processo de inativação viral. O surgimento da síndrome da

imunodeficiência adquirida (SIDA/AIDS) em 1981, causada pelo HIV, afetou diretamente a população hemofílica em virtude do próprio tratamento.⁷

Uma das complicações mais temíveis dos pacientes com hemofilia refere-se ao desenvolvimento de inibidores, que são anticorpos direcionados contra os fatores VIII ou IX infundidos. Neste caso, os pacientes acometidos passam a não responder a infusão do fator deficiente e apresentam episódios hemorrágicos de difícil controle.⁴

Sabendo que a hemofilia não apresenta limites étnicos ou geográficos e que o Brasil está classificado como o terceiro país com maior taxa de hemofílicos, sendo que a Índia está em primeiro, seguido pelos Estados Unidos.⁸

Neste contexto, este trabalho objetiva descrever sociodemograficamente e clinicamente o perfil dos pacientes hemofílicos adultos de uma associação de pacientes do estado de Goiás, Brasil.

Método

Trata-se de uma pesquisa de caráter transversal. A coleta de dados foi realizada na Associação de Hemofílicos do Estado de Goiás (AHEG). A amostra foi por conveniência e a coleta de dados ocorreu nos meses de novembro e dezembro de 2015.

Foram convidados a participar da pesquisa indivíduos hemofílicos, vinculados à AHEG, sexo masculino, alfabetizados, maiores de 18 anos. Foi entregue o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), o qual todos os participantes assinaram formalmente.

Foram excluídos hemofílicos com comprometimento cognitivo e indígenas.

Para a coleta sociodemográfica empregou-se um formulário de avaliação confeccionado pela equipe de pesquisa. No formulário havia questões para caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes. As variáveis sociodemográficas foram: idade, raça/cor, estado civil, escolaridade, plano de saúde privado, situação laboral, recebimento de benefício governamental/ajuda financeira, prática de atividade física e distância entre residência/ local de tratamento. As variáveis clínicas foram: tipos de hemofilias, gravidade clínica, inibidores, infecções virais, tipos de tratamentos, uso de prótese articular, local de hemorragias mais frequentes.

O presente estudo utilizou-se das análises de frequências para a descrição da amostra. Para as variáveis quantitativas, rodou-se o teste de normalidade de *Shapiro Wilk*. Todas as análises estatísticas foram realizadas pelo pacote estatístico SPSS 20.0.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS), por meio da Plataforma Brasil estando de acordo com a Resolução n. 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, e, sendo aprovado sob o parecer n. 1.300.316.

Resultados

Foi realizada a caracterização sociodemográfica e clínica da amostra do estudo, conforme tabelas 1, 2 e 3.

Tabela 1. Informações sociodemográficas dos hemofílicos avaliados neste estudo. Distrito Federal, 2015.

Variável	%
Faixa Etária (anos)	% (n=14)
20-29	50,0
30-39	28,6
40-49	7,1
50-59	14,3
Média de Idade	32,64±9,32
Estado Civil	% (n=14)
Casados	50
Solteiros	50
Cor/Raça	% (n=14)
Branco	28,6
Pardo	64,3
Negro	7,1
Grau de Escolaridade	% (n=14)
1º Grau Incompleto	7,1
1º Grau Completo	14,3
2º Grau Incompleto	14,3
2º Grau Completo	35,7
3º Grau Incompleto	14,3
3º Grau Completo	14,3
Plano de Saúde	% (n=14)
Possui	42,9
Não possui	57,1
Benefício Governamental/ Ajuda Financeira	% (n=14)
Recebe	42,9
Não recebe	57,1
Distância da residência ao local de tratamento	% (n=14)
Menos que 30Km	71,4
Mais que 30Km	28,6

Tabela 2. Perfil de Atividade Laboral e Atividade Física dos Hemofílicos. Distrito Federal, 2015.

Atividade Laboral	% (n=14)
Sim	42,9
Não	57,1
Atividade Física	% (n=14)
Sim	42,9
Não	57,1

Tabela 3. Caracterização da hemofilia, seus prováveis sintomas e tratamentos.

Tipo de Hemofilia	% (n=14)
A	92,9
B	7,1
Gravidade	% (n=14)
Leve	14,3
Moderada	21,4
Grave	64,3
Inibidor	% (n=14)
Sim	7,1
Não	92,9
Infecção por Vírus	% (n=14)
Não	71,4
Hepatite C	14,3
Hepatite B e C	7,1
Hepatite C e HIV	7,1
Prótese Articular	% (n=14)
Sim	14,3
Não	85,7
Tipo de Tratamento	% (n=14)
P1	21,4
P2	57,1
DEM	14,3
FEIBA*	7,1

*Tratamento para inibidores dos fatores de coagulação.

Discussão

A média de idade dos indivíduos foi de $32,64 \pm 9,32$. A faixa etária de 20 a 29 anos teve maior prevalência, representando 50% da amostra. Resultados semelhantes foram encontrados realizado por Silva⁹ com 175 hemofílicos adultos (de 18 a 64 anos), com média de idade de 31,44 anos. Conforme o Perfil de Coagulopatias Hereditárias⁸ a maior prevalência de hemofilias ocorre na faixa etária de 20 a 29 anos, corroborando com os resultados encontrados na presente pesquisa.

Quanto ao estado civil, a amostra ficou dividida em 50% indivíduos casados e 50% solteiros. No estudo de Garbin et al., 60% dos indivíduos eram solteiros.¹⁰ Tais dados podem ser explicados pelas dificuldades em enfrentar a doença e suas consequências, como as limitações físicas decorrentes dos sangramentos e à própria impossibilidade de trabalhar. Além disso, os pacientes descrevem a dificuldade em ser aceitos quando dizem ser hemofílicos e, principalmente, quando revelam que são portadores de alguma doença infecciosa. Por outro lado, Caio et al., em sua amostra, observaram que 83% dos indivíduos eram casados ou amasiados e que a constituição de uma família representa um importante ponto de apoio para os hemofílicos.¹¹

Nessa amostra, 64,3% dos indivíduos eram pardos, 28,6% brancos e 7,1% negros. Garbin et al. encontraram resultados divergentes, em que a maioria dos indivíduos eram brancos e uma pequena parcela se compunha de mulatos e negros.¹⁰ Contudo, cabe ressaltar que segundo Manno, não há distinção étnica para a doença.¹²

Quanto ao grau de escolaridade, houve predomínio de indivíduos com segundo grau completo (35,7%). De acordo com Santos e Ferraz, 35,3% dos hemofílicos tinham ensino médio completo, sendo relevante destacar que essa amostra apresenta faixa etária de 23,6 anos.¹³ No estudo de Caio et al., a distribuição etária e o acesso a um melhor nível de escolaridade não diferem entre os portadores de hemofilia e os seus irmãos não portadores da doença.¹¹

Em 2013, 15 mil portadores da doença foram assistidos pela rede pública de saúde (recebiam medicamentos pelo SUS, incluindo aqueles que possuíam convênios e planos de saúde ou que recorriam ao sistema privado de saúde). Deste total de pacientes, 10.464 mil estavam cadastrados como hemofílicos A e B.⁴ Ainda assim, os resultados da presente pesquisa mostram que 57,1% dos hemofílicos não possuíam plano de saúde. Ainda, 57,1% não recebiam nenhuma espécie de benefício. Contudo, diferente dos dados desta pesquisa, Almeida et al. referiram que 72,7% dos pacientes recebiam algum tipo de benefício governamental.¹⁴

Quanto a distância do Centro de tratamento e a residência, constatou-se que a maior parte dos indivíduos (71,4%) residiam a menos que 30 Km de seu local de tratamento, o que facilitaria um atendimento de emergência no caso de sangramentos. É fácil concluir que o indivíduo com hemofilia pode necessitar, a qualquer momento, de uma reposição urgente do fator de coagulação, terapêutica de alto custo operacional e geralmente disponível em poucos centros especializados. Esse fato cria uma situação psicossocial peculiar para o portador da hemofilia, com a constante ameaça de um sangramento inesperado e na dependência, em termos de distância geográfica e disponibilidade, de um centro especializado de tratamento.¹¹

No presente estudo foi encontrado um índice de 42,9% de indivíduos que realizavam atividade física e 42,9% exerciam atividade laboral. Resultados divergentes foram apresentados por Nunes et al. em sua pesquisa com 23 pacientes, dos quais 69% não realizavam atividade física e 82,6% não trabalhavam.¹⁵

Para Santos e Ferraz, em um levantamento epidemiológico com 17 indivíduos hemofílicos, apenas um realizava caminhadas como exercício físico e oito não trabalhavam.¹³ Andery et al. mostraram que a prática de atividade física auxilia no tratamento da hemofilia, visto que exercícios físicos melhoram o equilíbrio da musculatura, estabilização da articulação, prevenindo possíveis sangramentos e oferecer um melhor convívio social.¹⁶ Porém é necessário evitar atividades de contato intenso.

De acordo com o estudo de Nunes et al., o tipo mais frequente foi de hemofílicos tipo A, com 91,3% e 8,7% hemofílicos do tipo B.¹⁵ Tavares et al., encontraram 97,1% de casos de hemofilia A, em uma população de 102 participantes.¹⁷ O presente estudo corrobora com a literatura, que destaca a hemofilia A como mais prevalente que a hemofilia B, com 92,9% e 7,1% respectivamente.¹

Quanto à gravidade, observou-se neste estudo que a maior parte dos casos era grave (64,3 %), seguido 21,4 % casos moderados e 14,3 % leves. Resultados

divergentes foram encontrados por Santos et al., onde verificaram a predominância do tipo moderado com 22%, grave (21%) e leve (16%). Entretanto, houve 41% (63 prontuários) com indeterminação da caracterização clínica.¹⁸

Na presente pesquisa, dos 14 pacientes questionados, 92,9% (n=13) não apresentaram inibidores. Os pacientes afetados, com o desenvolvimento de 12 inibidores são, geralmente, aqueles acometidos por hemofilia grave A, manifestando má resposta ao tratamento habitual ou aumento da frequência e/ou gravidade dos sangramentos.² A incidência do desenvolvimento de inibidores é cerca de 5-15% dos pacientes com hemofilia A e cerca de 3% nos pacientes com hemofilia B, estando os resultados da presente pesquisa abaixo destes índices.¹⁹

Dentre os pacientes, 28,6% apresentaram algum tipo de infecção viral por uso de hemoderivados contaminados, sendo que 14,3% adquiriram Hepatite C, 7,1% Hepatite B e C e os demais, 7,1% Hepatite C e HIV. Na década de 80 os pacientes hemofílicos eram muito mais suscetíveis aos vírus Hepatite B, Hepatite C e HIV, pois não eram realizados critérios de avaliação dos hemocomponentes contaminados.²⁰

Neste estudo, encontrou-se maior índice de hemorragia em cotovelo (64,3%), seguido de joelho (57,1%), hematoma muscular (50%), tornozelo (42,9%) e nasal (35,7%). Em consonância, o estudo de Wisniewski e Kluthcovsky²¹, realizado em 2008, apresenta que a intercorrência mais frequente foi a hemartrose de cotovelo com 27,6%. Segundo Rodriguez Merchan, as articulações como joelhos, cotovelos e tornozelos são responsáveis por 80% das hemartroses em pacientes em hemofilia A grave²². Uma vez que a hemofilia é uma doença crônica caracterizada pelo acometimento do sistema musculoesquelético, gera a restrição da mobilidade articular e o desenvolvimento de deformidades musculares, podendo assim, limitar a funcionalidade destes indivíduos.²²

Dos 14 indivíduos, 14,3% (n=2) faziam uso de prótese articular, sendo que um portador de hemofilia A grave e o outro hemofílico B moderado. Na pesquisa de Almeida et al., todavia, constataram que de 33 indivíduos, três apresentaram próteses e todos apresentavam a forma grave da enfermidade.¹⁴

Neste estudo, observou-se que 57,1% utilizam o tratamento de profilaxia secundária, no qual segundo Srivastava et al. consiste na reposição regular e contínua (mínimo de 45 semanas ao ano) do fator de coagulação, onde se inicia o tratamento depois de dois ou mais sangramentos articulares.³ Corroborando com o Perfil de Coagulopatias Hereditárias, no estado de Goiás, entre os anos 2013 para 2015, 150 indivíduos fizeram uso de profilaxia secundária, ou seja, o tratamento mais utilizado no presente estudo.⁸

Conclusão

A pesquisa mostrou que a amostra de pacientes adultos nasceu em um período de grande contágio por doenças infecciosas, através de hemoderivados, porém, a grande maioria (71,4%) não sofreu contaminação, o que aumentaria a morbidade e mortalidade dos pacientes. Outro ponto a ser destacado é que a maioria dos participantes (71,4%) reside próximo ao seu local de tratamento, facilitando o acesso e atendimento em casos emergenciais.

O presente estudo teve limitações devido ao pequeno número de participantes hemofílicos, entretanto conseguiu-se traçar um perfil dos pacientes adultos vinculados a Associação de Hemofílicos do Estado de Goiás (AHEG),

perfil este semelhante ao presente na literatura corrente em aspectos como as regiões do corpo onde as hemorragias são mais comuns, demonstrado no estudo de Wisniewshi e Kluthcovsky e na pesquisa de Rodriguez Merchan, mas divergentes em outros tópicos, como a proporção, apresentada por Nunes et al, de portadores da doença que praticam atividade física e exercem atividade laboral.

Agradecimentos

Os autores não receberam financiamento para esse estudo.

Referências

1. Lorenzi TF. Manual de Hematologia Propedêutica e Clínica. 4. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
2. Ministério da Saúde. Manual de tratamento das coagulopatias hereditárias. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
3. Srivastava A, Brewer AK, Mauser-Bunschoten EP, Key NS, Kitchen S, Llinas A. et al. Guidelines for the management of haemophilia. Haemophilia. 2013; 19(1):1- 47.
4. Ministério da Saúde. Manual de reabilitação na hemofilia. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
5. Say KG, Granito RN, Pinto KNZ, Rennó ACM. A fisioterapia na assistência a portadores de hemofilia. Rev. Biociênc. 2003; 9(1):37-45.
6. Marie GPL, Nagata AY. Medicina Física no tratamento das sequelas músculo-articulares da hemofilia – bases filosóficas do uso de agentes físicos. Boletim. 1985; 7(136).
7. Hoepers ATC. Hemofilia no Estado de Santa Catarina- Estudo Clínico. Santa Catarina. Dissertação[Mestrado]- Universidade Federal de Santa Catarina; 2006.
8. Ministério da Saúde. Perfil das Coagulopatias Hereditárias. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Especializada e Temática Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
9. Silva TPS. Avaliação da Qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com hemofilias A e B atendidos na Fundação Hemominas – Minas Gerais, Brasil. Belo Horizonte. Dissertação [Mestrado]- Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas René Rachou; 2015.
10. Garbin LM, Carvalho EC, Canini SRMS, Dantas RAS. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes portadores de hemofilia. Cienc. Cuid. Saude. 2007; 6(2):197-205.
11. Caio VM, Silva RBPS, Magna LA, Ramalho AS. Genética comunitária e hemofilia em uma população brasileira. Cad. Saúde Pública. 2001; 17(3):595-605.
12. Manno CS. Management of bleeding disorders in children. Hematology. 2005;1: 416-22.
13. Santos DR, Ferraz FN. Levantamento epidemiológico dos portadores de hemofilia A do Hemonúcleo de Campo Mourão-PR. Rev. Saúde Biol. 2012; 7(1):66-9.
14. Almeida ALSC, Almeida JOS, Oliveira JRC, Ferreira LB. Qualidade de vida em pacientes portadores de hemofilia. Univer. Ciências da Saúde. 2011; 9(1):61-76.

15. Nunes AA, Rodrigues BSC, Soares EM, Soares S, Miranzi SSC. Qualidade de vida de pacientes hemofílicos acompanhados em ambulatório de hematologia. *Rev. Bras. Hematol. Hemoter.* 2009; 31(6):437-43.
16. Andery SCA, Galatti LR, Alves MLT, Duarte E. Exercício físico e hemofilia: conceitos e intervenção. *Rev. Mackenzie de Educação Física e Esporte.* 2005; 11(2):96-109.
17. Tavares RS, Barbosa AP, Teles AS, Carneiro MAS, Lopes CLR, Silva SA et al. Infecção pelo vírus da hepatite B em hemofílicos em Goiás: soroprevalência, fatores de risco associados e resposta vacinal. *Rev. Bras. Hematol. Hemoter.* 2004; 26(3):183-8.
18. Santos EG, Portes LL, Santana AG, Santos-Neto ET. Deformidades e incapacidades dos hemofílicos do Centro de Hemoterapia e Hematologia do Espírito Santo, Brasil. *Rev. Ter. Ocup.* 2007; 18(2):86-94.
19. Secretaria de Estado de Saúde. Normas para atendimento aos hemofílicos Curitiba: Centro de Hematologia Hemoterapia do Paraná (HEMEPAR); 1996.
20. Pipe SW. Implications of emerging pathogens in the management of haemophilia. *Haemophilia.* 2006; 12(1):1-2.
21. Wisniewski D, Kluthcovsky ACGC. O perfil dos pacientes portadores de coagulopatias de uma região do Sul do Brasil. *Cogitare enferm.* 2008; 13(2):212-9.
22. Rodriguez-Merchan EC, Jimenez-Yuste V, Aznar JA, Hedner U, Knobe K.; Lee CA et al. Join protection in haemophilia. *Haemophilia.* 2011; 17(2):1-23.

Autor de Correspondência

Denise Rodrigues Holsbach
Quadra 204, lote 5, Residencial Fênix,
Bloco B, apto 702. CEP 71939-540. Águas
Claras. Brasília - DF.
denisesartorelo@hotmail.com

Alterações alimentares e hábitos de vida de pacientes com fibrose cística na pandemia de COVID-19

Dietary changes and life habits of patients with cystic fibrosis in the COVID-19 pandemic

Cambios en la dieta y hábitos de vida de pacientes con fibrosis quística en la pandemia COVID-19

Lenyia de Cassya Lopes Neri¹, Rafaela Rodrigues Vieira², Camila Pugliese³

Como citar: Neri LCL, Vieira RR, Pugliese C. Alterações alimentares e hábitos de vida de pacientes com fibrose cística na pandemia de COVID-19. REvisa. 2021; 10(1): 148-55. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n1.p148a155>

REVISA

1. Universidade de São Paulo, Instituto da Criança e do Adolescente. São Paulo, São Paulo, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-4162-3664>

2. Universidade de São Paulo, Instituto da Criança e do Adolescente. São Paulo, São Paulo, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-4641-5394>

3. Universidade de São Paulo, Instituto da Criança e do Adolescente. São Paulo, São Paulo, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-7324-2447>

Recebido: 20/10/2020
Aprovado: 16/12/2020

RESUMO

Objetivo: verificar alterações no consumo alimentar e hábitos de vida em pacientes com fibrose cística brasileiros durante o período de isolamento social devido a pandemia de COVID-19. **Método:** pesquisa transversal com levantamento de dados por meio de questionário elaborado pela equipe de nutricionistas especialistas no tratamento de pacientes com fibrose cística, com questões referentes às manifestações respiratórias recentes de pacientes ou familiares, alterações nos hábitos de aquisição e compras de alimentos e alterações quanto ao consumo de grupos alimentares e suplementos. Os dados foram tabulados e foi realizada uma análise descritiva. **Resultados:** 40,34% das famílias de pacientes com fibrose cística mudaram os hábitos de compras de alimentos, cerca de 40% dos pacientes diminuíram a prática de atividade física e aumentaram o tempo de uso de telas em mais de 50% durante o período da pandemia de COVID-19. **Conclusão:** Apesar de algumas dificuldades relacionadas à aquisição dos alimentos e alterações em hábitos de vida, houve manutenção do consumo alimentar da maioria dos grupos alimentares e suplementos pelos pacientes pediátricos com fibrose cística brasileiros durante o isolamento social devido a pandemia de COVID-19.

Descritores: Fibrose cística; COVID-19; Estado nutricional; Estilo de vida saudável.

ABSTRACT

Objective: to verify changes in food consumption and lifestyle in Brazilian cystic fibrosis patients during the period of social isolation due to the COVID-19 pandemic. **Method:** cross-sectional survey with data collection through a questionnaire prepared by the team of nutritionists specialized in the treatment of patients with cystic fibrosis, with questions regarding the recent respiratory manifestations of patients or family members, changes in the habits of purchasing food and changes regarding the consumption of food groups and supplements. The data were tabulated and a descriptive analysis was performed. **Results:** 40.34% of the families of patients with cystic fibrosis changed their food shopping habits, about 40% of the patients decreased their physical activity and increased the time spent using screens by more than 50% during the pandemic COVID-19. **Conclusion:** despite some difficulties related to the acquisition of food and changes in lifestyle, there was maintenance of the food consumption of most food groups and supplements by Brazilian pediatric patients with cystic fibrosis during social isolation due to the COVID-19 pandemic.

Descriptors: Cystic fibrosis; COVID-19; Nutritional status; Healthy lifestyle.

RESUMEN

Objetivo: verificar cambios en el consumo de alimentos y estilo de vida en pacientes brasileños con fibrosis quística durante el período de aislamiento social por la pandemia de COVID-19. **Método:** encuesta transversal con recolección de datos por medio de un cuestionario elaborado por un equipo de nutricionistas especializados en el tratamiento de pacientes con fibrosis quística, con preguntas sobre las manifestaciones respiratorias recientes de pacientes o familiares, cambios en los hábitos de compra de alimentos y cambios en el consumo de grupos de alimentos y suplementos. Los datos se tabularon y se realizó un análisis descriptivo. **Resultados:** el 40,34% de los familiares de pacientes con fibrosis quística cambiaron sus hábitos de compra de alimentos, alrededor del 40% de los pacientes disminuyó la práctica de actividad física y aumentó el tiempo de uso de pantallas en más del 50% durante el período pandémico. COVID-19. **Conclusión:** A pesar de algunas dificultades relacionadas con la adquisición de alimentos y cambios en el estilo de vida, hubo mantenimiento del consumo de alimentos de la mayoría de los grupos de alimentos y suplementos por parte de pacientes pediátricos brasileños con fibrosis quística durante el aislamiento social debido a la pandemia COVID-19.

Descriptores: Fibrosis quística; COVID-19; Estado nutricional; Estilo de vida saludable.

ORIGINAL

Introdução

Fibrose cística (FC) é uma doença genética de caráter autossômico recessivo que se manifesta de forma multi-sistêmica. Devido à disfunção da proteína de membrana celular chamada *cystic fibrosis transmembrane conductance regulator* (CFTR) o paciente apresenta repercussões principalmente nos tratos respiratório e digestório.¹ Existe uma forte associação entre estado nutricional e função pulmonar, sendo que o tratamento multiprofissional do paciente com FC é essencial para garantir um bom prognóstico da doença. Devido a necessidade energética, de proteínas e de gorduras aumentada, muitas vezes faz-se necessária a suplementação oral para garantir o aporte nutricional adequado.¹

Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde declarou pandemia de COVID-19, doença causada pelo novo coronavírus SARS-CoV-2, que emergiu da China, com posterior disseminação para todo o mundo. No Brasil medidas são tomadas para diminuir a exposição ao vírus, sobretudo dos pacientes considerados de risco, entre eles, os com doenças crônicas. Pesquisadores italianos publicaram um editorial ressaltando as preocupações com pacientes com fibrose cística em meio a disseminação da pandemia, sendo reforçado o isolamento social, já que medidas como uso de máscaras e higiene das mãos já fazem parte da rotina do paciente com fibrose cística.²⁻⁴

A Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT) em parceria com o Grupo Brasileiro de Estudos da Fibrose Cística (GBEFC) posicionou-se declarando que o paciente com fibrose cística deve ser considerado como parte do grupo de risco para complicações relacionadas à infecção pelo novo coronavírus devido manifestações da doença, incluindo relevante comprometimento da função pulmonar. No entanto, o posicionamento esclarece que não existem relatos de pacientes com fibrose cística que tenham sido acometidos, portanto, é difícil estabelecer o real impacto da infecção por SARS-CoV-2 nestes pacientes. Os pacientes descritos em estudos publicados até o momento são de doenças pulmonares crônicas (DPOC) e asma, além disso, está clara a relação de maior gravidade em pacientes maiores de 60 anos, faixa etária pouco frequente na fibrose cística.⁵

A SBPT e GBEFC também afirmam que os tratamentos regulares prescritos devem ser mantidos durante a quarentena, como inalações, medicamentos orais, manobras de higiene brônquica, fisioterapia, atividade física e nutrição adequada.⁵ Uma empresa de consultoria de estratégia em alimentos divulgou resultados de sua pesquisa sobre alimentação e bem-estar dos brasileiros durante o período de isolamento social em combate ao vírus SARS-CoV-2 responsável pela COVID-19. Os dados de 494 brasileiros de todas as regiões do país apontaram piora no padrão alimentar, com maior consumo de itens para lanches, refrigerantes e sucos artificiais, e piora na qualidade de sono. Por outro lado, indicam crescimento da prática de exercícios para manutenção do bem-estar.⁶

Não foram encontrados estudos para verificar alterações da alimentação em pacientes com fibrose cística na quarentena, onde a diminuição na qualidade alimentar e estado nutricional pode acarretar piora da saúde a médio e longo prazo.

Nesse sentido, o objetivo do estudo foi verificar alterações no consumo alimentar e hábitos de vida em pacientes com fibrose cística brasileiros durante o período de isolamento social devido a pandemia de COVID-19.

Método

Trata-se de um estudo transversal, com questionário auto-aplicado de forma eletrônica (divulgação pelo Brasil) ou presencial no Instituto da Criança e do Adolescente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (ICr- HCFMUSP) no período de dezoito de abril a oito de junho do ano de 2020.

A amostra foi obtida por meio de recrutamento por e-mail, mensagens eletrônicas nos celulares, divulgação do questionário em redes sociais e obtenção de respostas presencialmente de responsáveis por pacientes com fibrose cística acompanhados no ICr- HCFMUSP, quando os mesmos foram retirar medicação ou suplementos.

Para cálculo do número amostral utilizou-se a fórmula de cálculo: $n = N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p) / Z^2 \cdot p \cdot (1-p) + e^2 \cdot N - 1$ (n: amostra calculada, N: população, Z: variável normal, p: real probabilidade do evento, e: erro amostral). Considerando a população com fibrose cística brasileira de cerca de três mil pacientes, com uma margem de erro de 10% e confiabilidade de 90%, estimou-se um número amostral de 67 questionários.⁷

Foram excluídos da amostra pacientes em uso de terapia enteral exclusiva, em aleitamento materno exclusivo ou internados no período do estudo. Foram selecionados pacientes de 6 meses a 19 anos de idade com diagnóstico anterior de fibrose cística.

O questionário (Quadro 1) foi elaborado pela equipe de nutricionistas especialistas no tratamento de pacientes com fibrose cística e abordou questões quanto às manifestações respiratórias recentes de pacientes ou familiares, alterações nos hábitos de aquisição e compras de alimentos e alterações quanto ao consumo de grupos alimentares e suplementos. As respostas possíveis aos diversos grupos alimentares questionados foram: (1) não alterou o consumo, (2) aumentou o consumo ou (3) diminuiu o consumo. Os dados foram tabulados no Excel e descritos segundo a distribuição de dados realizada por meio de percentuais e medianas.

Quadro 1- Questionário referente às modificações no consumo alimentar e hábitos de vida em Fibrose Cística na quarentena. São Paulo, 2020.

Caracterização da amostra	Questionário
Estado	Você apresentou algum sintoma respiratório fora do habitual recentemente?
Data de nascimento	Algum familiar apresentou algum sintoma respiratório recentemente?
Nome do paciente	Quem realiza as compras de alimentos atualmente?
Nome do responsável	Alguém teve diagnóstico de COVID-19 na família?
	As compras de alimentos foram modificadas devido à quarentena?
	Se respondeu "Sim" na pergunta anterior, o que mudou?
	Você perdeu ou ganhou peso nesse período?

	Houve mudança do seu tempo de tela?
	Houve mudança na quantidade de atividade física?
	Você modificou o consumo de frutas recentemente?
	Você modificou o consumo de verduras recentemente?
	Você modificou o consumo de legumes recentemente?
	Você modificou o consumo de carnes recentemente?
	Você modificou o consumo de leite e derivados recentemente?
	Você modificou o consumo de feijões recentemente?
	Você modificou o consumo de refrigerantes ou sucos artificiais recentemente?
	Você modificou o consumo de doces, chocolates ou produtos açucarados recentemente?
	Você modificou o consumo de suplementos para Fibrose Cística recentemente?
	Você modificou o número de refeições diárias recentemente?
	De maneira geral, você modificou a quantidade de consumo alimentar recentemente?

Todos foram convidados a participar com esclarecimento que se trata de um projeto de pesquisa e a participação é voluntária, sem nenhum ônus no caso de aceite ou não na participação. Em caso de aceite foi dado um clique em “aceito” no questionário eletrônico ou assinaram o Termo de consentimento livre esclarecido. O presente estudo foi aprovado pelo do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 31751220.6.0000.0068 e parecer nº 4.032.472.

Resultados

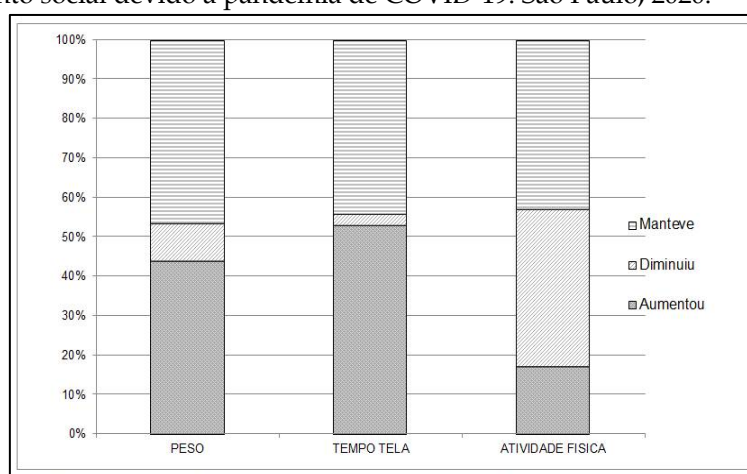
Foram obtidas respostas de 70 pacientes ao questionário, sendo 45,71% na forma presencial. Deste modo, a grande maioria dos dados obtidos foram do estado de São Paulo (64,18% da amostra), seguido de Sergipe (com 22,39% de participação). Outros estados brasileiros (Goiás, Minas Gerais, Paraíba, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul) tiveram, em conjunto, 13,43% de participação na pesquisa.

A mediana de idade dos pacientes participantes foi de 10,2 anos. A grande maioria (92,86%) dos pacientes apresentou quadro respiratório estável durante o período de distanciamento social, conforme assegurado pelo responsável no momento da coleta de dados. Apesar de seis pacientes referirem que familiares tiveram sintomas respiratórios ou tosse ou febre recentemente, somente dois pacientes tiveram casos confirmados de COVID-19 entre familiares, sendo que estes afirmaram realizar isolamento completo de contato do familiar com o paciente com fibrose cística.

Grande parcela (40,34%) das famílias de pacientes com fibrose cística mudaram os hábitos de compras de alimentos durante o período da pandemia de COVID-19. Algumas das mudanças apontadas foram: não realizar compras de hortifruti em feiras livres (n=6), comprar mais congelados ou produtos prontos para consumo (n=3) e somente 1 paciente referiu não encontrar produtos alimentares habituais para venda. Os responsáveis pela compra de produtos, na maioria dos lares (53,13%), foram os avós no período de distanciamento social.

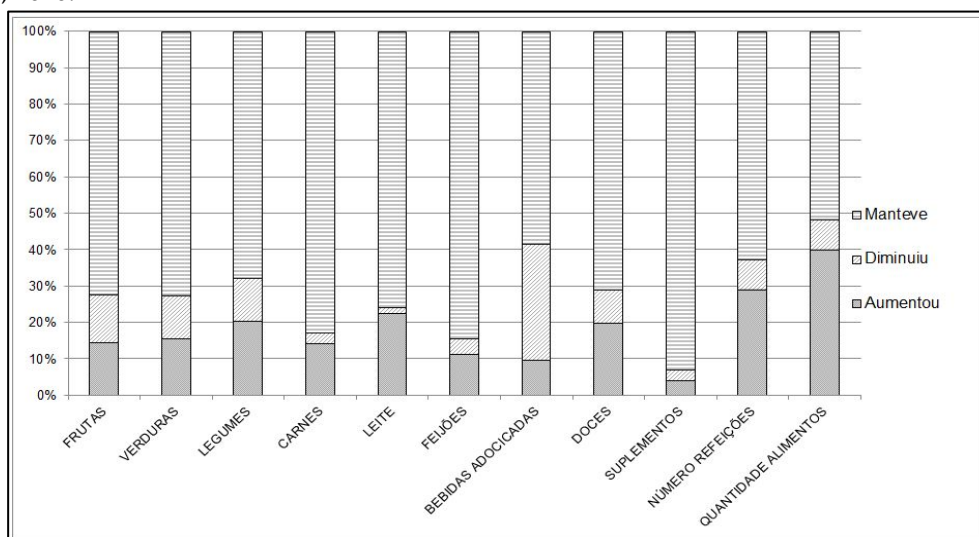
A Figura 1 mostra os dados referentes a alterações no peso, no tempo gasto com telas (televisão, *tablet*, computador, celular, entre outras atividades sedentárias) e no tempo gasto em atividades físicas nos pacientes com fibrose cística durante o período de distanciamento social.

Figura 1- Distribuição dos pacientes com fibrose cística de acordo com alterações no padrão de peso, tempo de tela (televisão, tablet, celular, computador) e atividades físicas durante o período de distanciamento social devido à pandemia de COVID-19. São Paulo, 2020.



A Figura 2 relaciona o consumo dos grupos alimentares segundo modificações realizadas na frequência de consumo durante o período de pandemia de COVID-19. Destaca-se que 40% dos pacientes relataram aumento no consumo da quantidade ingerida durante o período considerado e mais de 90% dos pacientes mantiveram o consumo de suplementos orais indicados para tratamento da fibrose cística.

Figura 2- Distribuição dos pacientes segundo alteração de consumo dos grupos alimentares. São Paulo, 2020.



Discussão

Esse estudo inédito mostrou que, de modo geral, os pacientes com fibrose cística mantiveram o hábito alimentar durante o período de isolamento social, apesar de apresentarem algumas dificuldades relacionadas à aquisição dos alimentos. As principais alterações aconteceram com relação aos hábitos de vida, como diminuição da atividade física e aumento do tempo de uso de telas.

A maioria dos pacientes manteve ou aumentou o peso no período de quarentena, o que é um achado muito importante, especialmente se tratando de pacientes com FC.¹ Grande parte referiu que aumentou a quantidade de alimentos consumidos ao longo do dia, resultado condizente com o aumento de ganho ponderal, embora não tenham alterado de maneira notável os grupos alimentares consumidos. Esses achados são compatíveis com a literatura, em outras pesquisas realizadas durante a pandemia.^{8,9}

A forma de aquisição dos alimentos mudou durante o distanciamento social para grande parte das famílias participantes, com alterações como: não comprar frutas e hortaliças em feiras livres, aumentar a compra de produtos congelados e prontos para o consumo ou não encontrar alimentos habitualmente consumidos para comprar. Estudos têm mostrado que a quarentena pode afetar a cadeia de suprimento alimentar e gerar uma situação de insegurança alimentar e nutricional, relacionado com o maior consumo de alimentos processados de maior durabilidade, acesso e uso mais fácil.^{10,11} Adicionalmente, o acesso limitado a alimentos frescos pode afetar negativamente a saúde mental e física.⁸

Em nosso estudo, os grupos de alimentos citados com maiores taxas de aumento do consumo foram lácteos e doces. Já os grupos que mais apresentaram diminuição da ingestão foram bebidas açucaradas, e em menor grau, frutas e verduras. O grupo alimentar dos legumes, curiosamente, sofreu redução de consumo por parte dos participantes, em contrapartida, outra parcela dos pacientes referiu aumento no consumo. Outro dado interessante é que o consumo de suplementos se manteve para a maioria dos pacientes, sugerindo que os pacientes consideram o uso do suplemento como parte do tratamento da doença.

Embora nenhum nutriente tenha sido cientificamente comprovado como benéfico para a prevenção ou tratamento do COVID-19, uma dieta diversificada é importante para manter um sistema imunológico adequado.⁹ Muitos pacientes referiram que diminuíram a ingestão de bebidas açucaradas, pois substituíram por sucos naturais, na tentativa de melhora da imunidade. Um estudo realizado durante o isolamento social na China também verificou que muitas pessoas começaram, por conta própria, a consumir vitamina C, probióticos e outros suplementos nutricionais durante a pandemia.⁹

Mais da metade da amostra referiu que aumentou o tempo de uso de computador, *tablet*, celular e/ou televisão durante a quarentena, ao mesmo tempo que grande parte relatou diminuição da atividade física. Muitas crianças e jovens têm suas principais atividades físicas relacionadas a esportes e atividades escolares. Com a pandemia de COVID-19, sabe-se que essas participações sociais diminuíram bastante.⁸ Ammar et al.¹² identificaram que o uso de tecnologias aumentou significativamente após o início do isolamento social. Essas restrições podem estar associadas com ônus à saúde, comprometendo potencialmente a aptidão física, que por consequência pode diminuir a capacidade de resposta à infecções e com complicações imunológicas e cardiopulmonares.⁸ Por outro lado, parece interessante promover a

comunicação social e o bem-estar físico e mental através de uso de internet e outras tecnologias.¹²

Ammar et al. por meio de uma pesquisa online com adultos de vários países, verificaram que o número de dias de prática de atividade física semanal diminuiu 24% durante a quarentena, e o número de horas diárias em que permaneceram sentados aumentou 28,6%. A porcentagem de pessoas referindo comer fora de controle na maioria das vezes ou sempre foi maior durante o confinamento em casa do que antes dele, bem como o número de lanches entre as principais refeições ou durante a noite.⁸ Como os pacientes com FC apresentam aumento das necessidades nutricionais, em cerca de 110 a 200% comparado a seus pares saudáveis, o maior consumo alimentar é um hábito que normalmente é encorajado pelos profissionais da saúde.¹ Talvez o isolamento social possa ter permitido que as famílias conseguissem dar maior atenção à alimentação dos indivíduos com FC, devido ao aumento do tempo de convivência familiar. De todo modo, a realização de atividade física também é parte importante do tratamento, sendo a sua diminuição prejudicial.¹

Com relação aos sintomas respiratórios, a maioria dos pacientes referiu que não houve alteração durante o período de isolamento social. Isso pode ter ocorrido devido ao fato da pesquisa ter sido feita entre os meses de março e maio, antes do inverno, quando as infecções pulmonares ocorrem com maior frequência, devido aos fatores predisponentes.¹³ Poucos pacientes tiveram casos de COVID-19 confirmados na família.

Dentre as limitações do estudo, destaca-se a baixa taxa de respostas ao questionário eletrônico, o que diminuiu o tamanho amostral e a diversidade de pacientes de outros estados brasileiros. A solução encontrada foi aplicar o questionário com os cuidadores que vieram retirar medicação ou suplementos no serviço de referência, o que pode ter enviesado o dado de manutenção do uso de suplementos de fibrose cística. Com relação aos pontos fortes, esse trabalho mostrou um potencial de prevenção de déficit do estado nutricional através da manutenção de uma alimentação saudável e suplementação nutricional, mesmo com distanciamento social. Sendo assim, destaca-se a importância da atuação multiprofissional com pacientes com FC e da realização de estudos sobre os impactos das mais diversas situações nessa população.

Conclusão

Apesar de algumas dificuldades relacionadas à aquisição dos alimentos e alterações em hábitos de vida como diminuição da atividade física e aumento do tempo de tela, com este estudo foi possível concluir que houve manutenção do consumo alimentar da maioria dos grupos alimentares e suplementos pelos pacientes pediátricos com fibrose cística brasileiros durante o isolamento social devido a pandemia de COVID-19.

Agradecimentos

Os autores não receberam financiamento para esse estudo.

Referências

- 1- Athanazio RA, Silva Filho LV, Vergara AA, Ribeiro AF, Riedi CA, Procianoy ED, et al. Grupo de Trabalho das Diretrizes Brasileiras de Diagnóstico e Tratamento da Fibrose Cística. Brazilian guidelines for the diagnosis and treatment of cystic fibrosis. *Bras Pneumol.* 2017;43(3):219-45.
- 2- Messina G, Polito R, Monda V, Cipolloni L, Nunno ND, Mizio GD, et al. Functional Role of Dietary Intervention to Improve the Outcome of COVID-19: A Hypothesis of Work. *Int. J. Mol. Sci.* 2020;21(9), 3104.
- 3- Brasil, Ministério da Saúde. Disponível em: [\[https://coronavirus.saude.gov.br/\]](https://coronavirus.saude.gov.br/).
- 4- Colombo C, Burgel PR, Gartner S, Koningsbruggen-Rietschel SV, Naehrlich L, Sermet-Gaudelus I, et al. Impact of COVID-19 on people with cystic fibrosis. *Lancet Respir Med.* 2020; Published Online April 15, 2020. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30177-6](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30177-6)
- 5- NOTA DE POSICIONAMENTO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA EM CONJUNTO COM O GRUPO BRASILEIRO DE ESTUDOS DA FIBROSE CÍSTICA, Brasília, 16 de Abril de 2020.
- 6- RG NUTRI & TECH.FIT. Tracking COVID-19. ALIMENTAÇÃO e BEM-ESTAR. Mar-Abr 2020.
- 7- Cálculos de amostragem. <https://www.solvis.com.br/calculos-de-amostragem/>
- 8- Ammar A, Brach M, Trabelsi K, Chtourou H, Boukhirs O, Masmoudi L, et al. Effects of COVID-19 Home Confinement on Eating Behaviour and Physical Activity: Results of the ECLB-COVID-19 International Online Survey. *Nutrients.* 2020;12(6):1583.
- 9- Zhao Ai, Li Z, Ke Y, Huo S, Ma Y, Zhang Y, et al. Dietary Diversity among Chinese Residents during the COVID-19 Outbreak and Its Associated Factors. *Nutrients.* 2020;12(6):1699.
- 10- Ribeiro KDS, Garcia LRS, Dametto JFS, Assunção DGF, Maciel BLL. COVID-19 and Nutrition: The Need for Initiatives to Promote Healthy Eating and Prevent Obesity in Childhood. *Child Obes.* 2020;16(4):235-23
- 11- Pérez-Escamilla R, Cunningham K, Moran VH. COVID-19 and maternal and child food and nutrition insecurity: a complex syndemic. *Matern Child Nutr.* 2020;16:1-4.
- 12- Ammar A, Trabelsi K, Brach M, Chtourou H, Boukhirs O, Masmoudi L, et al. Effects of home confinement on mental health and lifestyle behaviours during the COVID-19 outbreak: Insight from the "ECLB-COVID-19" multi countries survey. *medRxiv* 2020.
- 13- Faria AM, Baldacci ER. Avaliação da resposta humoral à vacina pneumocócica conjugada 7-valente em crianças com asma moderada em uso de corticoide inalatório e em crianças com fibrose cística. São Paulo. [Mestrado em Pediatria] – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2009.

Autor de Correspondência

Lenyia de Cassya Lopes Neri
Instituto da criança do Hospital das Clínicas
Av. Dr. Enéas Carvalho de Aguiar, 647. CEP: 05403-000.
Cerqueira César. São Paulo, São Paulo, Brasil.
lenyia.neri@hc.fm.usp.br

Projeto piloto de implantação de uma cozinha cetogênica para tratamento de epilepsia refratária

Pilot project of Implementation of a keto-kitchen for the treatment of refractory epilepsy

Proyecto piloto para implementar una cocina cetogénica para el tratamiento de la epilepsia refractaria

Lenyia de Cassya Lopes Neri¹, Rafaela Rodrigues Vieira², Sabrina Moura Mercham de Santana³, Leticia Pereira de Brito Sampaio⁴

Como citar: Neri LCL, Vieira RR, Santana SMM, Sampaio LPB. Projeto piloto de implantação de uma cozinha cetogênica para tratamento de epilepsia refratária. REVISA. 2021; 10(1): 156-64. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n1.p156a164>

REVISA

1. Universidade de São Paulo, Instituto da Criança e do Adolescente, Serviço de Nutrição e Dietética. São Paulo, São Paulo, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-4162-3664>
2. Universidade de São Paulo, Instituto da Criança e do Adolescente, Serviço de Nutrição e Dietética. São Paulo, São Paulo, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-4641-5394>
3. Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública. São Paulo, São Paulo, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-2059-980X>
4. Universidade de São Paulo, Instituto da Criança e do Adolescente, Departamento de Neurologia. São Paulo, São Paulo, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-6385-5012>

Recebido: 17/10/2020
Aprovado: 16/12/2020

RESUMO

Objetivo: verificar alterações no consumo alimentar e hábitos de vida em pacientes com fibrose cística brasileiros durante o período de isolamento social devido a pandemia de COVID-19. **Métodos:** pesquisa transversal com levantamento de dados por meio de questionário elaborado pela equipe de nutricionistas especialistas no tratamento de pacientes com fibrose cística, com questões referentes às manifestações respiratórias recentes de pacientes ou familiares, alterações nos hábitos de aquisição e compras de alimentos e alterações quanto ao consumo de grupos alimentares e suplementos. Os dados foram tabulados e foi realizada uma análise descritiva. **Resultados:** 40,34% das famílias de pacientes com fibrose cística mudaram os hábitos de compras de alimentos, cerca de 40% dos pacientes diminuíram a prática de atividade física e aumentaram o tempo de uso de telas em mais de 50% durante o período da pandemia de COVID-19. **Conclusões:** Apesar de algumas dificuldades relacionadas à aquisição dos alimentos e alterações em hábitos de vida, houve manutenção do consumo alimentar da maioria dos grupos alimentares e suplementos pelos pacientes pediátricos com fibrose cística brasileiros durante o isolamento social devido a pandemia de COVID-19.

Descritores: Dieta cetogênica; Epilepsia; Educação alimentar e nutricional.

ABSTRACT

Objective: This study describes the creation of the first ketogenic diet-teaching kitchen at a ketogenic reference center in Brazil aimed at developing ketogenic recipes and holding keto-culinary workshops with caregivers. **Method:** In this prospective study, 26 recipes were tested and assessed by sensory panel testing. Eighteen recipes were selected to be prepared in culinary workshops with parents or legal guardians of children with refractory epilepsy receiving the ketogenic diet as outpatients. All recipes were selected, calculated, and approved by registered dietitians. **Results:** Eight parents or legal guardians participated in four culinary workshops. The activities were extremely satisfactory: participants were able to clear out their doubts, learn, practice recipes, and develop new skills. In general, all participants enjoyed the prepared recipes and praised the culinary workshop. **Conclusion:** The ketogenic teaching kitchen enabled the development of ketogenic recipes adapted to Brazilian eating habits. Providing alternative meals to children is essential for enhancing compliance with the ketogenic diet because they contribute to expand the dietary repertoire of these patients. Future studies with high methodological quality should test the efficacy of the ketogenic kitchen in increasing compliance with the ketogenic diet in the long term.

Descriptors: Ketogenic diet; Epilepsy; Food and nutrition education..

RESUMEN

Objetivo: Este estudio describe la creación de la primera cocina cetogénica para enseñar dieta cetogénica en un centro de referencia en Brasil, con el objetivo de desarrollar recetas cetogénicas y realizar talleres culinarios con los cuidadores. **Método:** En este estudio prospectivo, un panel sensorial probó y evaluó 26 recetas. Se seleccionaron dieciocho recetas para ser elaboradas en talleres de cocina con padres o tutores legales de niños con epilepsia refractaria que reciben una dieta cetogénica ambulatoria. Todas las recetas fueron seleccionadas, calculadas y aprobadas por nutricionistas. **Resultados:** Ocho padres o tutores participaron en cuatro talleres culinarios. Las actividades fueron sumamente satisfactorias: los participantes pudieron despejar sus dudas, aprender, practicar recetas y desarrollar nuevas habilidades. En general, a todos los participantes les gustaron las recetas elaboradas y elogiaron el taller de cocina. **Conclusión:** La cocina de enseñanza cetogénica permitió el desarrollo de recetas cetogénicas adaptadas a los hábitos alimentarios brasileños. Proporcionar comidas alternativas a los niños es fundamental para mejorar la adherencia a la dieta cetogénica, ya que contribuyen a ampliar el repertorio dietético de estos pacientes. Los estudios futuros con alta calidad metodológica deberían probar la efectividad de la cocina cetogénica para aumentar la adherencia a la dieta cetogénica a largo plazo.

Descriptores: Dieta cetogénica; Epilepsia; Educación alimentaria y nutricional.

ORIGINAL

Introdução

A dieta cetogênica (DC) é uma dieta com elevado teor de gorduras, adequada em proteínas e com baixo teor de carboidratos que tem sido utilizada para o tratamento de pacientes, especialmente crianças com epilepsia refratária.¹⁻³ O objetivo da DC é reduzir ou controlar a frequência das crises epiléticas através da indução à cetose, promovida pela alta ingestão de alimentos fontes de gordura.^{1,4,5} Em 2008, foi realizado o primeiro estudo randomizado controlado que mostrou de forma clara os benefícios da DC em relação a nenhuma outra mudança no tratamento. Após 3 meses de realização de DC, 38% dos pacientes apresentaram mais de 50% e 7% apresentaram mais de 90% de melhora no controle das crises. A taxa de respondedores foi similar às observadas nos estudos randomizados controlados para novos fármacos antiepiléticos versus placebo.⁴ A DC também é utilizada como tratamento para enfermidades como a deficiência do transportador de glicose tipo 1 (GLUT-1) e a deficiência de piruvato desidrogenase, podendo ser mantida por toda a vida nestes pacientes.^{2,4,6-11}

A DC clássica é realizada na maioria das vezes, na proporção 4:1 (4 partes de gordura para 1 parte de carboidrato + proteína), onde 90% das calorias são provenientes de gorduras, ou na proporção 3:1 (3 partes de gordura para 1 parte de carboidrato + proteína), onde 87% das calorias são provenientes de gorduras.^{1,2,12} Muitos pacientes não aderem ao tratamento devido à baixa palatabilidade e à restrição alimentar, mesmo apresentando efeitos positivos no controle das crises epiléticas.⁴ Atualmente, no Brasil ainda não foram realizados estudos mostrando alternativas ou intervenções visando melhorar a adesão à DC.

Quando há resultados positivos, o tratamento com a DC pode durar um tempo médio de 2 a 3 anos, ou se estender conforme a resposta clínica.¹³ Portanto, é importante propor estratégias para aumentar a adesão ao tratamento, evitar a monotonia da dieta e melhorar a qualidade de vida dos pacientes e suas famílias. Uma cozinha cetogênica é uma ferramenta importante para fornecer educação prática para famílias com crianças em DC, e seu objetivo é melhorar a experiência de aprendizagem e tornar essas famílias mais confiantes no preparo das refeições.¹⁴ Além disso, permite que os nutricionistas testem e melhorem o sensorial, aspectos de receitas com baixo teor de carboidratos e alto teor de gordura.

O objetivo desse estudo foi implementar em um centro de referência de DC a primeira cozinha cetogênica do Brasil, com a proposta de desenvolver receitas cetogênicas e realizar oficinas culinárias com os cuidadores.

Método

Trata-se de um estudo prospectivo realizado no ambulatório de dieta cetogênica do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (ICr/HCFMUSP). O projeto foi aprovado no comitê de ética sob o número 3.735.637. Ao serem convidados a participar das oficinas culinárias, os responsáveis pelos pacientes em DC assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

No Instituto da Criança e Adolescente do Hospital das Clínicas da Universidade e de São Paulo já existe uma cozinha experimental que dá suporte a ensino através de oficinas culinárias para pacientes e auxilia no desenvolvimento de receitas para dietas com restrições (como alergias, doenças renais etc). A equipe de DC adaptou o uso deste local para melhorar o atendimento de pacientes com dieta cetogênica. Este é um projeto piloto para a criação de uma primeira “cozinha cetogênica” do Brasil e assim, melhorar a adesão a DC.

Conforme a demanda observada no atendimento nutricional ambulatorial, foram selecionadas receitas já utilizadas por grupos nacionais e internacionais de DC, a serem adaptadas e posteriormente testadas em quatro fases para avaliação de suas características organolépticas. Foram escolhidas vinte e seis receitas, que foram recalculadas para atender à proporção 4:1 de gordura para carboidrato e proteína.

Das 26 receitas selecionadas para testes, 10 foram coletadas do livro “Collection of Classical Recipes - Matthew’s Friends, developed by Maureen Benn”¹⁵, as quais sofreram adaptações quanto aos ingredientes, sendo adequadas à realidade brasileira. Além disso, foi necessário refazer o cálculo dos macronutrientes devido a essas modificações, com base nas tabelas de composição desenvolvidas com alimentos nacionais.¹⁶ Dezesesseis receitas foram baseadas em preparações tradicionais brasileiras adaptadas à DC e sofreram mudanças para atingirem às necessidades nutricionais da DC 4:1.

Após as adaptações, essas receitas 4:1 foram testadas e passaram por avaliação sensorial da equipe (Figura 1). Cada receita foi avaliada por dois a seis nutricionistas. Houve a necessidade de alterar algumas preparações, pois suas características sensoriais não estavam satisfatórias. Então, foi realizado novo teste e avaliação pela equipe. Cada receita foi repetida em média duas vezes, de tal modo que foi necessária a realização de 12 testes na cozinha cetogênica.

Figura 1- Ficha de avaliação sensorial das receitas cetogênicas, aplicada com nutricionistas e responsáveis dos pacientes. São Paulo, 2020.

FICHA DE AVALIAÇÃO:

Nome: _____ Data: _____

PREPARAÇÃO: _____

Por favor, avalie a amostra para cada um dos atributos: APARÊNCIA, AROMA, SABOR, TEXTURA E NOTA GERAL. Dê uma nota de 1 a 9, dizendo o quanto gostou ou degustou, de acordo com a escala.

ESCALA:	ATRIBUTOS:
1 – Desgostei MUITÍSSIMO	APARÊNCIA: _____
2 – Desgostei Muito	AROMA: _____
3 – Desgostei Moderadamente	SABOR: _____
4 – Desgostei Ligeiramente	TEXTURA: _____
5 – Nem Gostei / Nem Desgostei	NOTA GERAL: _____
6 – Gostei Ligeiramente	
7 – Gostei Moderadamente	
8 – Gostei Muito	
9 – Gostei MUITÍSSIMO	

OBSERVAÇÕES: _____

Além do atendimento ambulatorial de rotina, foram realizadas oficinas de culinária para cuidadores, sem a presença dos pacientes, para garantir a atenção nas aulas. Em cada oficina, os cuidadores preparavam as receitas para atingir o número exato de calorias e a proporção da dieta do paciente como se estivessem cozinhando em casa. Para isso, os participantes tiveram uma aula prática de culinária: eles fizeram tudo sozinhos, desde pesar os ingredientes e cozinhar até a apresentação final das receitas. Antes das oficinas, os ingredientes eram pré-preparados, incluindo o corte dos alimentos perecíveis e a separação dos ingredientes, para facilitar o processo e diminuir o tempo da oficina.

Após a preparação e degustação das receitas, uma sub-amostra de participantes foi convidada a preencher um questionário socioeconômico e o mesmo formulário de análise sensorial preenchido pelos nutricionistas cadastrados, e descrever sua experiência com a cozinha cetogênica.

Resultados

O presente estudo sistematizou a utilização de um espaço dentro do hospital para promover aulas de culinária para cuidadores de pacientes com DC. Esse espaço foi denominado cozinha cetogênica e possibilitou uma inovação no tratamento da dieta cetogênica no Brasil.

Na DC, o creme de leite fresco é comumente usado como fonte de gordura devido à sua maior concentração de gordura em comparação com outras formas comerciais. No entanto, o creme de leite fresco é um alimento de alto custo e de difícil acesso para alguns cuidadores. Assim, também foi criada uma adaptação do creme de leite em lata para equivalência em termos de teor de gordura.

As 18 receitas mais acessíveis e aprovadas pela equipe de nutrição no ambulatório de DC com as melhores propriedades sensoriais foram compiladas em quatro livretos para serem disponibilizados aos responsáveis pelos pacientes em consultas ambulatoriais e distribuídos em quatro oficinas culinárias ao longo de 2019 (Tabela 1).

Tabela 1- Lista de receitas e ingredientes adaptados desenvolvidos na cozinha cetogênica. São Paulo, 2020.

Receitas salgadas	Receitas Doces	Ingredientes adaptados
Biscoito de queijo	Bala de coco	
Espaguete de abobrinha	Bolo de banana cetogênico	
Estrogonofe de carne	Bolo de cacau cetogênico	
Farofa Salgada	Farofa doce	Creme de leite adaptado (35% de gordura)
Maionese cetogênica	Gemada	
Omelete colorido	Milk-shake de morango	
Pão cetogênico	Mousse de limão	
Tortinha de legumes	Sorvete de abacate	
Sopa de tomate		

Durante as quatro oficinas de culinária, oito responsáveis pelos pacientes (de sete pacientes) participaram do protocolo de cozinha DC. Em média, três pessoas participaram de cada oficina, com alguns cuidadores participando de mais de uma oficina e outros participando de apenas uma reunião.

Através da análise dos questionários, observou-se que a maioria dos acompanhantes que participaram das oficinas culinárias foram mães (outros foram: pai e avó) ou responsáveis pela compra e preparo dos alimentos da dieta cetogênica, com escolaridade de ensino médio completo, 2 pessoas foi o número médio de moradores nas casas. A maioria (67%) utiliza preferencialmente alimentos com fonte de gordura vegetal para preparo da dieta cetogênica.

Na sub-amostra de preparações que foram avaliadas pelos cuidadores, a maioria das receitas (exceto para farofa doce) alcançou avaliações positivas no que diz respeito às propriedades sensoriais, conforme mostrado na Tabela 2.

Tabela 2- Análise sensorial de receitas cetogênicas aplicadas a uma sub-amostra de cuidadores em oficinas da cozinha cetogênica. São Paulo, 2020.

Avaliadores (n)	Preparação culinária	Propriedade Sensorial (média ± DP)				
		Aparência	Aroma	Sabor	Textura	Nota geral
3	Bolo cetogênica de banana	8.3 (0.6)	8.7 (0.6)	9.0 (0.0)	8.7 (0.6)	9.0 (0.0)
3	Bolo cetogênica de chocolate	8.3 (1.2)	8.0 (0.0)	8.0 (1.0)	8.7 (0.6)	8.3 (0.6)
3	Biscoito de queijo	5.7 (1.5)	8.3 (0.6)	8.3 (1.2)	7.3 (2.1)	8.3 (1.2)
3	Espaguete de abobrinha	9.0 (0.0)	9.0 (0.0)	9.0 (0.0)	9.0 (0.0)	9.0 (0.0)
3	Farofa doce	2.3 (1.5)	4.0 (1.7)	2.3 (1.5)	3.7 (3.8)	3.0 (1.7)
3	Farofa salgada	7.7 (1.5)	6.7 (1.2)	8.0 (1.7)	8.0 (1.7)	7.7 (1.5)
3	Pão cetogênica	7.0 (3.5)	5.7 (3.1)	6.0 (3.0)	6.7 (3.2)	6.3 (3.1)
3	Sopa de tomate	8.0 (1.7)	8.7 (0.6)	8.0 (1.7)	9.0 (0.0)	8.3 (1.2)
3	Sorvete de abacate	8.3 (0.6)	6.3 (1.5)	7.3 (0.6)	8.0 (0.0)	8.0 (1.7)

Legenda: 1 - desgostei muitíssimo; 2 - desgostei muito; 3 - desgostei moderadamente; 4 - desgostei ligeiramente; 5 - nem gostei, nem desgostei; 6 - gostei ligeiramente; 7 - gostei moderadamente; 8 - gostei muito; 9 - gostei muitíssimo.

A partir das receitas aprovadas, foram desenvolvidos cálculos para atender a porções de cada valor energético (150, 200, 250, 300, 350, 400, 450 e 500 kcal), todas na proporção 4:1. Essas receitas foram disponibilizadas aos demais pacientes em uso da DC 4:1 atendidos no ambulatório, individualizadas pelo valor calórico seguido por cada um deles, como opções para ser utilizadas em qualquer uma das refeições do dia. A Figura 2 mostra algumas das receitas criadas, calculadas para oferecer 250 kcal por porção.

Figura 2- Exemplos de receitas criadas na cozinha cetogênica. São Paulo, 2020.

Farofa salgada	Sopa de tomate	Espaguete de abobrinha
Ingredientes: - 1g de alho - 5g de tomate - 16g de toucinho - 17g de maionese - 8g de farinha de linhaça - Sal à gosto Modo de preparo: - Corte o alho, os tomates e o toucinho em cubos. - Frite o toucinho por 2-3 minutos, até ficar dourado. - Adicione os tomates e o alho e cozinhe por 5 minutos. - Acrescente a maionese e a farinha de linhaça e mexa por 2 minutos. - Leve ao forno pré-aquecido a 200°C por cerca de 20 minutos. Rendimento: 1 porção (250kcal)	Ingredientes da sopa: - 42g de tomate - 13g de cebola - 1ml de óleo - 10g de margarina com 80% de gordura - Água filtrada - 17g de creme de leite fresco - Temperos naturais à gosto (Ex: manjerição, orégano, pimenta do reino etc) Ingredientes do acompanhamento: - 9g de maionese - 9g de queijo cheddar cortado em palitos Modo de preparo: - Tire a casca do tomate, corte em cubos bem pequenos e amesse. - Refogue a cebola junto com o óleo e a margarina. - Adicione o tomate e os temperos que desejar. - Coloque um pouco de água para que fique mais líquido e o tomate cozinhe. - Quando estiver cozido, desligue o fogão e adicione o creme de leite fresco. - Sirva com a maionese e o queijo cheddar. Rendimento: 1 prato (250kcal)	Ingredientes: - 39g de abobrinha - 6g de cebola - 1g de alho - 9g de toucinho - 8ml de óleo de soja - 24g de tomate - 30g de creme de leite fresco - 12g de champignon - Sal à gosto Modo de preparo: - Corte a abobrinha em tiras. - Corte a cebola, o alho, os tomates, o champignon e o toucinho em cubos. - Frite a cebola e o toucinho no óleo por 2-3 minutos, até ficar dourado. - Adicione os tomates, o alho e o champignon e cozinhe por 5 minutos. - Acrescente a abobrinha e o creme de leite, tempere com sal e deixe cozinhar por 2-3 minutos. - Sirva ainda quente Rendimento: 1 prato (250kcal)





Fonte: Panfleto entregue durante oficinas culinárias, 2019.

Discussão

Este trabalho apresenta a primeira cozinha cetogênica do Brasil, onde foram elaboradas receitas cetogênicas e realizadas oficinas culinárias com os cuidadores de pacientes em protocolo de DC. Essa conquista é de extrema importância para aumentar a adesão à dieta pelos pacientes e seus responsáveis. As atividades foram extremamente satisfatórias, pois os participantes puderam esclarecer dúvidas, aprender, praticar receitas e desenvolver novas habilidades. De modo geral, todos gostaram das receitas preparadas e elogiaram a oficina culinária.

A DC mostrou-se ser eficaz no tratamento da epilepsia farmacorresistente.¹⁷⁻¹⁸ Freitas *et al.*¹⁷ compilou dados de 54 pacientes pediátricos com epilepsia farmacorresistente do Instituto da Criança da Universidade de São Paulo, submetidos ao protocolo de DC 4:1 e em 24 meses de tratamento foi possível observar que houve a redução de crises >75% em 62,1% dos pacientes. Já no Children's Hospital of Pittsburgh¹⁸, observou-se que 71% dos pacientes (n=48) apresentaram uma redução ≥50% dos episódios de convulsão após 45 dias de dieta. Outros estudos mostraram resultados além da diminuição das crises: qualidade de vida, interpessoal/social, psicológico/emocional, cognição, comportamento.¹⁹⁻²⁰

Apesar de ser um tratamento com resultados promissores, a restrição alimentar da DC é um fator responsável pela descontinuação da dieta por muitos pacientes.²¹⁻²³ Uma metanálise realizada com estudos sobre adultos em uso de DC mostrou que a baixa adesão à dieta (em torno de 45%) é causada

principalmente pela associação de fatores psicossociais com o caráter restritivo da dieta, além da intolerância aos seus efeitos colaterais.²⁴ Um estudo clínico randomizado realizado no Johns Hopkins Adult Epilepsy Diet Center²⁵ com adultos em uso de Dieta de Atkins Modificada, um outro tipo de dieta cetogênica, observou que o uso de uma fórmula industrializada associada à dieta aumentou a adesão dos pacientes, demonstrando a importância de fornecer alternativas mais práticas para variar a alimentação durante a DC e aumentar a adesão.

Um estudo realizado no Children's Hospital of Philadelphia¹⁴ mostrou que a existência de uma "cozinha cetogênica" no hospital aprimorou o tratamento dietético, tornando as famílias mais preparadas e confiantes para a execução da DC. Além disso, o desenvolvimento contínuo de novas receitas permitiu expandir o paladar dos pacientes.

Existem algumas limitações no presente estudo. Primeiramente devido falta de um grupo controle para comparar os resultados da Cozinha cetogênica. Outro fator a ser considerado é a limitação do tamanho da amostra. Isto ocorreu devido a inviabilidade da participação de responsáveis, que não possuem a alternativa de deixar os pacientes sob responsabilidade de outras pessoas, para que possam participar das atividades. Além disso, as oficinas culinárias ocorreram em datas não correspondentes aos dias de consulta, dificultando a locomoção até o local.

A partir deste cenário, esforços serão feitos para incorporar as oficinas culinárias na sistematização de atendimento do Instituto da Criança, incorporando a rotina de oficinas culinárias como parte do tratamento em dieta cetogênica ambulatorial. Posteriormente, estudos poderão ser realizados para avaliar a efetividade da incorporação desta estratégia na adesão do paciente à dieta cetogênica.

Conclusão

A cozinha cetogênica possibilitou o desenvolvimento de receitas cetogênicas adaptadas aos hábitos alimentares brasileiros. A disponibilização de preparações que permitam a variação da dieta é uma estratégia fundamental para adesão ao tratamento com DC, uma vez que contribuem para ampliar o repertório alimentar desses pacientes. Além disso, todas as receitas foram selecionadas, calculadas e aprovadas por nutricionistas, o que garante a segurança de sua utilização por pacientes em DC na proporção 4:1. Estudos futuros com alta qualidade metodológica devem testar a eficácia da cozinha cetogênica em aumentar a adesão à DC em longo prazo.

Financiamento

Os autores não receberam financiamento para este estudo.

Referências

1. Sampaio LPB. Ketogenic diet for epilepsy treatment. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* 2016 [cited 2020 march 3];74(10):842-848. <https://doi.org/10.1590/0004-282X20160116>
2. Ułamek-Kozioł M, Czuczwar SJ, Januszewski S, Pluta R. Ketogenic Diet and Epilepsy. *Nutrients.* 2019 [cited 2020 march 3];11(10):2510. <https://doi.org/10.3390/nu11102510>
3. Martin-McGill KJ, Bresnahan R, Levy RG, Cooper PN. Ketogenic diets for drug-resistant epilepsy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020 [cited 2020 august 21];6(6):CD001903. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001903.pub5>
4. D'Andrea Meira I, Romão TT, Pires do Prado HJ, Krüger LT, Pires MEP, da Conceição PO. Ketogenic Diet and Epilepsy: What We Know So Far. *Front Neurosci.* 2019 [cited 2020 march 3];13:5. <https://doi.org/10.3389/fnins.2019.00005>
5. Lin KL, Lin JJ, Wang HS. Application of ketogenic diets for pediatric neurocritical care. *Biomed J.* 2020 [cited 2020 august 21];43(3):218-225. <https://doi.org/10.1016/j.bj.2020.02.002>
6. Neal EG, Chaffe H, Schwartz RH, Lawson MS, Edwards N, Fitzsimmons G *et al.* The ketogenic diet for the treatment of childhood epilepsy: a randomised controlled trial. *Lancet Neurol.* 2008 [cited 2020 march 3];7(6):500-506. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(08\)70092-9](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(08)70092-9)
7. Garcia-Penas JJ. Epilepsy, cognition and ketogenic diet. *Rev Neurol* 2018. [cited 2020 march 3];66(Supl.1):S71-S75. <https://doi.org/10.33588/rn.66S01.2017529>
8. Wang Y, Fang Z, Zhang Y, Xie L, Jiang L. Efficacy of the ketogenic diet in patients with Dravet syndrome: A meta-analysis. *Seizure.* 2020 [cited 2020 august 21];18(81):36-42. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2020.07.011>
9. Gavrilovici C, Rho JM. Metabolic epilepsies amenable to ketogenic therapies: Indications, contraindications, and underlying mechanisms. *J Inherit Metab Dis.* 2020 [cited 2020 august 21]. <https://doi.org/10.1002/jimdis.12283>
10. Lyons L, Schoeler NE, Langan D, Cross JH. Use of ketogenic diet therapy in infants with epilepsy: A systematic review and meta-analysis. *Epilepsia.* 2020 [cited 2020 august 21];61(6):1261-1281. <https://doi.org/10.1111/epi.16543>
11. Dressler A, Trimmel-Schwahofer P. The ketogenic diet for infants: How long can you go? *Epilepsy Res.* 2020 [cited 2020 august 21];164:106339. <https://doi.org/10.1016/j.eplepsyres.2020.106339>
12. Algahtani F, Imran I, Pervaiz H, Ashraf W, Perveen N, Rasool MF *et al.* Non-pharmacological Interventions for Intractable Epilepsy. *Saudi Pharm J.* 2020 [cited 2020 august 21];28(8):951-962. <https://doi.org/10.1016/j.jsps.2020.06.016>
13. Kossoff EH, Zupec-Kania BA, Auvin S, Ballaban-Gil KR, Bergqvist AGC, Blackford R *et al.* Optimal clinical management of children receiving dietary therapies for epilepsy: Updated recommendations of the International Ketogenic Diet Study Group. *Epilepsia Open.* 2018 [cited 2020 march 3];3(2):175-192. <https://doi.org/10.1002/epi4.12225>
14. Fenton C, Groveman S, Chee CM, Bergqvist AGC. Benefits of a Ketogenic Teaching Kitchen. *J. Child Neurol.* 2019 [cited 2020 march 3];34(14):886-890. <https://doi.org/10.1177/0883073819866607>
15. Matthew's Friends Clinics - Ketogenic Dietary Therapies. Collection of Classical Recipes. 1 ed. Lingfield: Matthew's Friends Ketocook; 2012.
16. Universidade Estadual de Campinas. Tabela Brasileira de Composição de Alimentos (TACO). 4 ed. Campinas: UNICAMP/NEPA; 2011. [cited 2020 march 3]. Available in: <http://www.unicamp.br/nepa/taco/tabela.php?ativo=tabela>.
17. Freitas A, Paz JA, Casella EB, Marques-Dias MJ. Ketogenic diet for the treatment of refractory epilepsy: a 10 year experience in children. *Arq Neuropsiquiatr.* 2007 [cited 2020 march 31];65(2B):381-4. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2007000300003>

18. Katal NG, Koehler AN, McGhee B, Foley CM, Crumrine PK. The ketogenic diet in refractory epilepsy: the experience of Children's Hospital of Pittsburgh. *Clin Pediatr* 2000 [cited 2020 march 31];39(3):153-159. <https://doi.org/10.1177/000992280003900303>
19. Barwick K, Parker T, Murphy N, Todd A, Leveritt M, Wilkinson SA. Development and pilot testing of a parent-reported health-related quality of life measure for children on the ketogenic diet: The KetoQoL. *Nutrition & Dietetics* 2017 [cited 2020 march 31];74(5):521-528. <https://doi.org/10.1111/1747-0080.12348>
20. Poelzer K, Mannion C, Ortiz MM, Bang R, Woods P. A Systematic Review of the Quality of Life for Families Supporting a Child Consuming the Ketogenic Diet for Seizure Reduction. *Curr Dev Nutr*. 2018 [cited 2020 august 21]; 22(5): nzz079. <https://doi.org/10.1093/cdn/nzy079>
21. Luz IR, Pereira C, Garcia P, Ferreira F, Faria A, Macedo C et al. Ketogenic Diet for Refractory Childhood Epilepsy: Beyond Seizures Control, the Experience of a Portuguese Pediatric Centre. *Acta Med Port*. 2019 [cited 2020 august 21]; 32(12):760-766. <https://doi.org/10.20344/amp.12184>
22. Kverneland M, Molteberg E, Haavardsholm KC, Pedersen S, Ramm-Petersen A, Nakken KO. Dietary therapy for epilepsy. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2017 [cited 2020 august 21];137(6). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.16.0486>
23. Zhang Y, Wang Y, Zhou Y, Zhang L, Yu L, Zhou S. Therapeutic effects of the ketogenic diet in children with Lennox-Gastaut syndrome. *Epilepsy Res*. 2016 [cited 2020 august 21];128:176-180. <https://doi.org/10.1016/j.eplesyres>
24. Ye F, Li XJ, Jiang WL, Sun HB, Liu J. Efficacy of and Patient Compliance with a Ketogenic Diet in Adults with Intractable Epilepsy: A Meta-Analysis. *J Clin Neurol* 2015 [cited 2020 jun 30];11(1):26-31. <https://doi.org/10.3988/jcn.2015.11.1.26>
25. McDonald TJW, Henry-Barron BJ, Felton EA, Gutierrez EG, Barnett J, Fisher R *et al*. Improving compliance in adults with epilepsy on a modified Atkins diet: A randomized trial. *Europ J Epilepsy*. 2018 [cited 2020 jun 30]; 60:132-8. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2018.06.019>

Autor de Correspondência

Lenyia de Cassya Lopes Neri
Instituto da criança do Hospital das Clínicas
Av. Dr. Enéas Carvalho de Aguiar, 647. CEP: 05403-000.
Cerqueira César. São Paulo, São Paulo, Brasil.
lenyia.neri@hc.fm.usp.br

Perfil sociodemográfico e sociopolítico dos profissionais de enfermagem candidatos nas eleições municipais de 2020

Sociodemographic and socio-political profile of candidate nursing professionals in the 2020 municipal elections

Perfil sociodemográfico y sociopolítico de los profesionales de enfermería candidatos a las elecciones municipales de 2020

Lincoln Agudo Oliveira Benito¹, Rosana da Cruz Lima²

Como citar: Benito LAO, Lima RC. Perfil sociodemográfico e sociopolítico dos profissionais de enfermagem candidatos nas eleições municipais de 2020. REVISA. 2021; 10(1): 165-80. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n1.p165a180>

REVISA

1. Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias e Saúde. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0001-8624-0176>

2. Hospital das Plásticas de Brasília. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-2881-1193>

Recebido: 28/10/2020

Aprovado: 18/12/2020

RESUMO

Objetivo: Analisar o perfil socioeconômico e sociopolítico de profissionais de enfermagem que se candidataram nas eleições municipais de 2020. **Método:** Estudo exploratório, descritivo, comparativo e quantitativo, sendo os dados adquiridos no Tribunal Superior Eleitoral (TSE). **Resultados:** Foram identificados 8.605 profissionais de enfermagem, sendo que 54,5% (n=4.688) formada por técnicos e auxiliares de enfermagem e 45,5% (n= 3.917) de enfermeiros, 70,7% (n=6.081) eram de pessoas do sexo feminino, 36,5% (n=3.140) possuíam entre 40 a 49 anos, 48% (n=4.128) eram de cor/raça branca, 45,4% (n=3.906) eram casadas(os), 49,4% (n=4.253) possuíam ensino médio completo (EMC), 99,5% (n=8.566) eram brasileiros natos, 95,6% (n=8.230) concorreram ao cargo de vereador, 97,1% (n=8.356) não estavam concorrendo à reeleição, 97,1% (n=8.356) concorrendo na forma de partido político isolado e 8,9% (n=764) se elegeram pelo Movimento Democrático Brasileiro (MDB). **Considerações finais:** Foi identificada reduzida participação de profissionais de enfermagem no pleito eleitoral desenvolvido no ano de 2020.

Descritores: Política; Enfermeiras e Enfermeiros; Assistentes de Enfermagem; Governo Local.

ABSTRACT

Objective: To analyze the socioeconomic and socio-political profile of nursing professionals who ran in the 2020 municipal elections. **Method:** Exploratory, descriptive, comparative and quantitative study, the data being acquired at the Superior Electoral Court (TSE). **Results:** 8.605 nursing professionals were identified, 54.5% (n=4.688) of nursing technicians and assistants and 45.5% (n=3.917) of nurses, 70.7% (n=6.081) were of female, 36.5% (n=3.140) were between 40 and 49 years old, 48% (n=4.128) were white, 45.4% (n=3.906) were married, 49.4% (n=4.253) had completed high school (EMC), 99.5% (n=8.566) were born Brazilians, 95.6% (n=8.230) ran for the position of councilor, 97.1% (n=8.356) were not running for re-election, 97.1% (n=8.356) running as an isolated political party and 8.9% (n=764) were elected by the Brazilian Democratic Movement (MDB). **Final considerations:** A reduced participation of nursing professionals in the electoral election developed in 2020 was identified.

Descriptors: Politics; Nurses and Nurses; Nursing Assistants; Local Government.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el perfil socioeconómico y sociopolítico de los profesionales de enfermería que se presentaron a las elecciones municipales de 2020. **Método:** Estudio exploratorio, descriptivo, comparativo y cuantitativo, siendo los datos adquiridos en el Tribunal Superior Electoral (TSE). **Resultados:** Se identificaron 8.605 profesionales de enfermería, 54,5% (n=4.688) de técnicos y auxiliares de enfermería y 45,5% (n=3.917) de enfermeras, 70,7% (n=6.081) fueron de las mujeres, el 36,5% (n=3.140) tenían entre 40 y 49 años, el 48% (n=4.128) eran blancas, 45,4% (n=3.906) estaban casadas, 49,4% (n=4.253) había completado la escuela secundaria (EMC), 99,5% (n=8.566) nacieron brasileños, 95,6% (n=8.230) se postuló para el cargo de concejal, 97,1% (n=8.356) no se postularon para la reelección, el 97,1% (n=8.356) se postuló como partido político aislado y el 8,9% (n=764) fueron elegidos por el Movimiento Democrático Brasileño (BMD). **Consideraciones finales:** Se identificó una reducida participación de los profesionales de enfermería en la elección electoral desarrollada en 2020.

Descriptores: Política; Enfermeras y enfermeras; Auxiliares de enfermería; Gobierno local.

ORIGINAL

Introdução

Segundo alguns pesquisadores, interessados pela questão da política e de sua representação, desde os tempos passados e imemoráveis, por exemplo, na Grécia antiga, a democracia pode se constituir enquanto um regime ou sistema de exercício do governo, classificado enquanto “imperfeito”, entretanto, o ser humano, ainda não conseguiu, até o presente momento, implementar uma forma de organização e gerenciamento social mais efetiva, eficiente e eficaz.¹ Desta forma, o exercício da cidadania, da participação e da representação política, se produz e se processa com maior qualidade, por meio do engajamento junto aos movimentos, agremiações, instâncias públicas, de cargos e de responsabilidades políticas, antecedidas pela participação em disputas junto às eleições.¹⁻²

A palavra eleição, proveniente do verbo latino “*eligere*”, ou seja, “escolher” e, pelo substantivo “*electione*”, ou por extensão, “escolha”, se constitui, nas formas diferentes e sistemas democráticos de governo representativo, enquanto o modo pelo qual são escolhidos os legisladores, nos cargos de Vereadores, Deputados e Senadores, o Chefe do Poder Executivo, nos cargos de Prefeitos, Governadores e Presidente da República e, em algumas outras nações, outras autoridades do poder público.³ Desta forma, é importante lembrar o que é sustentado junto a Constituição Federal de 1988 (CF 1988), quando a mesma defende os direitos inalienáveis e incorrutíveis, promulgando em seu artigo de número 14 que, “a soberania popular será exercida pelo sufrágio universal e pelo voto direto e secreto, com valor igual para todos, e, nos termos da lei, mediante, I - plebiscito, II - referendo e a III - iniciativa popular.”⁴

Segundo o Tribunal Superior Eleitoral (TSE), as eleições municipais, se constituem enquanto aquelas, desenvolvidas para o processo de eleição, para os cargos de Prefeitos, Vice-Prefeitos, Vereadores e, onde houver, de Juizes de Paz.⁵ Em 2020, foram realizadas as eleições municipais brasileiras, computando um universo de 557.406 registros de candidatura junto ao TSE, sendo que destes, 96,1% (n=535.927) foram considerados aptos para concorrer ao pleito eleitoral em questão e 3,9% (n=21.479) se encontravam inaptos.⁶

Desta forma, foi identificado também, evolução no quantitativo de candidatos regularmente inscritos, no que se refere ao Pleito Eleitoral de 2016 e o Pleito de 2020, sendo que no primeiro, estavam registrados o universo de 496.927 candidatos e no segundo, o quantitativo de 557.406, apontando um incremento de candidaturas efetivadas para disputa nos referidos processos eleitorais.⁶

Nesse sentido e, conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) nos 5.570 municípios que compõe a República Federativa do Brasil, concorreram às 5.568 vagas para os cargos de “Prefeito”, o universo de 19.352 candidatos, implementando uma proporção de aproximadamente 3,48 candidato/vaga e, para os cargos de “Vice-Prefeito”, foi gerado o quantitativo de 19.725 candidatos para as mesmas 5.568 vagas produzindo a proporção de 3,54.^{7,8,9}

Já para o cargo de “Vereador”, foram identificadas 58.112 vagas disputadas por 518.329 candidatos inscritos, gerando uma proporção de 8,92 candidatos/vagas.^{8,9} No que se refere ao eleitorado, também foi identificada evolução em sua composição, quando comparados os últimos pleitos eleitorais, sendo que em 2016, foi computado um universo de 144.088.912 pessoas aptas para o processo de votação, contra 147.918.483 registradas em 2020.^{9,10}

O TSE, enquanto instância jurídica máxima da Justiça Eleitoral brasileira, no sentido de melhor organizar as ações e metodologias relacionadas ao pleito eleitoral, constituiu vários documentos balizadores deste importante processo eleitoral, instituindo a Resolução de número 23.609 que “dispõe sobre a escolha e o registro de candidatos para as eleições”, e também, a Resolução de número 23.611, que “dispõe sobre os atos gerais do processo eleitoral para as Eleições 2020”.¹¹⁻¹² Em uma matéria jornalística datada de 10/08/2012, são apresentadas as reflexões e análises das Enfermeiras Deputadas Federais Rosane Ferreira do estado do Paraná (PR) e de Carmen Zanotto de Santa Catarina (SC), defendendo que a categoria tem a necessidade de eleger um maior quantitativo de deputados, que estejam comprometidos com as causas e bandeiras da enfermagem.¹³

Foi sustentada ainda por essas importantes representantes, a necessidade de ser construída uma maior força política, para facilitar a conquista das demandas próprias desta categoria, que a época, já somava um universo superior a 1,8 milhão profissionais Enfermeiros (ENF), Técnicos (TEC) e Auxiliares (AUX).¹³ Já em matéria datada de 28/11/2018, é lembrado que foi desenvolvido junto ao 21º Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem (21º CBCENF), discussões em relação à questão da representatividade política, exercida por profissionais desta categoria que, se encontravam em suas respectivas cidades enquanto Vereadores, Prefeitos, Deputado Distrital e Estadual.¹⁴

Dentre outros assuntos que vieram a ser discutidos no referido conclave científico profissional de enfermagem, se destacaram a redução da carga horária profissional de 40 para 30 horas semanais, melhores condições de trabalho, além do aumento dos profissionais enfermeiros, junto as instâncias representativas dos poderes executivo e legislativo em todo o Brasil.¹⁴ Nesse sentido, se constituiu enquanto objetivo da presente pesquisa, analisar o perfil socioeconômico e sociopolítico dos profissionais de enfermagem candidatos, que se inscreveram para concorrer a vaga de cargo político junto as eleições municipais, realizadas no ano de 2020.

Método

Trata-se de um estudo do tipo exploratório, descritivo, comparativo e caracterizado por uma abordagem quantitativa. Para a elaboração do presente trabalho, foram adquiridos os subsídios junto ao Repositório de Dados Eleitorais (RDE), acessíveis no endereço eletrônico [<https://www.tse.jus.br/eleicoes/estatisticas/repositorio-de-dados-eleitorais-1/repositorio-de-dados-eleitorais>], gerenciados pelo Tribunal Superior Eleitoral (TSE) no sítio eletrônico [<https://www.tse.jus.br/>].

As informações em questão, foram extraídas sistematicamente na segunda quinzena do mês de novembro do ano de 2020, (ou seja, entre os dias 15/11/2020 ao dia 30/11/2020), objetivando com que os mesmos, possuísem maior fidedignidade, em relação ao universo instituído de candidatos inscritos nos processos eleitorais municipais em questão. Se constituíram enquanto profissionais de enfermagem na presente pesquisa, aqueles regidos pela Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (LEPE) de número 7.498/86, regulamentada pelo Decreto de número 94.406/87, sendo os mesmos, o Enfermeiro (ENF), o Técnico em Enfermagem (TEC) e o Auxiliar em Enfermagem (AUX).¹⁵⁻¹⁶

Para se proceder ao processo de análise dos subsídios utilizados na construção da presente pesquisa, foi utilizado o software *Microsoft Excel 2016*®, pertencente ao pacote *Microsoft Office 2016*®, for *Windows*®. Foi desenvolvida análise estatística do tipo descritiva, sendo realizados os cálculos percentuais (%) média e desvio-padrão (DP) e, os resultados gerados, foram apresentados na forma de três (03) tabelas explicativas e de uma (01) figura.

Para o processo de contextualização das evidências geradas, foram realizados levantamentos bibliográficos informatizados junto à bases de dados do tipo eletrônicas, sendo as mesmas a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), o Google Acadêmico (Google Scholar), a Rede de Informação Legislativa e Jurídica (LexML), a Minerva-UFRJ, o Saber-USP, o Repositório Institucional da UnB (RIUnB), o Repositório Institucional da Universidade Federal de São Carlos (RI-UFSCar), a Rede Virtual de Bibliotecas (Rede RVBI) e Teses-FIOCRUZ, adquirindo desta forma, artigos de periódicos científicos, livros, dissertações de mestrado e elementos ligados à legislação brasileira como leis, portarias e decreto governamental.

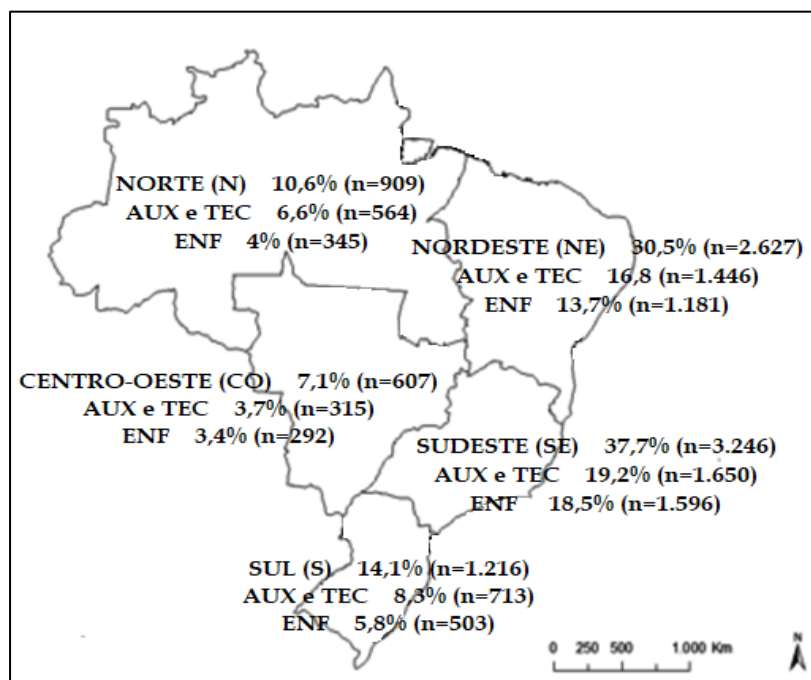
As referências eleitas para implementação da presente pesquisa, se constituem enquanto nacionais e internacionais, estando as mesmas nos idiomas “Inglês” e no “Português”. Para facilitar o processo de análise e contextualização das evidências identificadas, foi utilizada a pesquisa “Perfil da Enfermagem no Brasil”, de responsabilidade do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) em parceria desenvolvida com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) do Ministério da Saúde (MS).^{17,18,19}

A presente pesquisa se constitui enquanto um diagnóstico preciso, caracterizado e detalhado, sobre a situação do universo de profissionais constituintes da categoria de enfermagem, em atuação na nação brasileira, além, do mais vultoso e específico levantamento desta natureza, realizado recentemente na América Latina.^{17,18,19} Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesses.

Resultados

No processo de organização e análise dos dados adquiridos, foi possível verificar que o Sudeste (SE) foi a região brasileira que registrou a maior preponderância de profissionais de enfermagem inscritos para participação no pleito eleitoral nacional de 2020, conforme exposto junto a figura 1. Foi verificado ainda que a região SE registrou a maior preponderância de profissionais AUX, TEC e de ENF inscritos para participação no pleito do ano de 2020.

Figura 1 – Distribuição da frequência de candidatos profissionais de enfermagem por categoria, região brasileira e percentual, inscritos junto aos pleitos eleitorais municipais do ano de 2020 (n=8.605):*,**



Fonte: Adaptado do TSE, 2020.

* Os dados extraídos são fiéis a instituição disponibilizadora.

** Por conta do processo político eleitoral se constituir enquanto algo rápido e em constante modificação, o autor declara a possibilidade de ocorrer modificação(ões), diminuição(ões) ou ampliação(ões) dos dados apresentados na presente produção.

O estado de São Paulo (SP) foi aquele que dentre as outras unidades federativas, que registrou a maior preponderância de candidatos profissionais de enfermagem, inscritos no pleito eleitoral nacional de 2020, registrando um universo de 16% (n=1.377), conforme encontrado junto a tabela 1. Já quando analisada a categoria profissional, foi identificado que Minas Gerais (MG) obteve a maior preponderância de AUX e TEC com 13,5% (n=634) enquanto, SP obteve maior concentração de ENF com 19% (n=744).

Tabela 1 – Distribuição da frequência de candidatos profissionais de enfermagem por categoria, unidades federativas e percentual, inscritos junto aos pleitos eleitorais municipais do ano de 2020 (n=8.605):*,**

UF	TOTAL f (%)	AUX e TEC f (%)	ENF f (%)
São Paulo (SP)	1.377 (16)	633 (13,5)	744 (19)
Minas Gerais (MG)	1.196 (13,9)	634 (13,5)	562 (14,3)
Bahia (BA)	738 (8,6)	443 (9,4)	295 (7,5)
Rio de Janeiro (RJ)	495 (5,8)	281 (6)	214 (5,5)
Paraná (PR)	488 (5,7)	232 (4,9)	256 (6,5)
Rio Grande do Sul (RS)	449 (5,2)	311 (6,6)	138 (3,5)
Pará (PA)	376 (4,4)	234 (5)	142 (3,6)
Maranhão (MA)	371 (4,3)	176 (3,8)	195 (5)
Pernambuco (PE)	355 (4,1)	181 (3,9)	174 (4,4)
Goiás (GO)	311 (3,6)	157 (3,3)	154 (3,9)
Ceará (CE)	304 (3,5)	159 (3,4)	145 (3,7)
Santa Catarina (SC)	279 (3,2)	170 (3,6)	109 (2,8)

Paraíba (PB)	234 (2,7)	123 (2,6)	111 (2,8)
Rio Grande do Norte (RN)	205 (2,4)	133 (2,8)	72 (1,8)
Piauí (PI)	196 (2,3)	98 (2,1)	98 (2,5)
Mato Grosso (MT)	193 (2,2)	103 (2,2)	90 (2,3)
Espírito Santo (ES)	178 (2,1)	102 (2,2)	76 (1,9)
Amazonas (AM)	174 (2)	99 (2,1)	75 (1,9)
Tocantins (TO)	142 (1,7)	91 (1,9)	51 (1,3)
Alagoas (AL)	123 (1,4)	66 (1,4)	57 (1,5)
Mato Grosso do Sul (MS)	103 (1,2)	55 (1,2)	48 (1,2)
Sergipe (SE)	101 (1,2)	67 (1,4)	34 (0,9)
Rondônia (RO)	87 (1)	48 (1)	39 (1)
Amapá (AP)	55 (0,6)	41 (0,9)	14 (0,4)
Acre (AC)	44 (0,5)	32 (0,7)	12 (0,3)
Roraima (RR)	31 (0,4)	19 (0,4)	12 (0,3)
Total	8.605 (100)	4.688 (100)	3.917 (100)

Fonte: Adaptado do TSE, 2020.

* Os dados extraídos são fiéis a instituição disponibilizadora.

** Por conta do processo político eleitoral se constituir enquanto algo rápido e em constante modificação, o autor declara a possibilidade de ocorrer modificação(ões), diminuição(ões) ou ampliação(ões) dos dados apresentados na presente produção.

O perfil socioeconômico dos candidatos profissionais de enfermagem nas eleições de 2020 se constituiu de 54,5% (n=4.688) eram AUX e TEC, 45,5% (n=3.917) eram ENF, 70,7% (n=6.081) eram do sexo feminino, 36,5% (n=3.140) possuíam entre 40 a 49 anos, 48% (n=4.128) eram de cor/raça branca, 45,4% (n=3.906) eram casadas(os), 49,4% (n=4.253) possuíam ensino médio completo (EMC), 99,5% (n=8.566) eram brasileiros natos, conforme exposto na tabela 2.

Tabela 2 - Perfil socioeconômico e sociodemográfico dos candidatos profissionais de enfermagem inscritos junto aos processos eleitorais municipais do ano de 2020, Brasil (n=8.605): *,**

Categorias	f	%
Sexo		
Feminino	6.081	70,7
Masculino	2.524	29,3
Idade		
40 a 49	3.140	36,5
30 a 39	2.320	27
50 a 59	2.065	24
18 a 29	519	6
60 a 69	514	6
70 a 79	42	0,5
80 a 89	4	0,0
90 a 99	1	0,0
Cor/raça		
Branca	4.128	48
Parda	3.364	39,1
Negra	967	11,2
Não informado	89	1
Indígena	37	0,4
Amarela	20	0,2

Estado civil		
Casadas(os)	3.906	45,4
Solteiras(os)	3.402	39,5
Divorciadas(os)	962	11,2
Viúvas(os)	218	2,5
Separadas(os) judicialmente	117	1,4
Escolarização		
Ensino médio completo (EMC)	4.253	49,4
Ensino superior completo (ESC)	3.728	43,3
Ensino superior incompleto (ESI)	320	3,7
Ensino fundamental completo (EFC)	159	1,8
Ensino médio incompleto (EMI)	81	0,9
Ensino fundamental incompleto (EFI)	36	0,4
Lê e escreve	28	0,3
Categorias de enfermagem		
Técnicos e auxiliares em enfermagem	4.688	54,5
Enfermeiras(os)	3.917	45,5
Nacionalidade		
Brasileiro nato	8.566	99,5
Brasileiro naturalizado	39	0,5
Total	8.605	100

Fonte: Adaptado do TSE, 2020.

* Os dados extraídos são fiéis a instituição disponibilizadora.

** Por conta do processo político eleitoral se constituir enquanto algo rápido e em constante modificação, o autor declara a possibilidade de ocorrer modificação(ões), diminuição(ões) ou ampliação(ões) dos dados apresentados na presente produção.

Já em relação ao perfil sociopolítico dos candidatos em questão, foi possível verificar que ele se constituiu de 95,6% (n=8.230) concorreram ao cargo de vereador, 97,1% (n=8.356) não estavam concorrendo à reeleição, 97,1% (n=8.356) concorreram na forma de partido político isolado e 8,9% (n=764) se elegeram pelo partido Movimento Democrático Brasileiro (MDB), conforme exposto na tabela 3.

Tabela 3 – Perfil sociopolítico dos candidatos profissionais de enfermagem inscritos junto aos processos eleitorais municipais do ano de 2020, Brasil (n=8.605):*,**

Categorias	f	%
Cargo político		
Vereador	8.230	95,6
Vice-Prefeito	234	2,7
Prefeito	141	1,6
Reeleição		
Não	8.356	97,1
Sim	249	2,9
Partido isolado ou com coligação		
Partido isolado	8.356	97,1
Coligação	249	2,9
Partidos políticos		
Movimento Democrático Brasileiro (MDB)	764	8,9
Partido Social Democrático (PSD)	633	7,4

Partido Progressistas (PP)	630	7,3
Democratas (DEM)	514	6
Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB)	494	5,7
Partido Democrático Trabalhista (PDT)	482	5,6
Partido Liberal (PL)	471	5,5
Partido Socialista Brasileiro (PSB)	453	5,3
Republicanos (REPUBLICANOS)	446	5,2
Partido dos Trabalhadores (PT)	375	4,4
Partido Trabalhista Brasileiro (PTB)	347	4
Partido Social Liberal (PSL)	331	3,8
Podemos (PODE)	285	3,3
Partido Social Cristão (PSC)	276	3,2
Partido Solidariedade (SOLIDARIEDADE)	272	3,2
Partido Cidadania (CIDADANIA)	253	2,9
Partido Avante (AVANTE)	252	2,9
Partido Republicano da Ordem Social (PROS)	219	2,5
Partido Patriotas (Patriotas)	194	2,3
Partido Verde (PV)	186	2,2
Partido Comunista do Brasil (PC do B)	167	1,9
Partido Trabalhista Cristão (PTC)	120	1,4
Partido Renovador Trabalhista Brasileiro (PRTB)	118	1,4
Rede Sustentabilidade (REDE)	83	1
Partido da Mobilização Nacional (PMN)	70	0,8
Partido Socialismo e Liberdade (PSOL)	64	0,7
Democracia Cristã (DC)	63	0,7
Partido da Mulher Brasileira (PMB)	37	0,4
Partido Novo (NOVO)	4	0,0
Partido Comunista Brasileiro (PCB)	1	0,0
Partido Socialista dos Trabalhadores Unificados (PSTU)	1	0,0
Total	8.605	100

Fonte: Adaptado do TSE, 2020.

* Os dados extraídos são fiéis a instituição disponibilizadora.

** Por conta do processo político eleitoral se constituir enquanto algo rápido e em constante modificação, o autor declara a possibilidade de ocorrer modificação(ões), diminuição(ões) ou ampliação(ões) dos dados apresentados na presente produção.

Discussão

No que se refere a questão do reduzido quantitativo de profissionais de enfermagem inscritos para concorrer a vaga política no pleito eleitoral de 2020, foi identificada correlação com o que é proposto pela literatura científica, quando é defendido por alguns pesquisadores que, são identificadas características e questões que apontam a fragilidade política de profissionais de enfermagem e do enfermeiro, quando analisado por meio de contextos do tipo sócio-históricos²⁰. Desta forma e, historicamente, essa constatação pode estar relacionada a enfermagem se constituir enquanto uma categoria profissional percebida enquanto politicamente recente, sendo a mesma classificada enquanto “enfermagem moderna”, após às mobilizações, engajamento social e militância política implementada por sua matriarca, Florence Nightingale.^{21,22,23}

Em relação a maior preponderância de profissionais de enfermagem inscritos nos pleitos eleitorais de 2020 serem pertencentes ao Sudeste (SE), foi identificado na literatura científica que esse fato está relacionado a esta região se constituir enquanto a mais populosa, quando comparada com as outras.²⁴ Por outro lado, o referido fenômeno também possui relação por conta desta região, apresentar o maior quantitativo de profissionais desta categoria, regularmente

inscritos e no plano gozo de seus direitos laborativos, conforme dados apresentados pelo COFEN, entre os meses de setembro e outubro do ano de 2020.^{25,26}

No que se refere a unidade federativa (UF) de São Paulo (SP) ser aquela que dentre os outros estados brasileiros, registrar a maior preponderância de profissionais de enfermagem inscritos nos pleitos eleitorais de 2020, foi identificada correlação científica, quando foi proposto que ele é o mais populoso em relação aos outros.²⁴ Desta forma e, para outros pesquisadores, os estados de São Paulo (SP), Rio de Janeiro (RJ) e de Minas Gerais (MG) respectivamente, são aqueles que historicamente e hegemonicamente, registraram a maior frequência de formação de agentes componentes desta categoria funcional e ativa de saúde.^{27,28}

Já no que se refere aos profissionais de enfermagem inscritos no pleito eleitoral de 2020, se constituírem enquanto sua maior preponderância de pessoas do sexo feminino, é encontrada correlação com o que se encontra exposto na literatura científica quando é defendido que a mesma é majoritariamente constituída por mulheres, contabilizando aproximadamente o quantitativo de 77%.²⁷ Já para outros pesquisadores, historicamente se pode defender que, com a criação da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, atualmente designada enquanto Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ), fundada no início da década de 1920, as pessoas do sexo masculino foram sendo afastadas da enfermagem mais fortemente.^{27,28,29}

Esse processo foi desenvolvido, a partir da implantação do modelo educacional anglo-americano no Brasil e que, passou a ser padrão para as outras escolas que foram sendo instituídas a partir de então.^{27,29} Não deve ser esquecido que a profissão de enfermeira no passado, era destinada exclusivamente às pessoas do sexo feminino e, nesse sentido, essa condição se manteve aproximadamente, até os anos 70 do século passado.^{27,28,29}

Em relação a maior preponderância identificada de profissionais de enfermagem concorrentes à cargo político, no pleito eleitoral de 2020, possuírem faixa etária entre 40 a 49 anos, foi identificada discordância com a Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, que apontou enquanto mais frequente profissionais possuidores de 31 a 35 anos, computando um universo de 20,3% (n=366.165).^{25,27} Conforme exposto junto a importante pesquisa citada, a faixa etária de 41 a 45 anos registrou o universo de 13,2% (n=238.731) profissionais de enfermagem e a faixa etária de 46 a 50 anos o quantitativo de 10,7% (n=193.835), respectivamente.^{18,27,28}

Nesse contexto, alguns pesquisadores defendem que a enfermagem é uma categoria laborativa que se encontra num processo que pode ser caracterizado enquanto “rejuvenescimento”, pois, é verificado que na mesma, é identificado que 40% do seu contingente possui idade entre 36-50 anos, 38% se encontrava com 26-35 anos e, 2% possuía idade acima de 61 anos.^{19,27,28} Outra questão importante relacionada à referida categoria laborativa é que, 61,7% do total, registrava um universo de 1 milhão e 100 mil trabalhadores que, se encontravam com até 40 anos, o que aponta para a conclusão de que a referida equipe de profissionais, se constituía predominantemente de jovens, e ainda, que 1/4 possuía até 30 anos.^{19,27,28}

No que se refere a maior preponderância de profissionais de enfermagem inscritos no pleito eleitoral de 2020 declararem ser de raça/cor branca, foi

identificada correlação com a literatura científica, conforme se encontra exposto junto a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua) apresentada no ano de 2016, quando é defendido que esse contingente representava 44,2% do total populacional brasileiro, contabilizando o universo de 90,9 milhões de pessoas.³⁰ Para alguns pesquisadores, os profissionais de enfermagem pertencentes as categorias de AUX e TEC, que representam 44,5% declaram serem pardos, 37,6% brancos e 12,9% de raça/cor negra.²⁸

Nesse contexto, pode ser verificado também que, se forem somados os profissionais de enfermagem que declararam serem pardos e negros, será contabilizando o quantitativo de 57,4%.²⁸ Em relação a categoria que analisou o estado civil dos profissionais de enfermagem, foi identificada correlação com o que se encontra sustentado pela literatura científica, pois, segundo a mesma, na pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, implementada no ano de 2013 pelo COFEN/FIOCRUZ, foi identificado um universo de 1.804.535 profissionais regularmente inscritos, sendo que destes, 40,7% (n=734.319) declararam se encontrar casadas(os) e 38% (n=685.249) solteiras(os).³¹

Já no censo realizado pelo COFEN/FIOCRUZ no ano de 2010, foi apontado que a categoria de enfermagem possuía um universo de 1.449.583 profissionais regularmente inscritos e destes, 49,29% (n=714.487) declararam se encontrar solteiras(os) e 34,66% (n=502.487) se encontravam casadas(os), o que indica mudança no perfil dos agentes laborativos em análise, entre os períodos temporários em questão.³² Em relação a categoria escolaridade que identificou a maior preponderância de profissionais de enfermagem, serem possuidores de ensino médio completo (EMC), foi identificada correlação com o que se encontra defendido pela literatura científica quando é exposto que aproximadamente 57,7% possuem a referida escolaridade, sendo a mesma exigida para atuar nos respectivos postos de trabalho em análise.²⁸

Por outro âmbito analítico, chama bastante atenção o fenômeno que aproximadamente 5,7% dos AUX e TEC, ou seja, cerca de 79 mil profissionais apresentarem escolaridade inferior à exigida para exercerem esses postos de trabalho na práxis científica em questão.³³ Nesse sentido, é possível que esse fato em análise esteja direta ou indiretamente relacionado ao que no passado, era conhecido enquanto “atendentes de enfermagem” ou práticos, que foram enquadrados no cargo de AUX, sem a exigência de comprovação.³³

Por outro lado, um dado muito relevante se refere a questão de que, mais de 34,3%, ou seja, 1/3 dos AUX e TEC declararam se encontrar cursando ou ainda, já terem concluído o ensino superior completo (ESC), e desta forma, esse universo de aproximadamente 470 mil trabalhadores, possuem a escolaridade exigida, objetivando atuar junto aos referidos postos de trabalho.^{27,28} Outro fenômeno que chama atenção no processo de análise é que aproximadamente 31,4%, ou seja, 1/3 do contingente de profissionais ENF realizou, antes de adquirir o ESC, o curso TEC ou AUX.^{27,28}

Por outro lado, entre mais de 130 mil profissionais ENF, que tiveram a possibilidade de concluírem o curso AUX e/ou TEC antes de finalizarem o ensino superior, ou seja, aproximadamente 86,1% declararam ter exercido alguma atividade de enfermagem.²⁸ Nesse contexto, pode ser concluído que uma parcela significativa de aproximadamente 31,4% desta força de trabalho (FT) se constitui de profissionais ex-AUX ou ainda, ex-TEC que possuem considerável experiência na práxis de enfermagem.^{27,28}

Já na categoria que identificou que a maior preponderância de profissionais de enfermagem inscritos para participação junto ao pleito eleitoral de 2020, possuíam nacionalidade brasileira, foi identificada correlação junto à literatura científica, quando é defendido que a maioria absoluta da equipe de enfermagem regularmente inscrita junto aos conselhos de regulamentação do exercício profissional é composta por brasileiros natos.^{27,28} Entretanto, para alguns pesquisadores, é interessante que aproximadamente 2.000 profissionais de enfermagem possuíam a época, nacionalidade estrangeira, pois, deles que compõe a FT, cerca de 14% são provenientes do Uruguai, 12,6% são do Peru, 8,5% são de Portugal, 7,4% são de Guiné Bissau e 7,2% são da França.²⁷

Por outro lado, é interessante expor também que, dentre os referidos profissionais de enfermagem naturalizados no Brasil, se destaca ainda a presença de dezoito (18) nações pertencentes aos vários continentes, fenômeno esse que auxilia na composição da FT da enfermagem brasileira, sendo elas a América do Sul com aproximadamente 33,3% (n=6), a Europa com 27,8% (n=5), a América Central com 11,1% (n=2), a África com 11,1% (n=2), a Ásia com 11,1% (n=2) e a América do Norte com 5,6% (n=1).^{27,28}

Em relação a categoria cargo político, foi verificado que vereador foi aquela que registrou a maior preponderância, estando a mesma de comum acordo com o que se encontra junto a literatura, quando é exposto que segundo dados disponibilizados pelo Tribunal Superior Eleitoral (TSE), nas Eleições de 2020, foram disputadas 58.114 por um universo de 518.329 candidatos, efetivando uma relação candidato/vaga de 8,92.³⁴

Outro dado que chama atenção, quando comparado o Pleito Eleitoral de 2016 com o de 2020, é que houve evolução no quantitativo de candidaturas registradas, se ampliando o quantitativo de 496.927 para 557.406 relacionados aos cargos políticos de Prefeito, Vice-Prefeito e de Vereador.³⁴ Historicamente no Brasil, a primeira câmara de vereadores foi instalada no ano de 1532, na capitania hereditária por Martin Afonso de Souza, onde foi fundada a primeira vila brasileira, atualmente conhecida enquanto cidade de São Vicente, localizada no litoral do estado de SP, ficando ela conhecida enquanto "Câmara Vicentina".³⁴

Nesse sentido, o vereador se constitui enquanto o agente político eleito durante o processo conhecido por pleito eleitoral para um mandato de quatro (04) anos, recebendo a investidura de representante legítimo da sociedade e, tendo o papel de ser a ponte entre a população e o Prefeito.³⁵ Etimologicamente, a origem do termo "vereador" está relacionada ao sentido de analisar, avaliar e ainda de verificar e, neste sentido, ele tem a atribuição de realizar denúncias de irregularidades, fiscalizar as contas do Poder Executivo local, elaborar leis, além de desempenhar funções do tipo administrativas na câmara municipal onde atua.³⁵

Segundo preceituado junto à CF 1988, em seu artigo de número 14, podem se candidatar a vereador, quem for alfabetizado, tiver nacionalidade brasileira, gozar do pleno exercício dos direitos políticos, for filiado há mais de um ano a um partido político, tiver no mínimo 18 anos no dia da eleição, tiver domicílio eleitoral na circunscrição há pelo menos um ano, e também, estiver listado eleitoralmente.⁴ Já em seu capítulo IV, que fala dos municípios e no artigo de número 29, é sustentado pela Carta Magna Brasileira que, a "eleição do Prefeito, do Vice-Prefeito e dos Vereadores, para mandato de quatro (4) anos, mediante pleito direto e simultâneo realizado em todo o País.⁴

Nas últimas quinze (15) eleições realizadas entre os anos de 1950-2002,

para concorrer à vaga política junto à Câmara dos Deputados Federais no Brasil, foi verificado que a maioria dos parlamentares se candidatou à reeleição, configurando média de aproximadamente 68%.^{36,37} Para alguns pesquisadores interessados no fenômeno da reeleição, são entendidos enquanto pontos positivos da mesma, além da garantia de alternância no exercício do poder, o desenvolvimento de limitação temporal enquanto forma de certeza contra os poderes excepcionais do titular, sendo notadamente percebido junto aos sistemas políticos do tipo presidencialista.^{38,39}

Também são apontados enquanto pontos positivos relacionados ao fenômeno da reeleição de cargo político por meio do pleito eleitoral, a ampliação da possibilidade de “personalização do exercício do poder”, além da perpetuação do desempenho do cargo de administração.^{38,39} Nesse sentido, existe a intencionalidade por parte do agente político em questão, de permanecer no exercício do comando na posição política, condicionando desta forma, a agenda do governante eleito em seu primeiro mandato, ou ainda, estimulando-o a utilizar de forma caracterizada enquanto “abusiva”, especialmente, no decurso do processo eleitoral.^{37,38,39}

Em relação a categoria que analisou a apresentação dos partidos políticos na forma de isolados ou no desenvolvimento de coligações, foi identificado junto a literatura científica que, elas são de suma importância para as candidaturas nas eleições proporcionais e/ou majoritárias.^{40,41} Nesse sentido e, em relação ao que é defendido no que se refere as coligações partidárias, os partidos políticos usam de inúmeras estratégias, dentre as quais podem ser citadas, a formação dos vários tipos de coligações, para obtenção de recursos como votos, cargos e ainda de políticas.⁴¹

Desta forma, a realização da união entre os partidos políticos, se constitui enquanto uma temática altamente complexa, principalmente, se for levado em conta o grande número de legendas partidárias existentes, como é o caso no Brasil, principalmente em um contexto onde, a maioria delas é fundada apenas, para fins de arrecadação do tipo monetária.^{40,41} Em relação ao MDB ter sido o partido político que registrou a maior preponderância de profissionais de enfermagem, que se candidataram a cargo político nos pleitos eleitorais de 2020, foi verificado correlação com o que se encontra demonstrado junto a literatura, quando é defendido que, a referida legenda partidária, alcançou o maior número de filiados, contabilizando o universo de aproximadamente 2.166.146 no mês de novembro do referido ano.⁴²

Segundo dados extraídos do TSE, o MDB também recebeu a maior quantitativo de votos, contabilizando o universo de aproximadamente 10,9 milhões nos pleitos municipais de 2020.^{42,43} O MDB, anteriormente designado enquanto Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), no pleito eleitoral de 2020 elegeu o maior número de prefeitos (802), vice-prefeitos (673) e vereadores (7.237), se constituindo enquanto a agremiação política brasileira com a maior preponderância de vagas dos referidos cargos políticos.⁴³

Considerações finais

A realização da presente pesquisa verificou o reduzido quantitativo de candidatos pertencentes à categoria de enfermagem, que disputaram o pleito eleitoral de 2020. Desta forma, é verificada a necessidade de serem repensadas estratégias, dispositivos e políticas, que venham permitir a ampliação qualitativa

e quantitativa do universo de profissionais de enfermagem, participantes de disputas nos pleitos eleitorais municipais brasileiros.

Apesar do presente estudo apresentar limitações em sua construção e desenvolvimento, foi possível adquirir um maior entendimento no que se refere ao processo político e também, em relação ao registro de profissionais de enfermagem no pleito municipal analisado. O reduzido quantitativo de registros para participação e engajamento ativo dos profissionais pertencentes a categoria de enfermagem nos pleitos eleitorais, pode fragilizar a representação dos mesmos, junto as instâncias onde são discutidos e decididos os encaminhamentos e rumos a serem tomados, por todos os agentes e instituições constituintes do campo da saúde e também de toda a sociedade.

O fenômeno analisado na presente pesquisa, possivelmente possui relação direta e indireta com às dificuldades existentes dos referidos profissionais do setor saúde, em aprovar antigas reivindicações da categoria, como é o caso da redução da carga horária trabalhista, ampliação das remunerações, salários e gratificações, além de melhoria das condições laborativas profissionais de atuação.

A importância da participação dos profissionais pertencentes à categoria de enfermagem junto aos processos de disputa política na dimensão municipal, estadual e nacional, se justifica enquanto forma eficiente de salvaguarda do direito inalienável à saúde, da defesa do sistema público de saúde e da ampliação às garantias de defesa de todos os vulneráveis pertencentes a sociedade. Cabe também aos vários órgãos de fiscalização do exercício profissional e de defesa da categoria de enfermagem, repensarem metodologias e articulações que contribuam para o aumento no quantitativo de seus profissionais junto aos processos políticos eleitorais municipais em todo o Brasil.

Outros estudos e pesquisas que se proponham analisar o processo de registro para participação de profissionais de enfermagem em pleitos eleitorais municipais, estaduais e federais devem ser incentivados, objetivando permitir a geração de um maior conhecimento em relação a presente temática, sendo a mesma atual e inquietante para um maior crescimento e desenvolvimento desta categoria laborativa.

Agradecimentos

Essa pesquisa não recebeu financiamento para sua realização.

Referências

- 1 – Velloso CM da S, Agra W de M. Elementos de direito eleitoral. 7.ed. São Paulo: Saraiva. 2020. 728p.
- 2 – Medeiros MN. Legislação eleitoral: comentada e anotada, artigo por artigo. 2ed. Salvador: JusPodivm, 2020. 1520p.
- 3 – Brasil. Tribunal Superior Eleitoral. Eleitor. Glossário Eleitoral. Glossário. Termos iniciados com a letra E. Eleição. Disponível em: [<https://www.tse.jus.br/eleitor/glossario/termos-iniciados-com-a-letra-e>]. Acesso em: 01 dezembro 2020.
- 4 – Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm]. Acesso em: 01 de dezembro de 2020.

- 5 – Brasil. Tribunal Superior Eleitoral. Eleitor. Glossário Eleitoral. Glossário. Termos iniciados com a letra E. Eleição municipal. Disponível em: [<https://www.tse.jus.br/eleitor/glossario/termos-iniciados-com-a-letra-e>]. Acesso em: 01 dezembro 2020.
- 6 – Brasil. Tribunal Superior Eleitoral. Eleições. Estatísticas. Estatísticas eleitorais. Eleições de 2020. Disponível em: [<https://www.tse.jus.br/eleicoes/estatisticas/estatisticas-eleitorais>]. Acesso em: 01 de dezembro de 2020.
- 7 – Brasil. Ministério da Economia. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. Disponível em: [<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/panorama>]. Acesso em: 01 de dezembro de 2020.
- 8 – Brasil. Tribunal Superior Eleitoral. Eleições. Estatísticas. Estatísticas eleitorais. Eleições de 2020. Cargo. Tabelas detalhadas (cruzamento de dados). Disponível em: [<https://www.tse.jus.br/eleicoes/estatisticas/estatisticas-eleitorais>]. Acesso em: 01 de dezembro de 2020.
- 9 – Brasil. Tribunal Superior Eleitoral. Eleições. Estatísticas. Estatísticas eleitorais. Eleições de 2020. Candidatos(as) por vaga. Tabela detalhada. Disponível em: [<https://www.tse.jus.br/eleicoes/estatisticas/estatisticas-eleitorais>]. Acesso em: 01 de dezembro de 2020.
- 10 – Brasil. Tribunal Superior Eleitoral. Eleições. Estatísticas. Estatísticas eleitorais. Eleições de 2020. Evolução do eleitorado. Disponível em: [<https://www.tse.jus.br/eleicoes/estatisticas/estatisticas-eleitorais>]. Acesso em: 01 de dezembro de 2020.
- 11 – Brasil. Tribunal Superior Eleitoral. Eleições. Eleições 2020. Normas e documentações. Resolução nº 23.609. Instrução nº 0600748-13.2019.6.00.0000 - classe 11.544. Dispõe sobre a escolha e o registro de candidatos para as eleições. Disponível em: [<https://www.tse.jus.br/eleicoes/eleicoes-2020/normas-e-documentacoes>]. Acesso em: 02 dezembro de 2020.
- 12 – Brasil. Tribunal Superior Eleitoral. Eleições. Eleições 2020. Normas e documentações. Resolução nº 23.611. Instrução nº 0600744-73.2019.6.00.0000 -Classe 11.544. Dispõe sobre os atos gerais do processo eleitoral para as Eleições 2020. Disponível em: [<https://www.tse.jus.br/eleicoes/eleicoes-2020/normas-e-documentacoes>]. Acesso em: 18 novembro de 2020.
- 13 – Conselho Federal de Enfermagem. Deputadas Enfermeiras debatem representação política e Projetos de Lei. As Deputadas Federais Rosane Ferreira (Paraná) e Carmen Zanotto (Santa Catarina) tem em comum o fato de serem Enfermeiras e, portanto, possuírem um olhar diferenciado sobre as questões de saúde. Mais especificamente sobre os Projetos de Lei que interessam à categoria. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/1-2_9459.html]. Acesso em: 03 de dezembro de 2020.
- 14 – Conselho Federal de Enfermagem. 21º Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem. Representatividade política da Enfermagem é debatida no 21º CBCENF. Papel dos profissionais da enfermagem na política deu a tônica do debate que reuniu representantes de todo o país. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/representatividade-politica-da-enfermagem-e-debatida-durante-o-21o-cbcenf_67166.html]. Acesso em: 03 de dezembro de 2020.
- 15 – Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7498.htm]. Acesso em: 04 nov 2020.
- 16 – Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/d94406.htm]. Acesso em: 04 nov 2020.
- 17 – Conselho Federal de Enfermagem. Enfermagem em números. Disponível em:

- [<http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>]. Acesso em: 13 de novembro de 2020.
- 18 - Conselho Federal de Enfermagem. Perfil da enfermagem no Brasil: relatório final. Rio de Janeiro: NERHUS-DAPS-ENSP/Fiocruz, 2017. 748p.
- 19 - Conselho Federal de Enfermagem. Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil. Banco de dados. Disponível em: [<http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/index.html>]. Acesso em: 17 novembro de 2020.
- 20 - Pires MRGM. Enfermeiro com qualidade formal e política: em busca de um novo perfil. 2001. 204 f., il. Dissertação (Mestrado em Política Social) — Universidade de Brasília, Brasília, 2001.
- 21 - Keele M. Florence Nightingale and the nursing legacy. *Med Hist*. 1987; 31(1): 115-6.
- 22 - Baly ME. Florence Nightingale and the nursing legacy. Philadelphia (US): Bain Bridge Books; 1998.
- 23 - Moreschi C, et al. Homenagem a Florence Nightingale e compromisso com a sustentabilidade ambiental. *Revista Baiana de Enfermagem*. 2011; 25(2):203-208. doi: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v25i2.5260>.
- 24 - Neto DG, Junior V. Arraias em rios da região Sudeste do Brasil: locais de ocorrência e impactos sobre a população. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop*. 2010; 43(1):82-88. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822010000100018>.
- 25 - Conselho Federal de Enfermagem. Enfermagem em números. Disponível em: [<http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>]. Acesso em: 13 de novembro de 2020.
- 26 - Conselho Federal de Enfermagem. Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil. Banco de dados. Disponível em: [<http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/index.html>]. Acesso em: 17 novembro de 2020.
- 27 - Machado MH, Filho WA, Lacerda WF de, Oliveira E de, Lemos W, Wermelinger M, Vieira M, Santos MR dos, Junior PB de S, Justino E, Barbosa C. Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico. *Enferm. Foco* 2015;6(1/4):11-17. doi: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2016.v7.nESP.686>.
- 28 - Machado MH, Wermelinger M, Vieira M, Oliveira E de, Lemos W, Filho WA, Lacerda WF de, Santos MR dos, Junior, PB de S, Justino E, Barbosa C. Aspectos gerais da formação da enfermagem: o perfil da formação dos enfermeiros, técnicos e auxiliares. *Enferm. Foco* 2016; 6 (2/4): 15-34. doi: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2016.v7.nESP.687>.
- 29 - Padilha MI, Borenstein MS, Santos I. Enfermagem: história de uma profissão. 2.ed. São Caetano do Sul: Difusão Editora; 2011. 487p.
- 30 - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas. Sociais. População. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD Contínua. Disponível em: [<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9171-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-mensal.html?=&t=downloads>]. Acesso em: 10 de fevereiro de 2021.
- 31 - Conselho Federal de Enfermagem. Perfil da Enfermagem no Brasil. Bloco de Identificação Sócio-Econômica da Equipe de Enfermagem. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/blocoBr/Blocos/Bloco1/bl_ident-socio-economica-equipe.pdf]. Acesso em: 02 de fevereiro de 2021.
- 32 - Conselho Federal de Enfermagem. Comissão de Business Intelligence. Produto 2: Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais. 2011. 71p. Disponível em: [<http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/pesquisaprofissionais.pdf>]. Acesso em: 02 de fevereiro de 2021.
- 33 - Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.189, de 18 de dezembro de 2009. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3189_18_12_2009.html]. Acesso em: 02 de fevereiro de 2021.

- 34 – Tribunal Superior Eleitoral. Eleições. Estatísticas. Estatísticas eleitorais. Evolução de candidaturas. Disponível em: [<https://www.tse.jus.br/eleicoes/estatisticas/estatisticas-eleitorais>]. Acesso em: 01 de fevereiro de 2021.
- 35 – Senado Federal. Interlegis. Página Inicial. Comunicação. Notícias. 2010. Setembro. 1º de outubro - Dia Nacional do Vereador. Disponível em: [<https://www.interlegis.leg.br/comunicacao/noticias/2010/09/1o-de-outubro-dia-nacional-do-vereador>]. Acesso em: 01 de fevereiro de 2021.
- 36 – Pereira C, Renno L. O que é que o reeleito tem? O retorno: o esboço de uma teoria da reeleição no Brasil. Rev. Econ. Polit. 2007;27(4):664-683.
- 37 – Santos F, Renno L. The Selection of Committee Leadership in the Brazilian Chamber of Deputies. The Journal of Legislative Studies. 2004;10(1):50-70.
- 38 – Barreto AA de B. Reelection para o executivo municipal no Brasil (2000-2008). Revista Debates. 2009;3(2):97-115. doi: <https://doi.org/10.22456/1982-5269.10982>.
- 39 – Sartori G. Engenharia constitucional. Brasília: UnB, 1996.
- 40 – Barreto AA de B. Reelection parlamentar: reflexões metodológicas e análise do caso da Câmara de Vereadores de Pelotas (1976-2004). Opinião Pública. 2008;14(1):123-148.
- 41 – Aquino LMC, Cunha PR. Coligações partidárias: aspectos gerais e suas variáveis. Revista de Ciências Sociais e Jurídicas. 2019;1(1):17-28.
- 42 – Tribunal Superior Eleitoral. Eleitor. Estatísticas do eleitorado. Estatísticas do eleitorado. Eleitores filiados. Disponível em: [<https://www.tse.jus.br/eleitor/estatisticas-de-eleitorado/filiados>]. Acesso em: 29 de janeiro de 2021.
- 43 – Movimento Democrático Brasileiro. MDB fica em primeiro lugar em todos os rankings das eleições de 2020. Disponível em: [<https://www.mdb.org.br/mdb-fica-em-primeiro-lugar-em-todos-rankings-da-eleicoes-2020/>]. Acesso em: 02 de fevereiro de 2021.

Autor de Correspondência

Lincoln Agudo Oliveira Benito
SEPN 707/907, Via W 5 Norte, Campus
Universitário. CEP: 70790-075. Asa Norte.
Brasília, Distrito Federal, Brasil.
lincolnbenito@yahoo.com.br

Cirurgias bariátricas realizadas no Brasil, 2011-2019

Bariatric surgeries performed in Brazil, 2011-2019

Cirugías bariátricas realizadas en Brasil, 2011-2019

Lincoln Agudo Oliveira Benito¹, Rosana da Cruz Lima², Margô Gomes de Oliveira Karnikowski³, Izabel Cristina Rodrigues da Silva⁴

Como citar: Benito LAO, Lima R da C, Karnikowski MGO, Silva ICR. Cirurgias bariátricas realizadas no Brasil, 2011-2019. *REVISA*. 2021; 10(1): 181-94. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n1.p181a194>

REVISA

1. Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias e Saúde. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-8624-0176>

2. Hospital das Plásticas de Brasília. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-2881-1193>

3. Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias e Saúde. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-5662-2058>

4. Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias e Saúde. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-6836-3583>

Recebido: 18/10/2020

Aprovado: 28/12/2020

RESUMO

Objetivo: Analisar a frequência de implementação de cirurgias bariátricas (CB) realizadas no "Brasil" entre os anos de "2011 a 2019", ou seja, nove (09) anos. **Método:** Estudo exploratório, descritivo e de abordagem quantitativa. Os dados foram extraídos junto a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM). Foi implementada análise estatística do tipo descritiva. Os resultados foram apresentados por meio de tabelas explicativas e de gráficos. **Resultados:** Foi identificado o universo de 493.212 CB realizadas, com média e desvio padrão de (54.801±11.300,2). O ano de 2019 registrou a maior preponderância com 13,9% (n=68.530) e 2011 registrou a menor preponderância com 7% (n=34.629). Foram identificadas 79,9% (n=394.101) CB financiadas pelos Planos de Saúde, 15,3% (n=75.624) pelo SUS e 4,8% (n=23.487) por instituições particulares. **Considerações finais:** Foi verificado aumento na frequência de registros de CB realizadas no recorte geográfico e histórico analisados.

Descritores: Obesidade; Obesidade mórbida; Cirurgia bariátrica.

ABSTRACT

Objective: To analyze the frequency of implementation of bariatric surgery (CB) performed in "Brazil" between the years "2011 to 2019", that is, nine (09) years. **Method:** Exploratory, descriptive study with a quantitative approach. The data were extracted from the Brazilian Society of Bariatric and Metabolic Surgery (SBCBM). Descriptive statistical analysis was implemented. The results were presented using explanatory tables and graphs. **Results:** The universe of 493.212 CB performed was identified, with a mean and standard deviation of (54,801±11,300.2). The year 2019 registered the highest preponderance with 13.9% (n=68.530) and 2011 registered the lowest preponderance with 7% (n=34.629). 79.9% (n=394.101) CB were financed by Health Plans, 15.3% (n=75.624) by SUS and 4.8% (n=23.487) by private institutions. **Final considerations:** There was an increase in the frequency of CB records made in the analyzed geographical and historical section.

Descriptors: Obesity; Morbid obesity; Bariatric surgery.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la frecuencia de implementación de la cirugía bariátrica (CB) realizada en "Brasil" entre los años "2011 a 2019", es decir, nueve (09) años. **Método:** Estudio exploratorio, descriptivo con enfoque cuantitativo. Los datos fueron extraídos de la Sociedad Brasileña de Cirugía Bariátrica y Metabólica (SBCBM). Se implementó un análisis estadístico descriptivo. Los resultados se presentaron mediante tablas explicativas y gráficos. **Resultados:** Se identificó el universo de 493,212 CB realizados, con una media y desviación estándar de (54,801±11,300.2). El año 2019 registró la mayor preponderancia con 13,9% (n=68.530) y 2011 registró la menor preponderancia con 7% (n=34.629). 79,9% (n=394,101) CB fueron financiados por Planes de Salud, 15,3% (n=75,624) por SUS y 4,8% (n=23,487) por instituciones privadas. **Consideraciones finales:** Hubo un aumento en la frecuencia de registros de CB realizados en el tramo geográfico e histórico analizado.

Descriptores: obesidad; Obesidad morbida; Cirugía bariátrica.

ORIGINAL

Introdução

A obesidade é entendida enquanto uma doença crônica, caracterizada pelo elevado quantitativo de peso corporal, proveniente do acúmulo de tecido adiposo, ou seja, gordura, relacionada ao índice de massa corporal (IMC) igual ou superior de 30.¹ Sua causa é considerada por vários pesquisadores enquanto multifatorial, dependendo da interação de vários fatores, como por exemplo, comportamentais, culturais, genéticos, metabólicos e ainda sociais, sendo que a sua prevalência cresceu muito acentuadamente nas últimas décadas, principalmente nos países em processo de desenvolvimento.¹⁻³

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), desde o ano de 1975, o problema da obesidade quase triplicou em todo o mundo e em 2016, aproximadamente 1,9 bilhão de adultos se encontravam na faixa etária de 18 anos ou mais, poderiam ser classificadas, por se encontrar em sobrepeso e mais de 650 milhões de pessoas, obesas.^{2,3} Nesse contexto, a grande maioria da população mundial vive em nações onde, a questão do excesso de peso e da obesidade mórbida, são responsáveis por ceifar mais vidas de pessoas do que o fenômeno de reduzido peso corporal.³

Ainda no ano de 2016, aproximadamente 39% das pessoas adultas que se encontravam com 18 anos ou mais, se encontravam em sobrepeso e também, 13% poderiam ser classificadas enquanto obesas.^{2,3} A complexidade desta enfermidade é tamanha que, vários problemas de saúde estão a ela relacionados como por exemplo, o IMC elevado, enquanto importante fator de risco para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), doenças cardiovasculares, principalmente doenças cardíacas e também infarto agudo do miocárdio (IAM), que se constituíram enquanto a principal causa de óbito no ano de 2012.³⁻⁴

Outras enfermidades também são relacionadas com a obesidade como a hipertensão arterial (HA), o diabetes mellitus (DM), a síndrome metabólica (SM), a síndrome da apnéia obstrutiva do sono (SAOS), a resistência ao hormônio insulina, os distúrbios musculoesqueléticos, especialmente a osteoartrite, algumas neoplasias como a de cólon, de endométrio, de fígado, de mama, dos ovários, de próstata, dos rins, na vesícula biliar, além de redução da qualidade de vida (QV).²⁻⁵ A complexidade da obesidade é tamanha que, a mesma é descrita na literatura científica, sendo verificado que as pessoas possuidoras da mesma, estão mais predispostas ou ainda, no grupo de risco para a aquisição do COVID-19.⁶⁻⁸

No mês de maio de 2020, a América Latina (AL) foi classificada enquanto o epicentro da pandemia de COVID-19, sendo a mesma entendida enquanto uma região afetada por várias disparidades e diferenças sociais, como por exemplo, a nutrição inadequada das pessoas, o acesso precário aos vários mecanismos e serviços de saúde, e também, por conta da elevada prevalência de DCNT.⁹ Desta forma, a questão da obesidade e suas comorbidades relacionadas, são cada vez mais prevalentes na AL, e nesse sentido, com a ampliação mais acelerada em pessoas que se encontram em situação de vulnerabilidade social, com renda financeira reduzida, dentre outras debilidades, permitiram com que a referida enfermidade, mais facilmente estivesse associada ao aumento da gravidade da COVID-19, além do surgimento de complicações diretas e indiretas e de óbito.⁹

Enquanto forma de combate e controle da obesidade e da obesidade mórbida, a cirurgia bariátrica (CB) surge enquanto forma estratégia e técnica auxiliadora, nas pessoas portadoras dessa enfermidade e de suas várias

comorbidades descritas fortemente, nacionalmente e internacionalmente.^{10,11} Já para outros pesquisadores, este procedimento cirúrgico operatório através de suas técnicas restritivas, disabsortivas e das mistas, atualmente, se constitui enquanto o único tratamento que leva à redução da massa corporal sustentada e prolongada, além da redução da morbimortalidade, melhoria da auto estima e da QV.¹⁰⁻¹³

Enquanto forma de combate e controle do sobrepeso e a obesidade em todas as suas manifestações, o Ministério da Saúde (MS) no Brasil, instituiu pela Portaria de número 2.246/2004, orientações básicas para a implementação das Ações de Vigilância Alimentar e Nutricional, no âmbito das ações básicas de saúde (ABS) do Sistema Único de Saúde (SUS), em todo o território nacional.¹⁴ Já pela Portaria 424/2013, o MS redefiniu as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e da obesidade, como linha de cuidados prioritários da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.¹⁵

Pela Portaria 425/2013 o MS estabeleceu o regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduos com Obesidade.¹⁶ Já pela portaria de número 482/2017 o MS incluiu a CB por Videolaparoscopia na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS e, pela Portaria de número 3.411/2019, é aprovada a Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade, habilitando estabelecimentos de saúde como Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduos com Obesidade, nos estados do Amazonas (AM), Distrito Federal (DF), Minas Gerais (MG), Piauí (PI), Paraná (PR) e Sergipe (SE).¹⁷⁻¹⁸

Nesse sentido, se constituiu enquanto objetivo da presente pesquisa, analisar a frequência de realização de CB realizadas no recorte geográfico formada pelo “Brasil”, no recorte histórico formado pelos anos de “2011 a 2019”, ou seja, nove (09) anos.

Método

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e de abordagem quantitativa. Os dados foram extraídos sistematicamente junto ao portal eletrônico da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM), junto ao endereço eletrônico [<https://www.sbcm.org.br/>]. Foram realizados levantamentos bibliográficos eletrônicos, junto as bases dados informatizadas nacionais e internacionais, sendo as mesmas a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), o Google Acadêmico (Google Scholar), o Saber-USP, a Minerva-UFRJ, o Repositório Institucional-CEUB (RI-CEUB), o Repositório Institucional da UnB (RI-UnB) e o Teses-FIOCRUZ, adquirindo desta forma, artigos de periódicos científicos, produções acadêmicas (trabalhos de conclusão de curso – TCC, tese de doutorado), documentos oficiais, portarias do MS e legislação correlata.

Foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da BVS, sendo os mesmos “Obesidade” com o identificador DeCS “9951” e o ID do descritor “D009765”, “Manejo da obesidade” com o identificador DeCS “57174” e o ID do descritor “D000073319”, “Obesidade mórbida” com o identificador DeCS “19272” e ID do descritor “D009767”, “Cirurgia bariátrica” com o identificador DeCS “51221” e ID do descritor “D050110”, “Gastroplastia” com o identificador DeCS “23642” e o ID do descritor “D015391”, “Derivação gástrica” com o identificador DeCS “23640” e o ID do descritor “D015390”, “Derivação jejunoileal” com o identificador DeCS “24255” e o ID do descritor “D007581”,

“Lipsectomia” com o identificador DeCS “23742” e o ID do descritor “D015187”.

Para o processo de associação e conjugação dos descritores selecionados, foram utilizados os operadores lógicos booleanos de pesquisa “and”, “or” e “not”, conforme metodologia proposta pela *EBSCO Connect*, disponível no endereço do portal eletrônico: https://connect.ebsco.com/s/article/Pesquisa-com-Operadores-Booleanos?language=en_US

Os dados adquiridos junto a SBCBM forma organizados junto ao software Microsoft Excel 2016®, pertencente ao pacote Office 2016® for Windows®, sendo desta forma, possível ser implementada análise estatística do tipo descritiva, sendo realizados os cálculos percentuais (%), média (M_e) e desvio padrão (σ). Os resultados foram apresentados por meio de duas (02) tabelas explicativas e de três (03) figuras. Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesses.

Resultados

No processo de organização e análise dos dados, foi identificado o universo de 493.212 procedimentos cirúrgicos operatórios bariátricos realizados no Brasil, pelos planos de saúde, pelo SUS e ainda particulares, entre os anos de 2011 a 2019, conforme exposto na tabela 1. O ano de 2011 registrou a menor preponderância do recorte histórico e geográfico analisado contabilizando 7% ($n=34.629$) e 2019 registrou a maior preponderância com 13,9% ($n=68.530$).

Tabela 1 – Distribuição do universo de CB registradas por ano, percentual, valor mínimo, valor máximo, média e desvio padrão, no Brasil, 2011-2019 ($n=493.212$): *, **, ***, ****, *****

Ano	f	%	Valor mínimo	Valor máximo	M_e	DP
2019	68.530	13,9				
2018	63.969	13				
2017	61.283	12,4				
2016	62.227	12,6				
2015	58.686	11,9	34.629	68.530	54.801	11.300,2
2014	53.156	10,8				
2013	50.321	10,2				
2012	40.411	8,2				
2011	34.629	7				
Total	493.212	100				

Fonte: Adaptado do MS e da SBCBM, 2021.

* Os dados apresentados são fiéis as instituições disponibilizadoras.

** A CB se constitui enquanto um procedimento operatório que na atualidade vem sendo desenvolvido em grande frequência por conta de vários fatores e, desta forma, pode ocorrer variação(ões), atualização(ões) e ampliação(ões) em seus valores expostos na presente pesquisa.

*** f = frequência.

**** % = percentual.

***** M_e = média.

***** DP = desvio padrão.

No recorte geográfico e histórico analisados, foi verificado ainda média e desvio padrão de ($54.801 \pm 11.300,2$). Já na tabela 2, se encontra exposta a distribuição das CB registradas pelos planos de saúde, pelo SUS e particulares por ano, no Brasil nos anos de 2011 a 2019.

Tabela 2 – Distribuição das CB registradas pelos planos de saúde, pelo Sistema Único de Saúde e P=particulares por ano, no Brasil, 2011-2019 (n=493.212):*,**,***

Ano	Planos de Saúde	%	SUS	%	Particulares	%	Total	%
2019	52.699	13,4	12.568	16,6	3.263	13,9	68.530	13,9
2018	49.521	12,6	11.402	15,1	3.046	13	63.969	13
2017	48.299	12,3	10.064	13,3	2.920	12,4	61.283	12,4
2016	50.443	12,8	8.821	11,7	2.963	12,6	62.227	12,6
2015	48.350	12,3	7.541	10	2.795	11,9	58.686	11,9
2014	43.600	11,1	7.025	9,3	2.531	10,8	53.156	10,8
2013	41.123	10,4	6.802	9	2.396	10,2	50.321	10,2
2012	32.456	8,2	6.031	8	1.924	8,2	40.411	8,2
2011	27.610	7	5.370	7,1	1.649	7	34.629	7
Total	394.101	100	75.624	100	23.487	100	493.212	100

Fonte: Adaptado do MS e da SBCBM, 2021.

* Os dados apresentados são fiéis as instituições disponibilizadoras.

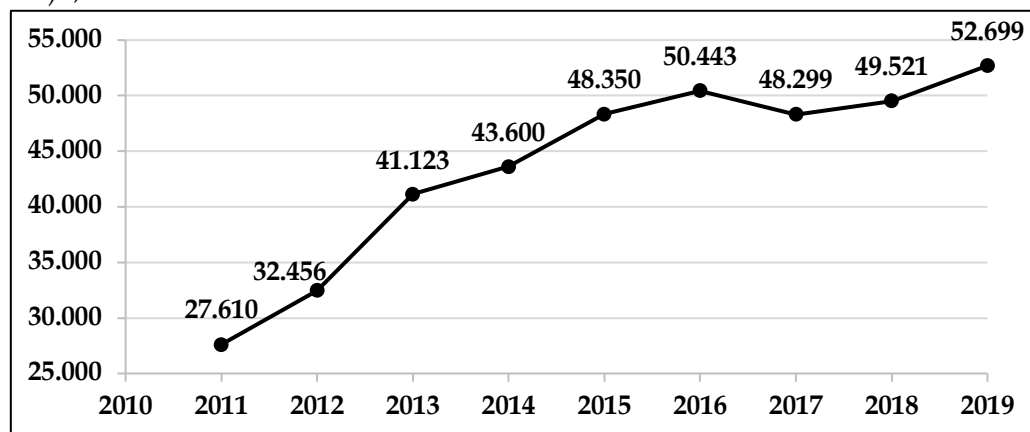
** A CB se constitui enquanto um procedimento operatório que na atualidade vem sendo desenvolvido em grande frequência por conta de vários fatores e, desta forma, pode ocorrer variação(ões), atualização(ões) e ampliação(ões) em seus valores expostos na presente pesquisa.

*** SUS = Sistema Único de Saúde.

No processo de organização e análise dos dados, foi possível ainda identificar que nas CB identificadas, 79,9% (n=394.101) foram implementadas pelos Planos de Saúde, 15,3% (n=75.624) pelo SUS e 4,8% (n=23.487) de forma particular. Na figura 1, é exposta a distribuição das CB registradas pelos planos de saúde, por ano, no recorte geográfico e histórico instituídos na presente pesquisa, sendo identificada ascensão crescente. O ano de 2019 registrou a maior preponderância com 13,4% (n=52.699) e o ano de 2011 a menor com 7% (n=27.610).

Figura 1 - Distribuição das CB registradas pelos planos de saúde, por ano, no Brasil, 2011-2019 (n=394.101):*, **

Fonte:



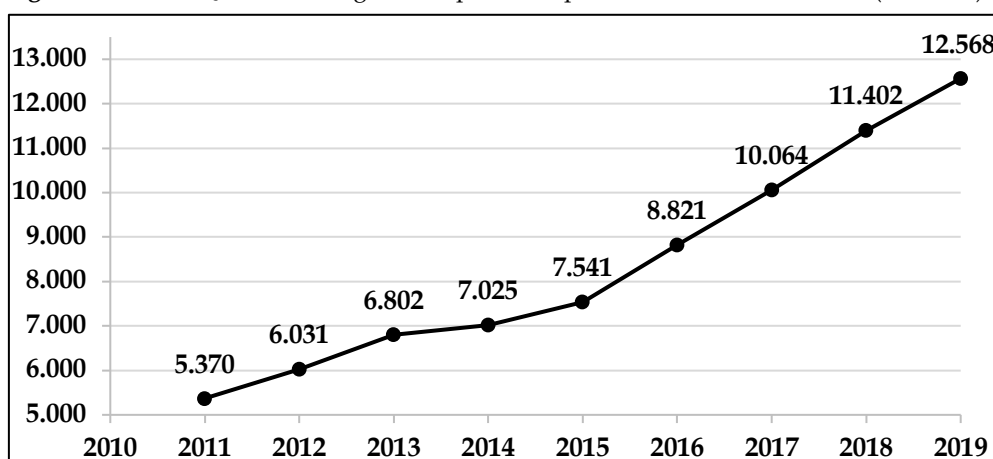
Adaptado do MS e da SBCBM, 2021.

* Os dados apresentados são fiéis as instituições disponibilizadoras.

** A CB se constitui enquanto um procedimento operatório que na atualidade vem sendo desenvolvido em grande frequência por conta de vários fatores e, desta forma, pode ocorrer variação(ões), atualização(ões) e ampliação(ões) em seus valores expostos na presente pesquisa.

Na figura 2 é exposta a distribuição das CB registradas pelo SUS, por ano, no recorte histórico e geográfico instituídos na presente produção, sendo identificada ascensão crescente. O ano de 2019 registrou a maior preponderância dentre os analisados, registrando 16,6% (n=12.568) e o ano de 2011 a menor preponderância com 7,1% (n=5.370), respectivamente.

Figura 2 - Distribuição das CB registradas pelo SUS, por ano, no Brasil, 2011-2019 (n=75.624):*, **



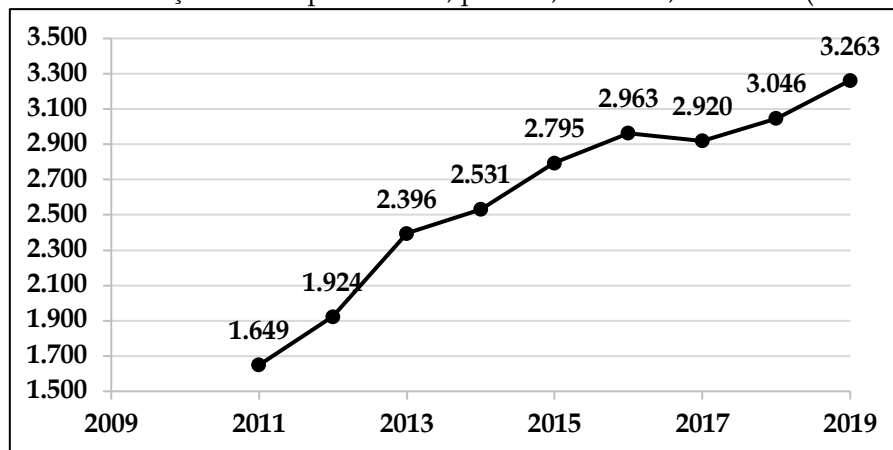
Fonte: Adaptado do MS e da SBCBM, 2021.

* Os dados apresentados são fiéis as instituições disponibilizadoras.

** A CB se constitui enquanto um procedimento operatório que na atualidade vem sendo desenvolvido em grande frequência por conta de vários fatores e, desta forma, pode ocorrer variação(ões), atualização(ões) e ampliação(ões) em seus valores expostos na presente pesquisa.

Na figura 3, é exposta a distribuição das CB financiadas de forma particular por ano, no recorte histórico e geográfico instituídos, sendo possível verificar que o ano de 2019 foi aquele que registrou a maior preponderância desse procedimento cirúrgico operatório com 13,9% (n=3.263) e o ano de 2011 a menor com 7% (n=1.649).

Figura 3 - Distribuição das CB particulares, por ano, no Brasil, 2011-2019 (n=23.487):*, **



Fonte: Adaptado do MS e da SBCBM, 2021.

* Os dados apresentados são fiéis as instituições disponibilizadoras.

** A CB se constitui enquanto um procedimento operatório que na atualidade vem sendo desenvolvido em grande frequência por conta de vários fatores e, desta forma, pode ocorrer variação(ões), atualização(ões) e ampliação(ões) em seus valores expostos na presente pesquisa.

Discussão

A questão do aumento na realização de CB pode ser entendida por conta de vários fenômenos, como por exemplo, a ampliação no quantitativo de pessoas que se encontram em sobrepeso, obesidade ou obesidade mórbida, em todo o mundo, sendo classificado esse fenômeno como uma verdadeira pandemia, identificada em todas as faixas etárias.^{1-5,20-21,24} Dentre as várias políticas adotadas internacionalmente, para combate e controle a obesidade e a obesidade mórbida, bem como, para o combate de seus impactos, pode ser citada a “Estratégia Global

para Alimentação, Atividade Física e Saúde” da OMS.²⁰

Essa importante estratégia internacional, foi adotada pela Assembleia Mundial da Saúde (MAS) no ano de 2004, que propunha em seu corpo, medidas para o apoio de dietas e a regularidade na realização de atividades físicas.²⁰ Outra ação digna de nota, foi a criação pela OMS do “Plano de Ação Global para a Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis 2013-2020”, visando respeitar integralmente os compromissos do que ficou conhecido enquanto Declaração Política das Nações Unidas sobre Doenças Não Transmissíveis.^{2-3,20}

Em relação ao quantitativo de CBs realizadas internacionalmente, os Estados Unidos (EUA) se encontram em primeiro lugar e o Brasil, é considerado o segundo país do mundo, sendo que as mulheres representam aproximadamente 76% dos seus pacientes, segundo dados disponibilizados pela SBCBM e da Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHF).²²⁻²³ Para melhor entendimento das diferentes formas de organização e financiamento deste procedimento operatório no Brasil, é importante lembrar alguns dispositivos legislativos instituídos nacionalmente, como por exemplo, a Lei de número 8.080/90, relacionada às condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, além da organização e funcionamento dos serviços correspondentes.²⁵

Nessa importante lei, é exposto em seu artigo 1º que, a mesma regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.²⁵ A importância da Lei 8.080/90 é tamanha que, nela é defendido em seu artigo 2º que, a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício e, em seu § 1º, é sustentado que é dever do Estado garantir a saúde, pois o mesmo consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.²⁵

Outro importante documento relacionado a questão da saúde no Brasil, é a Lei de número 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e, sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.²⁶ Nessa importante Lei, é exposto que, o SUS, de que trata a Lei nº 8.080/90, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as instâncias colegiadas, sendo elas a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde.²⁶

Já pela Lei Complementar (LC) de número 141/2012, são apresentados os principais percentuais de investimento financeiro em relação aos respectivos municípios, estados e União no que se refere ao SUS, sendo os mesmos definidos, resultante da sanção presidencial da Emenda Constitucional de número 29.^{27,28} Desta forma e, por esta importante Lei, os municípios e o Distrito Federal (DF) devem realizar anualmente aplicação de no mínimo, 15% de sua arrecadação em relação aos impostos em ações e serviços públicos de saúde e, cabendo aos estados aproximadamente 12%.²⁷⁻²⁸

Nesse contexto, é importante apresentar o que se encontra defendido junto a “Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde”, sendo exposta duas de suas diretrizes, na primeira que, toda pessoa tem direito ao acesso a bens e serviços ordenados e organizados para garantia da promoção, prevenção, proteção,

tratamento e recuperação da saúde e ainda, na segunda, que toda pessoa tem direito ao tratamento adequado e no tempo certo para resolver o seu problema de saúde.²⁹ A questão do aumento da realização de CB também encontra relação com o aumento de pessoas que se encontram em obesidade ou obesidade mórbida, conforme defendido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).³⁰

Em sua Pesquisa Nacional de Saúde realizada no ano de 2019 (PNS 2019), realizada em parceria com o MS, é defendido que há aproximadamente dezessete (17) anos, quatro em cada dez brasileiros apresentavam excesso de peso e, na última informação obtida e, na atualidade, são aproximadamente seis em cada dez brasileiros nessa condição.³⁰ Nesse contexto interpretativo e segundo as informações contidas nessa importante pesquisa, aproximadamente 96 milhões de brasileiros se encontram acima do peso e, o resultado obtido pela realização do cálculo do IMC, aponta que as mesmas, se encontram na faixa classificada enquanto sobrepeso ou de obesidade.³⁰

A complexidade deste problema de saúde pública está também relacionada com a porcentagem total de pessoas com obesidade, conforme apresentado nessa importante produção do IBGE, quando é exposto que a mesma, mais que dobrou nesse período, onde anteriormente registrava aproximadamente 12,2%, se ampliando para 26,8%.^{30,31} Um outro fenômeno que possivelmente vem contribuir para o aumento na frequência de realização de CB, é o processo de judicialização da saúde, enquanto forma de garantia do princípio fundamental que é o direito de defesa e de salvaguarda da vida.³²

Nesse sentido, vários pesquisadores se posicionam em suas produções acadêmicas em relação a esta questão, defendendo que na atualidade, vários são os processos jurídicos ajuizados por pessoas obesas e obesas mórbidas para realização deste procedimento cirúrgico operatório e também, de cirurgia plásticas revisionais pós – cirurgias bariátricas (pós-CB).^{32,33} Outra questão que vem contribuir com o aumento na realização de CB no Brasil, são os esforços desenvolvidos pelo órgão máximo da saúde nacional, ou seja, o MS no combate e controle da obesidade e obesidade mórbida, por meio de suas políticas, estratégias e metodologias de ação.³⁴

Nesse contexto, pode ser citada a Portaria de número 5, de 31 de janeiro de 2017, que torna pública a decisão de incorporar o procedimento de CB por videolaparoscopia no âmbito do SUS.³⁴ Já pela Portaria de número 482, datada de 6 de março de 2017, é incluído o procedimento CB por Videolaparoscopia na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS.³⁵

O Conselho Federal de Medicina (CFM) por meio da Resolução de número 1.766/05, estabeleceu normas seguras para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, definindo indicações, procedimentos aceitos e a equipe de atuação.³⁶ Esse importante documento sofreu alterações por meio da resolução do CFM de número 1.942/2010, que estabeleceu normas seguras para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, definindo indicações, procedimentos e a sua equipe.³⁶⁻³⁷

Outra questão que pode ter contribuído com o aumento na frequência de realização de CB foi a incorporação junto a esta técnica da videolaparoscopia, sendo que ela, vem sendo utilizada desde o ano de 1994, com a técnica do tipo mista de derivação gástrica em Y de Roux.³⁸⁻⁴⁰ Essa técnica operatória para redução e controle da obesidade, conjugada com a de videolaparoscopia reduz a possibilidade de desenvolvimento de complicações, quando comparada com a

técnica convencional, além de ser menos invasiva.³⁸⁻⁴⁰

Para alguns pesquisadores, apenas os procedimentos cirúrgicos nomeados de banda gástrica ajustável (BGA), as derivações biliopancreáticas (DBP) e a gastroplastia com derivação gastrojejunal em "Y de Roux" (DGJYR) são na atualidade, amplamente realizadas em todo o mundo.³⁹⁻⁴¹ Nesse contexto interpretativo, apesar destas técnicas terem sido desenvolvidas em meados da década de 60, foi apenas no final dos anos de 90 que foi suscitado um maior interesse nas mesmas e, desta forma, parte do referido interesse se deve por conta do desenvolvimento do acesso destes procedimentos operatórios, utilizando a técnica videolaparoscópica.³⁸⁻⁴¹

Para outros pesquisadores, o elevado interesse pela realização da CB laparoscópica se representa por conta da mesma se constituir enquanto minimamente invasiva, além da grande aderência dos profissionais cirurgiões em utilizá-la em seus procedimentos operatórios, pois, apesar de sua complexidade, ela possui vários pontos positivos a seu favor.⁴⁰⁻⁴²

Tecnicamente, os fatores benéficos das cirurgias laparoscópicas são por exemplo, a ausência de incisão de tamanho elevado, além do uso de CO² e o grau de lesão tecidual reduzido.^{42,43,44} Já para outros pesquisadores, as cirurgias realizadas por videolaparoscopia apresentam vantagens como a deambulação mais precoce do paciente, além da disponibilização de sua alta mais rapidamente, permitindo desta forma a antecipação do retorno à suas atividades habituais, menor comprometimento durante o pós-operatório da função respiratória, o que preserva toda a atividade do músculo diafragmático, além da reduzida formação de aderências, e também, dor(es) de menor intensidade.^{44,45,46}

Outro fator que pode ter contribuído para o aumento na realização da CB no Brasil, foi a contemplação de realização desse procedimento em pessoas que se encontram na faixa etária de 16 e 18 anos, mediante realização de avaliação específica e de pessoas que se acima de 60 anos, após a realização de avaliação do risco-benefício, sendo que estes critérios foram propostos por meio da portaria GM/MS de número 425/2013.¹⁶ Conforme alguns estudiosos, na adolescência, na fase adulta, e ainda, durante a gestação, são identificadas as fases de maior incidência da obesidade, e nesse sentido, o período onde são utilizados inúmeros mecanismos para o emagrecimento, como por exemplo, a realização de dietas e o consumo de remédios, sendo as principais motivações para a realização da CB. a estética e a saúde.⁴⁷⁻⁴⁸

O problema da obesidade e da obesidade mórbida é tamanho que, várias são as tentativas "infrutíferas" implementadas, objetivando o emagrecimento e a sua manutenção, além de ser atingir o peso corporal, considerado ideal e não um peso corporal saudável.⁴⁷⁻⁴⁸ A literatura científica aponta que o emagrecimento gerado pela CB não significa apenas o processo de "desengordar", ou seja, passar de um corpo obeso para um corpo magro, mas sim, a pessoa possuir inúmeros planos, desejos, necessidades, aspirações e sentimentos, por exemplo, de orgulho por ter conseguido realizar a CB, até o seu contrário, ou seja, a culpa e a frustração por ter chegado nessa situação.⁴⁸

Numa pesquisa que analisou a trajetória de pessoas do sexo feminino na busca pelo emagrecimento utilizando a CB, foi verificada a grande influência do que é conhecido enquanto "transformação corporal", vivenciada na identidade das referidas candidatas ao procedimento operatório em questão.^{48,49} Nesse contexto, é verificado que a paciente "cria" para si própria(o), uma "nova realidade", na qual, os seus antigos desejos, hábitos, costumes, valores e crenças,

não serviam mais, necessitando serem substituídos, pois, o corpo de pessoa obesa ou obesa mórbida, tinha sido “transformado”, por meio da realização da CB num corpo magro, em espaço muito curto de tempo, objetivando se adaptar a uma nova realidade, diferente daquela vivida até aquele momento.⁴⁹

Ainda, em relação ao aumento de CB realizadas no recorte geográfico e histórico instituídos, pode ser citada a poderosa influência na contemporaneidade da questão estética, no sentido do “olhar do outro” para com a “minha pessoa”, o que segundo alguns pesquisadores, também marcam fortemente o processo de decisão para realização deste procedimento operatório de redução e controle do peso corporal e combate a obesidade.⁴⁹⁻⁵¹ Segundo a SBCBM, atualmente o SUS conta com aproximadamente 85 serviços de assistência de alta complexidade, para à atenção de pessoas com obesidade e obesidade mórbida em 22 estados, sendo que, os cinco (5) estados da federação, nos quais, não existem esses serviços habilitados para realização de CB são o Amazonas (AM), Roraima (RR), Amapá (AP), Rondônia (RO) e também o Piauí (PI).⁵² Além disso, no Brasil, os custos da obesidade e seus impactos diretos e indiretos aos cofres públicos, podem chegar à aproximadamente 2,4% do produto interno bruto (PIB), sendo o mesmo estimado em cerca de R\$ 84.3 bilhões ao ano (bilhões/ano).⁵²⁻⁵³

Considerações finais

A presente pesquisa demonstrou aumento na frequência de CB realizadas no Brasil nos anos de 2011 a 2019, apontando para a sua importância no combate e no controle da obesidade e de suas comorbidades associadas, em pessoas pertencentes a todas as camadas sociais. Também foi permitida uma maior compreensão, no que se refere a ampliação na realização do procedimento operatório analisado, por conta do aumento no quantitativo de suas diferentes técnicas, incorporação de outras tecnologias em sua realização e ainda, nas mudanças evidenciadas na sociedade durante a contemporaneidade.

Por outro lado, também foram verificados outros fatores que contribuíram para a ampliação na realização da CB, como a maior disponibilização de serviços organizados e gerenciados pelo MS para esse fim, o combate e controle de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) associadas e o aumento no universo populacional brasileiro de pessoas que se encontravam em sobrepeso, obesidade e obesidade mórbida, percebido por conta de pesquisas governamentais. A incorporação de pessoas com dezesseis anos ou mais, além de pessoas com faixa etária superior a sessenta anos, desde que observados os parâmetros estabelecidos de segurança, também contribuiu para o aumento na realização de CB em nossa nação.

Apesar de apresentar algumas limitações em sua constituição, a presente pesquisa, além de cumprir os objetivos propostos, também ofereceu genuína contribuição na elucidação do fenômeno em análise. Por conta da magnitude e da complexidade própria relacionada a obesidade, da obesidade mórbida e da CB, outras pesquisas e produções acadêmicas devem ser incentivadas, objetivando adquirir maior compreensão desta temática tão atual e inquietante.

O paciente submetido a este procedimento cirúrgico e operatório, também deve ser apoiado em todos os momentos que antecedem, durante e após a realização da CB, inclusive enquanto forma de redução dos impactos diretos e indiretos de sua implementação e na sociedade. As associações e agremiações

científicas, interessadas e envolvidas com esse importante e complexo processo, devem redobrar os seus esforços e atenção, objetivando permitir à disponibilização desse importante procedimento, de forma democrática, além de lançar as suas iniciativas na mitigação e eliminação de todos os riscos e vulnerabilidades envolvidas em sua realização.

Os órgãos de classe, responsáveis pela fiscalização do exercício profissional das equipes interdisciplinar, multidisciplinar e transdisciplinar em saúde, também devem participar dos processos e das estratégias que permitam o crescimento e desenvolvimento, inclusive qualitativo, relacionados a este procedimento operatório de redução e controle do peso corporal elevado. Nesse sentido, cabe a sociedade como um todo, desenvolver o cuidado ampliado e a atenção holística, para que a pessoa obesa e obesa mórbida mais harmonicamente, tenham reduzidas as suas vulnerabilidades, derivadas desta enfermidade e de suas inúmeras comorbidades.

Referências

- 1 - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Obesidade e sobrepeso. O que é obesidade. Disponível em: [<https://abeso.org.br/conceitos/obesidade-e-sobrepeso/>]. Acesso em: 14 de fevereiro de 2021.
- 2 - World Health Organization. Home. Newsroom. Fact sheets. Detail. Obesity and overweight. Key facts. Disponível em: [<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>]. Acesso em: 14 de fevereiro de 2021.
- 3 - World Health Organization. Home. Newsroom. Fact sheets. Detail. Obesity and overweight. Key facts. WHO response. Disponível em: [<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>]. Acesso em: 06 de fevereiro de 2021.
- 4 - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Obesidade e síndrome metabólica. O que é síndrome metabólica. Disponível em: [<https://abeso.org.br/conceitos/obesidade-e-sindrome-metabolica/>]. Acesso em: 14 de fevereiro de 2021.
- 5 - Kolotkin RL, Crosby RD, Kosloski KD, Williams GR. Development of a brief measure to assess quality of life in obesity. *Obes Res*. 2001;9(2):102-11. doi: <https://doi.org/10.1038/oby.2001.13>.
- 6 - Yang J, Hu J, Zhu C. Obesity aggravates COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *J Med Virol*. 2021;93:257-261. doi: <https://doi.org/10.1002/jmv.26237>.
- 7 - Yang J, Ma Z, Lei Y. A meta-analysis of the association between obesity and COVID-19. *Epidemiology and Infection*. 2021; 149, E11. doi: <https://doi.org/10.1017/S0950268820003027>.
- 8 - Stefan N, Birkenfeld AL, Schulze MB. Global pandemics interconnected — obesity, impaired metabolic health and COVID-19. *Nat Rev Endocrinol*. 2021; 17, 135-149. doi: <https://doi.org/10.1038/s41574-020-00462-1>.
- 9 - Halpern B, Louzada MLC, Aschner P, et al. Obesity and COVID-19 in Latin America: A tragedy of two pandemics — Official document of the Latin American Federation of Obesity Societies. *Obesity Reviews*. 2021; 22:e13165. doi: <https://doi.org/10.1111/obr.13165>.
- 10 - Buchwald H, Avidor Y, Braunwald E, Jensen MD, Pories W, Kyle F, et al. Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2004;292(14):1724-37. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.292.14.1724>.
- 11 - Braga JGR, Concon MM, Lima AP, Callejas GH, Macedo AC, Cândido EC, Chaim FDM, Utrini MP, Gestic MA, Ramos AC, Cazzo E, Chaim EA. Cirurgia revisional em complicações nutricionais graves após cirurgia bariátrica: relato de 4 casos de uma única instituição e revisão da literatura. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*. 2021; 48, e20202666. doi: <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20202666>.
- 12 - Silva LC, Monteiro EMO. Benefícios da drenagem linfática manual corporal na recuperação funcional de pacientes pós cirurgia bariátrica. *Revista Liberum Accessum*. 2021;7(1):46-56.
- 13 - Brasil. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. Cirurgia bariátrica. Existem três formas básicas de tratamento cirúrgico. Disponível em: [<http://bvsms.saude.gov.br/dicas-em-saude/1087-cirurgia-bariatrica>]. Acesso em: 17 de fevereiro de 2021.
- 14 - Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.246, de 18 de outubro de 2004. Institui e

divulga orientações básicas para a implementação das Ações de Vigilância Alimentar e Nutricional, no âmbito das ações básicas de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, em todo o território nacional. Disponível em: [\[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2246_18_10_2004.html\]](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2246_18_10_2004.html). Acesso em: 15 de fevereiro de 2021.

15 - Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Disponível em: [\[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html\]](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html). Acesso em: 15 de fevereiro de 2021.

16 - Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 425, de 19 de março de 2013. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Disponível em: [\[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html\]](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html). Acesso em: 15 de fevereiro de 2021.

17 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 482, de 6 de março de 2017. Inclui o procedimento Cirurgia Bariátrica por Videolaparoscopia na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: [\[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2017/prt0482_07_03_2017.html\]](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2017/prt0482_07_03_2017.html). Acesso em: 17 de fevereiro de 2021.

18 - Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.411, de 17 de dezembro de 2019. Aprova a Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade e habilita estabelecimentos de saúde como Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade, nos Estados do Amazonas, Distrito Federal, Minas Gerais, Piauí, Paraná e Sergipe. Disponível em: [\[https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-3411-de-17-de-dezembro-de-2019-234039909\]](https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-3411-de-17-de-dezembro-de-2019-234039909). Acesso em: 16 de fevereiro de 2021.

19 - Ebsco Connect. Discovery & Search. Pesquisa com Operadores Booleanos. Disponível em: [\[https://connect.ebsco.com/s/article/Pesquisa-com-Operadores-Booleanos?language=en_US\]](https://connect.ebsco.com/s/article/Pesquisa-com-Operadores-Booleanos?language=en_US). Acesso em: 17 de fevereiro de 2021.

20 - Barreto SM, et al. Análise da estratégia global para alimentação, atividade física e saúde, da Organização Mundial da Saúde. Epidemiol. Serv. Saúde. 2005; 14(1):41-68. doi: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742005000100005>.

21 - Ribeiro Junior, H da C. A pandemia de obesidade entre os jovens. Revista Paulista de Pediatria. 2007; 25(4), 304. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822007000400001>.

22 - Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. Home. Notícias. Notícias destaques. Número de cirurgias bariátricas no Brasil aumenta 46,7%. 2018. Disponível em: [\[https://www.scbcm.org.br/numero-de-cirurgias-bariatricas-no-brasil-aumenta-467/\]](https://www.scbcm.org.br/numero-de-cirurgias-bariatricas-no-brasil-aumenta-467/). Acesso em: 18 de fevereiro de 2021.

23 - Associação Nacional de Hospitais Privados. Hospitais Associados. Todas as notícias. Brasil é segundo colocado no ranking de cirurgias bariátricas. 2015. Disponível em: [\[https://www.anahp.com.br/noticias/noticias-hospitais-membros/brasil-e-segundo-colocado-no-ranking-de-cirurgias-bariatricas/\]](https://www.anahp.com.br/noticias/noticias-hospitais-membros/brasil-e-segundo-colocado-no-ranking-de-cirurgias-bariatricas/). Acesso em: 18 de fevereiro de 2021.

24 - Cameiro JRI, Braga FO, Cabizuca CA, Abi-Abib RC, Cobas RA, Gomes MB. Gestação e obesidade: um problema emergente. Revista HUPE. 2014;13(3):17-24. doi: <https://doi.org/10.12957/rhupe.2014.12130>.

25 - Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: [\[http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm\]](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm). Acesso em: 18 de fevereiro de 2021.

26 - Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. 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. Disponível em: [\[http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm\]](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm). Acesso em: 18 de fevereiro de 2021.

27 - Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

- Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm]. Acesso em: 17 de fevereiro de 2021.
- 28 - Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Emenda constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm]. Acesso em: 17 de fevereiro de 2021.
- 29 - Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 26p.
- 30 - Brasil. Ministério da Economia. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional de Saúde 2019. Percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. 113p.
- 31 - Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa nacional de saúde 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 100p.
- 32 - Moraes IM de. Judicialização do direito à saúde nos casos privados de cirurgia reparadora pós-bariátrica. 2020. Monografia (Graduação em Direito) - Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2020. 46p.
- 33 - Soares SP. Uma análise da cirurgia bariátrica à luz da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos: não-discriminação e não-estigmatização da pessoa com obesidade mórbida. 2017. 233 f. Tese (Doutorado em Bioética) — Universidade de Brasília, Brasília, 2017.
- 34 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Portaria nº 5, de 31 de janeiro de 2017. Torna pública a decisão de incorporar o procedimento de cirurgia bariátrica por videolaparoscopia no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/20784349/doi-2017-02-01-portaria-n-5-de-31-de-janeiro-de-2017-20784263]. Acesso em: 19 de fevereiro de 2021.
- 35 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 482, de 6 de março de 2017. Inclui o procedimento Cirurgia Bariátrica por Videolaparoscopia na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2017/prt0482_07_03_2017.html]. Acesso em: 19 de fevereiro de 2020.
- 36 - Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.766/05. Estabelece normas seguras para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, definindo indicações, procedimentos aceitos e equipe. Disponível em: [<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2005/1766>]. Acesso em: 19 de fevereiro de 2021.
- 37 - Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.942/2010. Altera a Resolução CFM nº 1.766, de 13 de maio de 2005, publicada no Diário Oficial da União em 11 de julho de 2005, Seção I, página 114, que estabelece normas seguras para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, definindo indicações, procedimentos e equipe. Disponível em: [<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2010/1942>]. Acesso em: 19 de fevereiro de 2021.
- 38 - National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: Gastrointestinal surgery for severe obesity. Am J Clin Nutr, 1992;55(2 suppl):615s-619s. doi: <https://doi.org/10.1093/ajcn/55.2.615s>
- 39 - Ogunnaike BO, Jones SB, Jones DB et al. Anesthetic considerations for bariatric surgery. Anesth Analg, 2002;95:1793-1805. doi: <https://doi.org/10.1097/00005539-200212000-00061>
- 40 - Remistico PPJ et al. Impacto da manobra de recrutamento alveolar no pós-operatório de cirurgia bariátrica videolaparoscópica. Rev. Bras. Anestesiol. 2011;61(2):169-176. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-70942011000200006>.
- 41 - Pope GD, Birkmeyer JD, Finlayson SR. National trends in utilization and in-hospital outcomes of bariatric surgery. J Gastrointest Surg. 2002;6(6):855-60; discussion 861. doi: [https://doi.org/10.1016/s1091-255x\(02\)00085-9](https://doi.org/10.1016/s1091-255x(02)00085-9).
- 42 - Cohen RV, Schiavon CA, Pinheiro Filho JC, Correa JLL. Laparoscopia e cirurgia bariátrica. Einstein. 2006; Supl 1: S103-S106.
- 43 - Schauer PR, Sirinek KR. The laparoscopic approach reduces the endocrineresponse to elective cholecystectomy. Am Surg. 1995;61(2):106-111.

- 44 - Cohen RV, Moreira L, Schiavon CA. Metabolic and systemic responses following interventional laparoscopy. Austin: Landes Publishers; 1994.
- 45 - Himmer JP, Putensen C. Comparason of postop-erative respiratory function after laparoscopy onopen laparotomy for cholecystectomy. *Anesthesiology* 1992;77:675-680. doi: <https://doi.org/10.1097/0000542-199210000-00010>
- 46 - Shanta TR, Harden J. Laparoscopy cholecystec-tomy: Anesthesia-related complications andguidelines. *Surgical Laparoscopy & Endoscopy*.1991;1:173-178.
- 47 - Garrido Júnior AB, et al. Cirurgia da obesidade. São Paulo: Atheneu, 2002.
- 48 - Castro MR de, Ferreira MEC, Carvalho RS de, Ferreira VN, Pereira HA do C. Cirurgia Bariátrica: a trajetória de mulheres obesas em busca do emagrecimento. *HU Revista*. 2010;36(1):29-36.
- 49 - Fandiño JNP, et al. Cirurgia bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. 2004;26(1):47-51. doi: <https://doi.org/10.1590/S0101-81082004000100007>.
- 50 - Lipovetsky G, Serroy J. A estetização do mundo: Viver na era do capitalismo artista. São Paulo: Companhia das Letras. 2015, 397p.
- 51 - Lipovetsky G. Da leveza: rumo a uma civilização sem peso. Barueri/SP: Amariyls, 2016. 304p.
- 52 - Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. Home. Cirurgia Bariátrica. Notícias. Notícias destaque. Cirurgia bariátrica cresce 84,73% entre 2011 e 2018. Cirurgias bariátricas realizadas em 2018 representam 0,47% da população elegível ao procedimento. Custo da obesidade. Disponível em: <https://www.sbcm.org.br/cirurgia-bariatrica-cresce-8473-entre-2011-e-2018/>. Acesso em: 19 de fevereiro de 2021.
- 53 - Brasil. Ministério da Saúde. Financiamento público de saúde. Brasília : Ministério da Saúde; 2013.

Autor de Correspondência

Lincoln Agudo Oliveira Benito
SEPN 707/907, Via W 5 Norte, Campus
Universitário. CEP: 70790-075. Asa Norte.
Brasília, Distrito Federal, Brasil.
lincolnbenito@yahoo.com.br

A realidade da sífilis em gestantes: análise epidemiológica entre 2014 e 2018

The reality of syphilis in pregnant women: epidemiological analysis between 2014 and 2018

La realidad de la sífilis en gestantes: análisis epidemiológico entre 2014 y 2018

Debora Faria da Costa¹, Denise Philomene Joseph van Aanholt², Suely Itsuko Ciosak³

Como citar: Costa DF, Aanholt DPJV, Ciosak SI. A realidade da sífilis em gestantes: análise epidemiológica entre 2014 e 2018. REVISA. 2021; 10(1): 195-204. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n1.p195a204>

REVISA

1. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem. São Paulo, São Paulo, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-2630-5510>

2. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem. São Paulo, São Paulo, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-1439-0321>

3. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem. São Paulo, São Paulo, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-5884-2524>

Recebido: 27/10/2020
Aprovado: 19/12/2020

RESUMO

Objetivo: conhecer as gestantes com sífilis no estado de São Paulo, últimos cinco anos disponíveis. **Método:** estudo epidemiológico, quantitativo descritivo transversal, com dados secundários, com diagnósticos notificados (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) - banco de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, das gestantes com sífilis, período 2014-2018. **Resultados:** encontrado 44.894 gestantes com sífilis no estado de SP, com crescimento importante nos dois últimos anos, maior prevalência (53,1%) na idade de 20-29 anos, raças brancas (43,1%), ensino fundamental completo (27,9%) e médio completo (26,1%). Maior percentual de diagnósticos realizado no primeiro trimestre (49,4%) e, 3,9% das gestantes não realizaram tratamento. **Conclusão:** é um agravamento crescente, com baixa qualidade no preenchimento das fichas de notificação, prejudicando a assistência/qualidade do pré-natal, interferindo nas análises adequadas, afetando a tomada de decisão para tratamento correto. Resultados podem auxiliar em ações de educação em saúde e prevenção dos grupos vulneráveis.

Descritores: Sífilis congênita; IST; doenças sexualmente transmissíveis; doenças venéreas bacterianas; treponema pallidum.

ABSTRACT

Objective: to get to know pregnant women with syphilis in the state of São Paulo, the last five years available. **Method:** epidemiological, quantitative, descriptive cross-sectional study, with secondary data, with notified diagnoses (Information System for Notifiable Diseases) - database of the Department of Informatics of the Unified Health System, of pregnant women with syphilis, period 2014-2018. **Results:** found 44,894 pregnant women with syphilis in the state of SP, with significant growth in the last two years, higher prevalence (53.1%) at the age of 20-29 years, white races (43.1%), complete elementary school (27.9%) and complete high school (26.1%). Higher percentage of diagnoses performed in the first trimester (49.4%) and 3.9% of pregnant women did not undergo treatment. **Conclusion:** it is a growing problem, with low quality in filling out the notification forms, impairing the prenatal care / quality, interfering in the appropriate analyzes, affecting the decision-making for correct treatment. Results can assist in health education and prevention of vulnerable groups.

Descriptors: Congenital syphilis; IST; sexually transmitted diseases; bacterial venereal diseases; treponema pallidum.

RESUMEN

Objetivo: conocer mujeres embarazadas con sífilis en el estado de São Paulo, los últimos cinco años disponibles. **Método:** estudio epidemiológico, cuantitativo, descriptivo transversal, con datos secundarios, con diagnósticos notificados (Sistema de Información de Enfermedades Notificables) - base de datos del Departamento de Informática del Sistema Único de Salud, de gestantes con sífilis, período 2014-2018. **Resultados:** se encontraron 44.894 gestantes con sífilis en el estado de SP, con crecimiento significativo en los últimos dos años, mayor prevalencia (53,1%) en la edad de 20-29 años, razas blancas (43,1%), primaria completa (27,9%) y bachillerato completo (26,1%). Mayor porcentaje de diagnósticos realizados en el primer trimestre (49,4%) y 3,9% de gestantes no recibieron tratamiento. **Conclusión:** es un problema creciente, con baja calidad en el llenado de los formularios de notificación, perjudicando la calidad / atención prenatal, interfiriendo en los análisis adecuados, afectando la toma de decisiones para el correcto tratamiento. Los resultados pueden ayudar en la educación sanitaria y la prevención de grupos vulnerables.

Descriptores: Sífilis congénita; IST; enfermedades sexualmente transmisibles; enfermedades venéreas bacterianas; Treponema pallidum.

ORIGINAL

Introdução

Causada por uma bactéria gram-negativa, a sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST), curável e exclusiva do ser humano, que possui como agente etiológico o *Treponema pallidum*. Por ser uma infecção silenciosa, possuir um quadro clínico inicial que pode ser confundido com outras enfermidades, gerar sérias consequências aos infectados e possuir umas das maiores taxas de transmissão, dentre as doenças que podem ser transmitidas durante o ciclo gravídico-puerperal, a sífilis caracteriza um grande problema de saúde pública.¹

A sífilis é dividida em quatro estágios, cada qual contendo sintomas específicos da doença. Inicialmente ocorre a sífilis primária, caracterizada pelo aparecimento de uma lesão indolor única, geralmente nos órgãos genitais, mas que pode surgir também no ânus, orofaringe, lábios ou mãos. Na sífilis secundária, o agente etiológico encontra-se alojado sistemicamente e tem como manifestações o exantema cutâneo rico em treponema. Após esse estágio, a sífilis torna-se latente, uma fase em que é evidenciado o desaparecimento das manifestações clínicas do estágio secundário e, por fim, ocorre a sífilis terciária, que pode se manifestar alguns anos depois, acometendo o sistema nervoso, cardiovascular, mucosas, tecidos e ossos.¹

A transmissão da sífilis, ocorre predominantemente pelo contato sexual, todavia, verifica-se também, a transmissão vertical para o feto ou por via transplacentária, denominada sífilis congênita, que pode ocorrer em qualquer fase gestacional e em qualquer estágio da doença e, é resultado da não testagem para sífilis durante o pré-natal ou tratamento inadequado.²

A sífilis congênita pode ser diagnosticada em dois estágios, precoce e tardia. O quadro clínico do diagnóstico precoce é caracterizado pelos sintomas de prematuridade, baixo peso ao nascer, hepatomegalia, anemia, entre outros. Por outro lado, a sífilis congênita tardia é evidenciada por atraso no desenvolvimento, surdez neurológica, mandíbula curta, crises convulsivas etc.²

Além das disfunções causadas pela manifestação congênita, a sífilis na gestação pode gerar sérios problemas psicoemocionais à gestante, visto que a ocorrência de abortos, natimortos, parto prematuro e morte neonatal são frequentes.²

Durante a gravidez, são realizados diversos exames nas consultas pré-natais, em concordância ao Guia do Pré-Natal na Atenção Básica: Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul. Dentre esses exames, o diagnóstico da sífilis é feito por testes imunológicos e exame direto, realizados no primeiro e no terceiro trimestre de gestação.³

A sífilis é uma doença curável e seu tratamento é feito com doses de Penicilina G Benzatina, de acordo com o estágio, sendo a única opção segura e eficaz para tratar gestantes, devendo ser rigorosamente seguido e respeitado, afim de que, haja garantia no sucesso do recurso terapêutico.¹

Por ser de vital importância para o desempenho da vigilância epidemiológica e consequente controle pelo sistema de saúde, a sífilis adquirida, gestacional e congênita possuem caráter de notificação compulsória, conforme a Portaria vigente do MS.⁴

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que um milhão de gestantes por ano sejam afetadas por essa doença em todo mundo, colocando em risco de morte prematura mais de 200 mil crianças.⁵

Estimativas publicadas pela mesma Organização mostram que, em 2016, havia mais de meio milhão (aproximadamente 661 mil) de casos de sífilis congênita no mundo, resultando em mais de 200 mil natimortos e mortes neonatais.⁶

Em 2014, a OMS estabeleceu como meta menos de meio caso de sífilis para mil nascidos vivos, o Brasil está 16 vezes acima. Em 2007, a taxa de casos era de 1,9 para cada mil crianças nascidas vivas e 10 anos depois foram verificados 8,6 casos para cada mil crianças nascidas vivas.⁷

De acordo com o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS), em 2017 foram notificados no estado de São Paulo 4.013 casos de sífilis congênita e dentre essas, 3.347 gestantes realizaram o pré-natal.⁸ Estima-se que 25,6% dos casos de sífilis na gestação não tratadas resultem em óbitos fetais precoces ou tardios, dos casos notificados ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 4,5% foram casos de natimortos sífilíticos e 3,9% abortos por sífilis.⁹

Diante do exposto, esse estudo se propõe a conhecer como está a sífilis e quem são as gestantes com sífilis no estado de São Paulo, no período de 2014 a 2018, qual a idade, escolaridade e raça das gestantes, bem como verificar a idade gestacional em que ocorreram os diagnósticos e qual esquema de tratamento foi adotado diante desses resultados. Se considerou esse período por ser os últimos cinco anos disponíveis no SINAN, através do banco de dados do DATASUS.

Método

Trata-se de um estudo epidemiológico, quantitativo descritivo transversal, com dados secundários, sendo utilizados os diagnósticos notificados no SINAN, do banco de dados do DATASUS, relativos às gestantes com sífilis no período de 2014 a 2018, considerando como os últimos cinco anos disponíveis no referido banco.

Foram coletados os dados referentes à faixa etária, idade gestacional, escolaridade, raça das gestantes e esquema de tratamento no período proposto.

Em se tratando de um estudo descritivo, a partir dos dados coletados, foram elaborados tabela e gráfico para melhor expor os resultados e elaborar as análises, assim como as discussões.

Por ser um estudo secundário, não foi necessária a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, conforme preconiza a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

Por meio da coleta de dados disponibilizados pelo SINAN, através do banco do DATASUS, e utilizados nesse estudo, encontramos um total de 44.894 gestantes com sífilis no estado de São Paulo, entre 2014 e 2018. Estes achados, apresentados na Figura 1, mostram que ocorreu um aumento significativo de casos ao decorrer dos anos, contudo observa-se um crescimento progressivo na ocorrência de diagnósticos de sífilis em gestantes a partir de 2016.

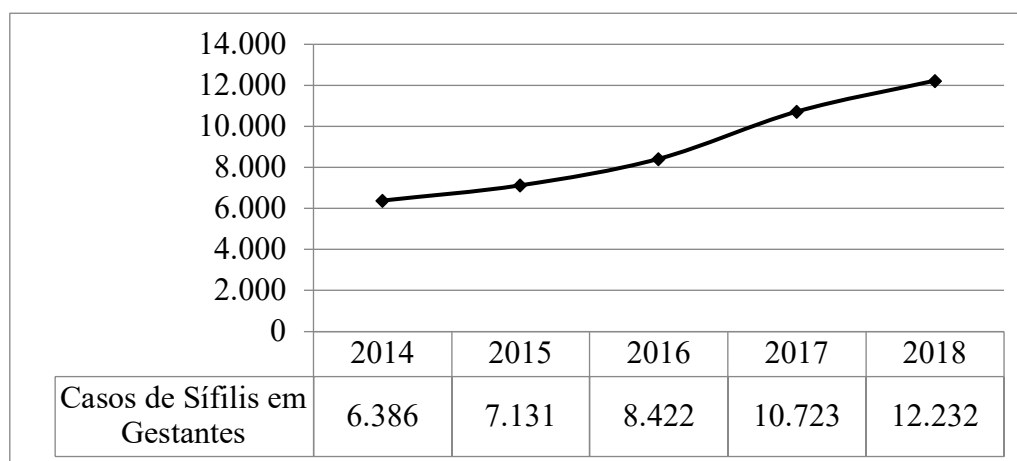


Figura 1-Evolução de casos de Sífilis em Gestantes por ano de diagnóstico, no período de 2014 a 2018, no estado de São Paulo, Brasil, 2020.

Os dados referentes à faixa etária evidenciam que o maior percentual de diagnósticos de sífilis apontado foi entre gestantes na faixa de 20 a 29 anos (53,1%), as outras faixas, 10 a 19 anos e 30 anos ou mais, ocorreram com distribuição mais ou menos semelhantes com 24,0% e 22,9%, respectivamente (Tabela 1)

Tabela 1- Distribuição de casos e percentuais de Sífilis em Gestantes, segundo variáveis demográficas, diagnosticadas entre 2014 e 2018, no estado de São Paulo, Brasil, 2020.

Variáveis	n	%
Faixa Etária^a		
10 a 19 anos	10.769	24,0
20 a 29 anos	23.836	53,1
30 anos ou mais	10.288	22,9
Total	44.893	100
Raça		
Branca	19.338	43,1
Preta	5.240	11,7
Amarela	265	0,6
Parda	17.379	38,7
Indígena	91	0,2
Ignorada	2.581	5,7
Total	44.894	100
Escolaridade^b		
Analfabeto	112	0,3
Fundamental Incompleto	9.816	21,9
Fundamental Completo	12.534	27,9
Médio Completo	11.726	26,1
Superior Completo	633	1,4
Ignorado	10.072	22,4
Total	44.893	100

Idade Gestacional		
1º Trimestre	22.170	49,4
2º Trimestre	12.894	28,7
3º Trimestre	8.647	19,3
Idade Gestacional	1.183	2,6
Ignorada		
Total	44.894	100
Esquema de Tratamento ^c		
Penicilina	41.951	93,4
Outro Esquema	629	1,4
Não Realizado	1.734	3,9
Ignorado	577	1,3
Total	44.891	100

a) 1 notificação não está registrada no SINAN para essa variável, n= 44.893 (total de casos considerados para essa variável)

b) 1 notificação foi classificada no SINAN como 'não se aplica' e não foi incluída na tabela, n= 44.893 (total de casos considerados para essa variável)

c) 3 notificações não estão registradas no SINAN para essa variável, n= 44.891 (total de casos considerados para essa variável)

Em relação à variável raça, o maior número de casos foi encontrado entre gestantes referidas brancas (19.338 – 43,1%), seguidas por mulheres pardas (17.379 – 38,7%). O menor número de casos encontrado foi entre mulheres consideradas indígenas (91 – 0,2%). Ocorre ainda que há um número considerável de 2.581 (5,7%), descritos como ignorados, como pode ser visto na Tabela 1.

Verifica-se que os maiores percentuais para escolaridade se concentraram entre gestantes que possuíam o ensino fundamental completo e médio completo, 27,9% e 26,1% respectivamente. Por outro lado, temos 1,4% de gestantes com curso superior completo. Como na variável anterior, é significativo o percentual dado como ignorados (22,4%), apontado na Tabela 1.

A idade gestacional, dividida trimestralmente, teve o maior percentual de diagnósticos realizados no primeiro trimestre (49,4%). Porém uma parcela importante foi diagnosticada nos trimestres posteriores, com 28,7% no 2º trimestre e 19,3% no último trimestre da gestação (Tabela 1).

Quanto ao esquema de tratamento realizado nas gestantes com sífilis no estado de São Paulo, do total das diagnosticadas, 41.951 (93,4%) gestantes foram tratadas com no mínimo uma dose de penicilina. Tivemos 1.734 (3,9%) gestantes que não realizaram nenhum tratamento, que somados aos ignorados (1,3%), perfazem mais de 5% das gestantes diagnosticadas (Tabela 1), contribuindo para o aumento de nascimentos de portadores com sífilis congênita.

Nas duas variáveis, idade gestacional e esquema de tratamento, foram evidenciados 1.183 (2,6%) e 577 (1,3%) de ignorados, respectivamente, que contribuem para uma leitura da problemática de forma incompleta (Tabela 1).

Constatou-se ainda, que não há consonância dos dados apresentados, ao comparar os resultados dos totais das variáveis dos casos dos diagnósticos, conforme descrevemos na Tabela 1, com um diagnóstico a menos registrado no banco de dados do SINAN nas variáveis faixa etária e escolaridade e três relacionados ao esquema de tratamento.

Discussão

Ao longo dos anos estudados, ocorreu um aumento significativo no número de casos de gestantes com sífilis no estado de São Paulo, tal aumento pode estar relacionado ao programa Rede Cegonha do Sistema Único de Saúde, implementado a partir de 2011⁽¹⁰⁾, que estimula a adesão e o acompanhamento da mulher desde o planejamento familiar, pré-natal, parto até o puerpério. Por outro lado, pode estar associado também à implantação na atenção básica dos testes rápidos para triagem da sífilis e dos exames reagentes (treponêmico e não treponêmico), durante o pré-natal, que auxiliam a ampliação do acesso da população para a detecção da sífilis e consequente diminuição de subnotificações.¹¹⁻¹²

O crescimento progressivo, apresentado a partir de 2016, pode ser explicado pela mudança no critério de definição de casos que passou a considerar as notificações de mulheres durante o pré-natal, parto e/ou puerpério, que independente de apresentarem sintomas ou não, apresentassem algum teste reagente positivo. Até então, eram notificadas como sífilis na gestação apenas as mulheres com diagnósticos realizados durante o pré-natal.¹³

Analisando a faixa etária, evidenciou-se que a maior concentração de gestantes diagnosticadas com sífilis se encontravam entre os 20 a 29 anos, como apontam alguns estudos que reforçam essa tendência de mulheres jovens, sexualmente ativas e em fase reprodutiva.¹³ Tais achados explicitam a necessidade de informações advindas da atenção primária sobre planejamento familiar e de educação em saúde para atividades sexuais protegidas, evitando assim as IST's e as consequências relacionadas, durante e após a gestação, se não tratadas adequadamente.¹²

Os dados apresentados relativos à raça mostram que a maioria das gestantes se autodeclararam brancas e pardas, respectivamente. Esses resultados encontrados, diferem dos dados nacionais^{9,14}, em que a maior porcentagem de sífilis é visto em gestantes autodeclaradas pardas, assim como de estudos realizados em outros estados^{15,16}, como mostra o da cidade de Montes Claros-MG, em que foram encontrados maiores números de casos de sífilis em gestantes que se autorreferiram como pardas.¹⁵

Entretanto, alguns estudos, como o nosso, apontaram maior proporção de sífilis em gestantes que se autodeclararam brancas, como o de São José do Rio Preto-SP¹² e na região sul do Brasil.¹⁷ Tais achados podem ser explicados pela população de mulheres residentes nesses locais serem majoritariamente brancas.¹⁸

A menor porcentagem relacionada à raça, vista nesse estudo, foi entre as mulheres autodeclaradas indígenas e que também, pode ser em decorrência da baixa cobertura nessas localidades, por serem locais que possuem barreiras socioculturais, além das geográficas.¹⁹ Todavia, pode ser indício de subnotificações, como mostra um estudo realizado, no período de 2011 a 2014, na população indígena de Mato Grosso do Sul, onde 45 casos de sífilis gestacional, de um total de 79, não foram notificados ao SINAN, demonstrando um grande número de sub-registros.²⁰

Nossa amostra revelou maior número de gestantes com ensino fundamental completo e médio completo, semelhante a outros estudos nacionais^{12,16-17}, que contrapõem ao estudo realizado em maternidades do sistema público de saúde do Brasil, entre janeiro de 2010 a dezembro de 2011, no qual foi constatado que a maioria de gestantes com sífilis havia concluído apenas o ensino fundamental.¹⁴

Apesar do nível de escolaridade da população estudada ser maior que a média e, ainda, ter encontrado gestantes com nível superior completo, parece haver uma dificuldade de acesso à rede de saúde, de informação, de diagnóstico e tratamento adequado, sendo necessário que ocorram medidas e ações de educação em saúde para este grupo de mulheres jovens e em idades fértil, considerando a vulnerabilidade existente nos grupos sociais em que vivem.¹⁹

Vários estudos expressam a alta vulnerabilidade social em que essas gestantes estão expostas e apontam ainda que, a baixa escolaridade, a faixa etária e raça, influenciam no aumento de casos e contribui para que a sífilis em gestantes e a sífilis congênita continuem sendo um grande problema de saúde pública.^{12,14,19}

A idade gestacional em que é realizado o diagnóstico de sífilis é um importante dado, já que quanto mais tardio o diagnóstico, maior a chance da ocorrência de sífilis congênita e outras consequências para as gestantes e o conceito, já mencionadas nesse estudo. Os resultados apresentados para essa variável mostraram que 49,4% dos diagnósticos foram realizados no primeiro trimestre, sendo esse valor satisfatório e semelhante aos dados nacionais.¹³ A precocidade dos exames é de vital importância, pois o índice de gestantes contaminadas tem sido alarmante, como apontou um estudo realizado em Guarapuava-PR entre 2014 e 2015, em que foi encontrado 24 mulheres, num total de 27 gestantes, com diagnósticos para sífilis no primeiro trimestre de gestação.²¹

Chamou atenção que uma porcentagem significativa, mostrou o diagnóstico para sífilis em gestantes no segundo (28,7%) e terceiro (19,3%) trimestres, resultados preocupantes pelas consequências no feto e que se assemelham ao estudo realizado em Palmas-TO, em que foi detectado 36,8% e 35,1% de diagnósticos tardios, realizados respectivamente no segundo e terceiro trimestre de gestação.¹⁶

O tratamento adequado e seguro para sífilis gestacional, segundo o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de sífilis², é realizado com Penicilina. Nesse estudo, a maioria dos casos de sífilis em gestantes foram tratadas com no mínimo uma dose de penicilina, porém não há informações se o tratamento foi adequado para cada idade gestacional e fase da sífilis. Houve ainda, um percentual significativo de grávidas que não realizaram nenhum tratamento. Esse achado é reproduzido em outro estudo feito com gestantes adolescentes diagnosticadas com sífilis na cidade Curitiba, PR, onde 8,8% delas, também, não realizaram tratamento.²²

A partir desses dados, devem ser questionadas as razões para esse tratamento não ter sido realizado nessas gestantes. Um estudo realizado sobre a relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica identificou que um percentual significativo dos profissionais não administrava penicilina, sendo que apenas 22,71% dos municípios da região Sudeste o tratamento protocolado. Possivelmente, tal dado esteja relacionado com o receio dos profissionais da atenção básica às reações anafilática e à escassez estrutural para lidar com possíveis complicações advindas.²³

As variáveis idade gestacional e esquema de tratamento são importantes para averiguar a qualidade da assistência pré-natal, uma vez que o diagnóstico e o tratamento são realizados nas unidades de atenção primária. Falhas nesse processo resultam em abortos, prematuridade, óbitos, crianças com sífilis congênita, gerando desgastes psicossociais, físicos e emocionais para os

envolvidos, além de maior tempo de hospitalização e maiores custos com a saúde.

A qualidade da assistência pré-natal pode ser notada também, pela qualidade dos registros e notificações, fato não evidenciado nesse estudo. O preenchimento da ficha de notificação de forma incompleta acarreta em graves consequências, visto que a falta de dados inviabiliza ter real precisão da situação da sífilis em gestante nestes grupos populacionais. A baixa qualidade dos registros e as subnotificações de sífilis gestacional dificultam a prevenção de sífilis congênita e possibilita o aumento da curva de casos, consequentemente faz com que essa IST, continue sendo um agravo à saúde pública.

Cabe ainda ressaltar que, os dados registrados no SINAN e disponibilizados pelo DATASUS ainda que possibilitem ter um panorama do agravo, inviabilizam um maior detalhamento da situação de sífilis em gestantes, uma vez que não foi possível o cruzamento entre as variáveis e com isso, a análise pode ter apresentado alguns vieses na interpretação.

Conclusão

Através desse estudo, foi possível evidenciar que a Sífilis ainda continua muito presente na população e expõem diretamente a vulnerabilidade social existente no país. Os resultados mostraram uma casuística crescente, principalmente nos últimos anos e que a maioria das gestantes diagnosticadas com sífilis eram jovens, de 20 a 29 anos, em fase sexual e reprodutiva ativas. Também se evidenciou que mais de 50% das mulheres haviam cursado ensino fundamental e médio, completos e, analisando raça, em sua maioria, eram autodeclaradas brancas, tendo em vista o perfil populacional encontrado no local deste estudo.

Em relação à idade gestacional em que foram realizados os diagnósticos, foi visto que ocorreram majoritariamente no primeiro trimestre, apesar de terem porcentagens significativas nos outros trimestres. Quanto ao esquema de tratamento, como preconizado pelos protocolos vigentes, foi realizado, em mais de 90% dos diagnósticos, com doses de penicilina, porém não há informações se o tratamento foi adequado para cada idade gestacional e fase da sífilis.

Considerando as consequências para os envolvidos, são necessárias ações mais pontuais e direcionadas para cada extrato da população, pois a prevenção, o diagnóstico e o tratamento são realizados na atenção primária.

O auxílio fundamental para o conhecimento desses dados para intervenções futuras, são as notificações e os registros. Uma baixa qualidade no preenchimento desses instrumentos, tendo informações ignoradas ou apresentadas de forma incompleta, além de prejudicar a assistência, é um indício de uma qualidade defasada de pré-natal, o que interfere numa análise apropriada e consequente tomada de decisão, quanto à busca de portadores da sífilis, seus comunicantes e as instituições, do tratamento correto.

Vale lembrar que o diagnóstico da Sífilis é simples, rápido e de fácil acesso à população nas redes de atenção básica à saúde, assim como, o seu tratamento é eficaz, quando realizado adequadamente e de baixo custo, o que não justifica estes resultados encontrados, necessitando maior envolvimento de todos os órgãos de saúde, profissionais, desde a academia, para uma educação efetiva, buscando orientar, prevenir, encaminhar e controlar esta IST, que levam a

consequências tão graves e, que, apesar de novas doenças emergentes, continuam a existir em nosso meio.

Agradecimento

Essa pesquisa não recebeu financiamento para sua realização.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). Atenção Integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST). Brasília; 2015. 1-121 p.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, Sífilis e Hepatites virais. Brasília; 2019. 1-269 p. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1553350612460767>
3. Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul. Guia do pré-natal na atenção básica. 2018;15. Available from: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201901/09090527-guia-pre-natal-na-atencao-basica-web.pdf>
4. Brasil. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Diário of da União. 2016;(32).
5. World Health Organization. Los criterios y procesos para la validación de la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la Sífilis. OMS; 2015;1-32. Available from: <http://www.womenchildrenhiv.org/wchiv?page=gtp-01-sp>
6. Korenromp EL, Rowley J, Alonso M, Mello MB, Wijesooriya NS, Mahiané SG, et al. Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes—Estimates for 2016 and progress since 2012. PLoS One. 2019;14(2):e0211720.
7. Batalha E. Sífilis é epidemia [Internet]. Radis. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2019. Available from: <https://radis.ensp.fiocruz.br/>
8. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios brasileiros. Brasília; 2017.
9. Domingues RMSM, Leal M do C. Incidência de sífilis congênita y factores asociados a la transmisión vertical de la sífilis: datos del estudio Nacer en Brasil. Cad Saude Publica. 2016;32(6): e00082415.
10. Portal da Saúde - SUS. Rede Cegonha. Portal da Saúde - Rede Cegonha; 2016 Available from: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_redecegonha.php
11. Ministério da Saúde. Nota técnica conjunto n.391/2012/SAS/SVS/MS. Realização do teste rápido da sífilis na Atenção Básica no âmbito da rede cegonha; 2012. p. 5. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/redecegonha/nt_n391_sifilis.pdf
12. Maschio-Lima T, Machado IL de L, Siqueira JPZ, Almeida MTG. Epidemiological profile of patients with congenital and gestational syphilis in a city in the State of São Paulo, Brazil. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2019;19(4):865-72.
13. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. Sífilis 2017.

Bol Epidemiológico 2017;48, n.36(2358-9450):41. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2017>

14. Cunha ARC da, Merchan-Hamann E. Sífilis em parturientes no Brasil: prevalência e fatores associados, 2010 a 2011. Rev Panam Salud Pública. 2015;38:479-86.
15. Lafetá KRG, Martelli Júnior H, Silveira MF, Paranaíba LMR. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. Rev Bras Epidemiol. 2016;19:63-74.
16. Cavalcante PA de M, Pereira RB de L, Castro JGD. Syphilis in pregnancy and congenital syphilis in Palmas, Tocantins State, Brazil, 2007-2014. Epidemiol e Serviços Saúde. 2017;26:255-64.
17. Padovani C, Oliveira RR de, Pelloso SM. Syphilis in during pregnancy: association of maternal and perinatal characteristics in a region of southern Brazil. Rev Lat Am Enfermagem. 2018;26.
18. IBGE. Censo demográfico. 2010; Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/>
19. Domingues RMSM, Szwarcwald CL, Souza Junior PRB, Leal M do C. Prevalence of syphilis in pregnancy and prenatal syphilis testing in Brazil: Birth in Brazil study. Rev Saude Publica. 2014;48:766-74.
20. Tiago ZS, Picoli RP, Graeff SV-B, Cunha RV da, Arantes R. Underreporting of gestational, congenital and acquired syphilis among indigenous peoples in Mato Grosso do Sul State, Brazil, 2011-2014. Epidemiol e Serviços Saúde. 2017;26:503-12.
21. Soares LG, Zarpellon B, Soares LG, Baratieri T, Lentsck MH, Mazza V de A. Gestational and congenital syphilis: maternal, neonatal characteristics and outcome of cases. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2017;17(4):781-9.
22. Moroskoski M, Rozin L, Batista MC, Queiroz RO, Silva SP. Perfil de gestantes adolescentes diagnosticadas com sífilis em Curitiba-PR. Rev Saúde Pública do Paraná. 2018;1(1):47-58.
23. Figueiredo DCM de, Figueiredo AM de, Souza TKB de, Tavares G, Vianna RP de T. Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica sobre a incidência de sífilis gestacional e congênita. Cad Saude Publica. 2020;36:e00074519.

Autor de Correspondência

Debora Faria da Costa
Av. Dr. Enéas Carvalho de Aguiar, 419. CEP: 05402-000. Cerqueira César, São Paulo, São Paulo, Brasil.
debora.f.c@usp.br

Variantes do vírus SARS-COV-2 causadoras da COVID-19 no Brasil

Variants of the SARS-COV-2 virus that cause COVID-19 in Brazil

Variantes del virus SARS-COV-2 que causan COVID-19 en Brasil

Lincoln Agudo Oliveira Benito¹, Rosana da Cruz Lima², Ana Maria de Lima Palmeira³, Margô Gomes de Oliveira Karnikowski⁴,
Izabel Cristina Rodrigues da Silva⁵

Como citar: Benito LAO, Lima RC, Palmeira AML, Karnikowski MGO, Silva ICR. Variantes do vírus SARS-COV-2 causadoras da COVID-19 no Brasil. REVISA. 2021; 10(1): 205-19. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n1.p205a219>

REVISA

1. Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-8624-0176>

2. Hospital das Plásticas de Brasília. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-1439-0321>

3. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Direção da Atenção Primária à Saúde, Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Imunização. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-3043-3678>

4. Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-5662-2058>

5. Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-6836-3583>

Recebido: 12/10/2020
Aprovado: 25/12/2020

RESUMO

Objetivo: Analisar as variantes do vírus SARS-COV-2 causadoras da COVID-19 no Brasil, identificadas até fevereiro de 2021. **Método:** Estudo exploratório, descritivo, comparativo e quantitativo. Os dados foram adquiridos no Ministério da Saúde (MS). **Resultados:** Foram identificadas as variantes "VOC B.1.1.7, VOC202012/01 ou 201/501Y.V1" do Reino Unido, a "VOC B.1.351 ou VOC202012/02 ou 20H/501Y.V2" da África do Sul e a "VOC B.1.1.28.1 ou P.1 ou 20J/501Y.V3" do Brasil/Japão. As variantes VOV P.1 e a VOC B.1.1.7 foram as mais preponderantes do Brasil, com o universo de 334 casos, onde a primeira registrou 89,5% (n=299) e a segunda 10,5% (n=35). A região Nordeste (NE) registrou a maior preponderância das duas variantes contabilizando 32,6% (n=109) e o estado da Paraíba (PB) a maior preponderância da variante VOV P.1 com 23,1% (n=69). **Considerações finais:** As mutações do vírus SARS-CoV-2, causador da COVID-19, podem ter causado o surgimento de nova linhagem do vírus em circulação no Brasil. **Descritores:** Variantes; COVID-19 ; Brasil; Epidemiologia.

ABSTRACT

Objective: To analyze the variants of the SARS-COV-2 virus that causes COVID-19 in Brazil, identified until february 2021. **Method:** Exploratory, descriptive, comparative and quantitative study. The data were acquired at the Ministry of Health (MS). **Results:** The variants "VOC B.1.1.7, VOC202012/01 or 201/501Y.V1" from the United Kingdom, "VOC B.1.351 or VOC202012/02 or 20H/501Y.V2" from South Africa and the "VOC B.1.1.28.1 or P.1 or 20J/501Y.V3" from Brazil/Japan. The VOV P.1 and VOC B.1.1.7 variants were the most prevalent in Brazil, with a universe of 334 cases, where the first registered 89.5% (n=299) and the second 10.5% (n=35). The Northeast region (NE) registered the highest preponderance of the two variants accounting for 32.6% (n=109) and the state of Paraíba (PB) the highest preponderance of the VOV P.1 variant with 23.1% (n=69). **Final considerations:** Mutations of the SARS-CoV-2 virus, which causes COVID-19, may have caused the emergence of a new strain of the virus in circulation in Brazil. **Descriptors:** Variants; COVID-19 ; Brazil; Epidemiology.

RESUMEN

Objetivo: Analizar las variantes del virus SARS-COV-2 que causa COVID-19 en Brasil, identificadas hasta febrero de 2021. **Método:** Estudio exploratorio, descriptivo, comparativo y cuantitativo. Los datos se obtuvieron del Ministerio de Salud (MS). **Resultados:** las variantes "VOC B.1.1.7, VOC202012/01 o 201/501Y.V1" del Reino Unido, "VOC B.1.351 o VOC202012/02 o 20H/501Y.V2" de Sudáfrica y el "VOC B.1.1.28.1 o P.1 o 20J/501Y.V3" de Brasil/Japón. Las variantes VOV P.1 y VOC B.1.1.7 fueron las más prevalentes en Brasil, con un universo de 334 casos, donde la primera registró 89,5% (n=299) y la segunda 10,5% (n=35). La región Nordeste (NE) registró la mayor preponderancia de las dos variantes con 32,6% (n=109) y el estado de Paraíba (PB) la mayor preponderancia de la variante VOV P.1 con 23,1% (n=69). **Consideraciones finales:** Las mutaciones del virus SARS-CoV-2, que causa COVID-19, pueden haber causado la aparición de una nueva cepa del virus en circulación en Brasil. **Descriptores:** Variantes; COVID-19 ; Brasil; Epidemiología.

ORIGINAL

Introdução

O COVID-19 é uma doença respiratória surgida recentemente, causada pela síndrome respiratória aguda grave do coronavírus 2 (SARS-CoV-2), caracterizada pelo surgimento de pneumonia, linfopenia, linfócitos “exaustos” e também, por uma verdadeira tempestade de citocinas, se tornando recentemente entendida enquanto uma severa pandemia e complexo problema de saúde pública.^{1,2} Conforme alguns pesquisadores, em dezembro de 2019, foi identificado um novo surto onde, foi possível diagnosticar pneumonia e, que se acreditava ter sido causada possivelmente, por uma nova cepa de Coronavírus, sendo seu início detectado na província de *Hubei*, na *República Popular da China*, junto a cidade de *Wuhan*, se verificando que a mesma se espalhou muito rapidamente para aproximadamente vinte e quatro (24) outras nações.^{2,3}

A presente enfermidade classificada por alguns estudiosos enquanto perigosa e complexa, possivelmente esteja intimamente relacionada ao fenômeno de pessoas que estiveram a ela expostas e, tê-la contraído, em decorrência de se encontrarem num determinado mercado chinês, que comercializava dentre os seus produtos, animais vivos, frutos do mar e muitas outras mercadorias.^{4,5} Já no dia 29 de dezembro de 2019, foram admitidas quatro (04) pessoas diagnosticadas com pneumonia num determinado hospital sediado em *Wuhan*, sendo possível reconhecer que elas haviam desenvolvido atividades laborativas num mercado do tipo atacadista, especializado na disponibilização de frutos do mar em *Huanan*.⁶

O Centro de Controle de Doenças (CDC-China) foi notificado por esta instituição hospitalar, o que permitiu que epidemiologistas e pesquisadores chineses pudessem identificar outros pacientes que estiveram vinculados ao incidente anteriormente verificado no mercado de frutos do mar e congêneres e, em 30 de dezembro de 2019, ano em que foi realizado o registro formal desse fenômeno ao CDC chinês, pelas autoridades competentes responsáveis pela saúde da província de *Hubei*.⁶ Para alguns pesquisadores, foi apontado que a propagação da COVID-19 era tamanha que a mesma se representava e apresentava num crescimento e desenvolvimento muito superior à capacidade de resposta eficiente e eficaz dos vários tipos de serviços de saúde, junto às nações europeias, por conta da complexidade e magnitude desta questão de saúde internacional.⁷

Em 22 de janeiro de 2020 foi fundado no Brasil o Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública (COE-COVID-19) pelo Ministério da Saúde (MS), se constituindo enquanto uma série de ações, estratégias e políticas que foram adotadas, possuindo enquanto objetivo principal, nortear as inúmeras atuações positivas em resposta à emergência de saúde pública nacional e, buscando a implementação de atuações coordenadas no âmbito de todo o Sistema Único de Saúde (SUS).⁶ No dia 30 de janeiro de 2020, após o parecer de vários especialistas e pesquisadores internacionais a Organização Mundial da Saúde (OMS) pôde declarar que o fenômeno em questão, se constituía enquanto uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), após a confirmação do registro de milhares de casos e de centenas de óbitos, diretamente relacionadas ao novo coronavírus COVID-19, derivados dos registros realizados pelas autoridades sanitárias da China.⁸

No Brasil, em 6 de fevereiro de 2020 foi sancionada a Lei de número 13.979, que dispunha sobre as medidas para enfrentamento da emergência de

saúde pública de importância internacional, decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019, se constituindo enquanto um documento legislativo, implementado enquanto forma de apoiar a sociedade civil contra o COVID-19 e os seus impactos.⁹ Esse notório dispositivo legislativo sofreu alterações por meio da Lei de 14.019, de 2 de julho de 2020, objetivando dispor sobre “a obrigatoriedade do uso de máscaras de proteção individual, para circulação em espaços públicos e privados acessíveis, em vias públicas e em transportes públicos, sobre a adoção de medidas de assepsia de locais de acesso, inclusive transportes públicos, e sobre a disponibilização de produtos saneantes aos usuários durante a vigência das medidas para enfrentamento da emergência de saúde coletiva de importância internacional decorrente da pandemia da COVID-19”.¹⁰

A palavra “corona” possui ascendência do latim e possui enquanto significação coroa, identificada essa característica por meio de sua visualização guiada por meio de microscopia do tipo eletrônica, por conta destes vírus se encontrarem na forma de círculos, representando uma espécie de “espículas” que terminam em “gotículas”, parecendo uma verdadeira coroa.¹¹ A patologia que este complexo vírus produz é designada enquanto COVID-19, onde, pode ser entendido que a sigla “CO” significa coroa, “VI” é utilizado para representar um vírus e a letra “D” está relacionada a doença, sendo que no passado, ela era chamada de “2019 novo Coronavírus” ou ainda, de “2019-nCoV”, sendo que o *Coronavirus Study Group of the International Virus Taxonomy Committee* (Grupo de Estudos de Coronavírus do Comitê Internacional de Taxonomia de Vírus) propôs que o vírus se fosse designado de SARS-Cov-2.^{12,13}

Nesse contexto epidemiológico, é apontada a necessidade de desenvolvimento de políticas, estratégias e metodologias de ação, para o controle e proteção da sociedade, dos profissionais da saúde e das pessoas que se encontram mais vulneráveis ao COVID-19, objetivando minimizar a sua transmissibilidade, mortalidade e impactos derivados de sua magnitude.^{14,15} Nesse sentido, se constituiu enquanto objetivo da presente pesquisa, analisar as variantes do vírus SARS-COV-2 causadoras da COVID-19 no Brasil, identificadas até fevereiro do ano de 2021.

Método

Trata-se de uma pesquisa classificada enquanto exploratória, descritiva, comparativa e caracterizada por uma abordagem quantitativa, que objetivou analisar as variantes do vírus “SARS-COV-2” causador da COVID-19, no recorte geográfico formada pelo “Brasil”, identificadas até o período de fevereiro de “2021”. Para facilitar o processo de aquisição dos dados necessários à edificação da presente pesquisa, os mesmos foram adquiridos junto à Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS), acessados em seu portal eletrônico no endereço [<https://www.gov.br/saude/pt-br>].

Os dados relacionados às variantes identificadas do vírus SARS-COV-2 causadores da COVID-19 no Brasil, foram gerados após realização de análise desenvolvida na “Semana Epidemiológica 8” (21/02/2021 a 27/02/2021). Nesse sentido, se compreende que a SVS/MS, desenvolveu o processo de levantamento semanal dos dados junto às respectivas Secretarias Estaduais de Saúde (SES), em relação aos resultados dos sequenciamentos implementados que as mesmas, possuem acesso, no que se refere as notificações.²¹

Também foram realizados levantamentos bibliográficos informatizados junto a base de dados eletrônicas, sendo as mesmas o Google Acadêmico (Google Scholar), a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Minerva-UFRJ, Saber-USP, Teses-FIOCRUZ, adquirindo desta forma artigos de periódicos científicos, documentos oficiais e legislação correlata. Foram também utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da BVS, identificados junto ao endereço eletrônico [<https://decs.bvsalud.org/>], sendo os mesmos, “epidemiologia” com o identificador DeCS “28566” e o ID do descritor “D004813”, “infecções por coronavírus” com o identificador DeCS “31543” e o ID do descritor “D018352”, “inquéritos epidemiológicos” com o identificador DeCS “28627” e o ID do descritor “D006306”, “pandemias” com o identificador DeCS “54399” e o ID do descritor “D058873”, “políticas públicas de saúde” com o identificador DeCS “50207” e o ID do descritor “DDCS050207”, “saúde pública” com o identificador DeCS “28455” e o ID do descritor “D011634”, “síndrome respiratória aguda grave” com o identificador DeCS “37050” e o ID do descritor “D045169”.

Foi utilizado o software Microsoft Excel 2016®, pertencente ao Pacote Microsoft Office 2016® for Windows®, para o processo de organização e análise dos dados adquiridos e, objetivando ampliar o processo interpretativo, foi realizada análise estatística do tipo descritiva, sendo implementados os cálculos percentuais (%). Os resultados foram apresentados no formato de uma (1) tabela explicativa, um (1) quadro e três (3) figuras, sendo que a utilização de mapas das regiões brasileiras e unidades federativas (UF), também se constituíram enquanto estratégias de melhor interpretação dos achados. Os autores da presente pesquisa declaram a inexistência de conflitos de interesses.

Resultados

No processo de organização e análise dos dados, foi possível realizar a identificação de algumas variantes relacionadas ao COVID-19, sendo que as mesmas, se encontravam mais preponderantes junto às nações insulares do Reino Unido (Inglaterra, Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte), África do Sul e Brasil/Japão, conforme exposto junto ao quadro 1. Já no item especificações, foram expostas questões relacionadas ao processo de coleta das amostras biológicas das variantes identificadas do COVID-19, data em que elas foram coletadas, processo de notificação pelas respectivas nações e a sua transmissibilidade local.

Quadro 1 – Distribuição das diferentes variantes identificadas do COVID-19 por localidade e especificações:*

Variantes	Localidade	Especificações
VOC B.1.1.7, VOC202012/01 ou 201/501Y.V1	Reino Unido	Identificada em amostras de “20 de setembro de 2020”, já foi notificada por 94 países, sendo que 8 países notificaram casos na semana anterior à data da publicação. A transmissão local foi informada por 47 países.
VOC B.1.351 ou VOC202012/02 ou 20H/501Y.V2	África do Sul	Identificada em amostras do começo de “agosto de 2020”, já foi notificada por 46 países, sendo que 2 países notificaram casos na semana anterior à data da publicação. A

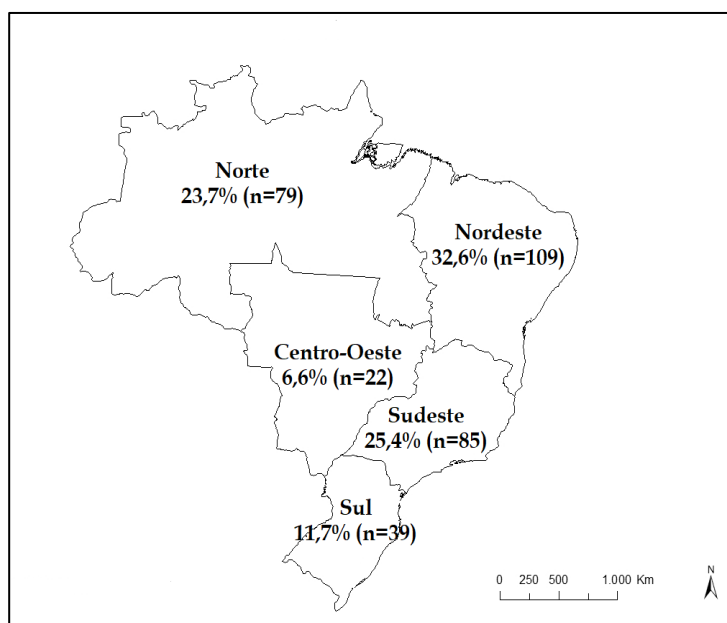
		transmissão local foi informada por 12 países.
VOC B.1.1.28.1 ou P.1 ou 20J/501Y.V3	Brasil/Japão	Identificada em amostras de “dezembro de 2020”, já foi notificada por 21 países, sendo que 6 países notificaram casos na semana anterior à data da publicação. A transmissão local foi informada por 2 países.

Fonte: Adaptado da SVS/MS, 2021.

* Semana Epidemiológica 8 (21 a 27/2/2021).

Já na figura 1, é apresentada a distribuição dos casos registrados de variantes de atenção do COVID-19, segundo às respectivas regiões brasileiras, sendo identificado o universo de 334 registros. A região Nordeste (NE) contabilizou a maior preponderância com 32,6% (n=109) e o Centro-Oeste (CO) a menor com 6,6% (n=22).

Figura 1 - Distribuição dos casos registrados de variantes de atenção VOV P.1 e VOC B.1.1.7, segundo as regiões no Brasil, até a semana epidemiológica 8* (n=334):



Fonte: Adaptado da SVS/MS, 2021.

* Semana Epidemiológica 8 (21 a 27/2/2021).

Quando analisadas as variantes identificadas no Brasil, foi identificado que a “VOV P.1” obteve a maior preponderância com 89,5% (n=299) e a “VOC B.1.1.7” a menor com 10,5% (n=35) conforme exposto na tabela 1. Já quando analisada a maior frequência de variantes de atenção do COVID-19 por unidades federativas (UF), foi verificado que a Paraíba (PB) registrou a maior preponderância com 20,7% (n=69) e a menor preponderância, empatadas cada um com um registro, foram encontrados o Maranhão (MA), o Piauí (PI), Sergipe (SE) e Tocantins (TO) que registraram respectivamente 0,3% (n=1).

Tabela 1 – Distribuição dos casos de variantes de atenção, segundo as unidades federativas, no Brasil até a semana epidemiológica 8 (n=334*):

UF **, ***	VOV P.1 (%)	VOC B.1.1.7 (%)	Total (%)
Paraíba	69 (23,1)	-	69 (20,7)
Amazonas	60 (20,1)	-	60 (18)
São Paulo	41 (13,7)	11 (31,4)	52 (15,6)
Goiás	20 (6,7)	2 (5,7)	22 (6,6)
Paraná	20 (6,7)	2 (5,7)	22 (6,6)
Rio Grande do Norte	15 (5)	-	15 (4,5)
Bahia	11 (3,7)	6 (17,1)	17 (5,1)
Pará	11 (3,7)	-	11 (3,3)
Rio de Janeiro	9 (3)	1 (2,9)	10 (3)
Rio Grande do Sul	9 (3)	-	9 (2,7)
Santa Catarina	8 (2,7)	-	8 (2,4)
Minas Gerais	7 (2,3)	13 (37,1)	20 (6)
Roraima	7 (2,3)	-	7 (2,1)
Ceará	3 (1)	-	3 (0,9)
Espírito Santo	3 (1)	-	3 (0,9)
Alagoas	2 (0,7)	-	2 (0,6)
Maranhão	1 (0,3)	-	1 (0,3)
Piauí	1 (0,3)	-	1 (0,3)
Sergipe	1 (0,3)	-	1 (0,3)
Tocantins	1 (0,3)	-	1 (0,3)
Total	299 (100)	35 (100)	334 (100)

Fonte: Adaptado das Secretarias Estaduais de Saúde (SES), SVS/MS, 2021.

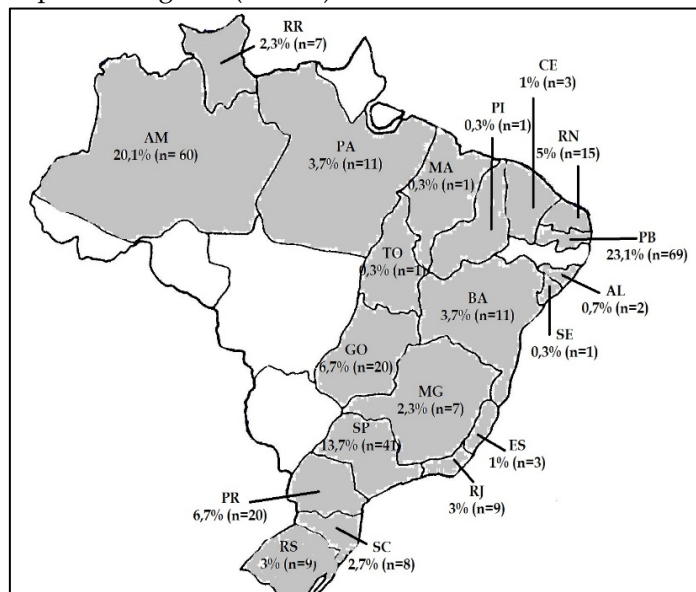
* Dados atualizados em 1º de março de 2021, sujeitos a revisões.

** UF: Unidade federativa.

*** UF onde foi realizada a coleta da amostra.

Na figura 2 é demonstrada esquematicamente a distribuição de casos da variante de atenção do tipo VOV P.1, segundo as UFs brasileiras, até a semana epidemiológica 8, sendo possível identificar o universo de 299 registros, em vinte estados, sendo eles o Amazonas (AM), Alagoas (AL), Bahia (BA), Ceará (CE), Espírito Santo (ES), Goiás (GO), Maranhão (MA), Minas Gerais (MG), Pará (PA), Paraíba (PB), Paraná (PR), Piauí (PI), Rio de Janeiro (RJ), Rio Grande do Norte (RN), Rio Grande do Sul (RS), Roraima (RR), Santa Catarina (SC), São Paulo (SP), Sergipe (SE) e o Tocantins (TO). As UFs do Acre (AC), Amapá (AP), Distrito Federal (DF), Mato Grosso (MT), Mato Grosso do Sul (MS), Pernambuco (PE), Rondônia (RO), não contabilizaram registros de variantes de atenção do tipo “VOV P.1”.

Figura 2 - Distribuição dos casos de variantes de atenção do tipo VOV P.1, segundo as UF, no Brasil até a semana epidemiológica 8 (n=299*):



Fonte: Adaptado das Secretarias Estaduais de Saúde (SES), SVS/MS, 2021.

* Dados atualizados em 1º de março de 2021, sujeitos a revisões.

** UF: Unidade federativa.

*** UF onde foi realizada a coleta da amostra.

Na figura 3, é demonstrada esquematicamente a distribuição de casos da variante de atenção do tipo VOC B.1.1.7, segundo as UFs brasileiras, até a semana epidemiológica 8, sendo possível identificar o universo de 35 em seis (06) estados, sendo eles Bahia (BA), Goiás (GO), Minas Gerais (MG), Paraná (PR), Rio de Janeiro (RJ), São Paulo (SP). As UFs do Acre (AC), Amazonas (AM), Alagoas (AL), Ceará (CE), Distrito Federal (DF), Espírito Santo (ES), Maranhão (MA), Mato Grosso (MT), Mato Grosso do Sul (MS), Pará (PA), Paraíba (PB), Pernambuco (PE), Piauí (PI), Rio Grande do Norte (RN), Rio Grande do Sul (RS), Rondônia (RO), Roraima (RR), Santa Catarina (SC), Sergipe (SE), Tocantins (TO), casos de variantes de atenção do tipo VOC B.1.1.7.

Figura 3 - Distribuição dos casos de variantes de atenção do tipo VOC B.1.1.7, segundo as UF, no Brasil até a semana epidemiológica 8 (n=35*):



Fonte: Adaptado das Secretarias Estaduais de Saúde (SES), SVS/MS, 2021.

* Dados atualizados em 1º de março de 2021, sujeitos a revisões.

** UF: Unidade federativa/ *** UF onde foi realizada a coleta da amostra.

Discussão

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em articulação com as várias autoridades nacionais, instituições de saúde, pesquisadores e especialistas, continua no desenvolvimento atento e monitoramento dos inúmeros eventos de saúde coletiva, intimamente associados direta e indiretamente às variantes do “SARS-CoV-2”, fornecendo atualizações diárias sobre este complexo fenômeno, no momento em que informações se tornam acessíveis.¹⁶ Nesse sentido, é possível inferir que o vírus “SARS-CoV-2”, assim como muitos outros vírus, podem sofrer processos de mutação(ões) esperada(s) e, para ser possível avaliar a sua caracterização do tipo genômica, um determinado quantitativo das suas respectivas amostras, devem ser confirmadas por conta da RT-qPCR que são enviadas para a realização do seu sequenciamento genômico.^{17,18}

Assim, a RT-qPCR se constitui enquanto uma nova técnica laboratorial, atualmente considerada enquanto *gold standard*, ou seja, “padrão ouro”, para o diagnóstico da COVID-19, conforme preceituado pela OMS, se constituindo enquanto uma derivação das descobertas implementadas pelo bioquímico estadunidense Dr. *Karry Mullis* na década de 80, possuindo enquanto uma das suas principais características, a detecção e também, na quantificação do processo de fluorescência, emitida durante cada ciclo de uma reação desenvolvida pela Reação em Cadeia de Polimerase (PCR) e ainda, em relação a sua sensibilidade na constatação de poucas cópias de ácido desoxirribonucleico (DNA) presentes em uma respectiva amostra.^{18,19} Após o processo de caracterização do tipo genômica inicial do “SARS-CoV-2”, este vírus pode ser fragmentado em diferentes grupos genéticos, também conhecidos enquanto clados e, quando surgiram alguns tipos de mutações específicas, estas podem se estabelecer num novo tipo de linhagem, ou seja, outro grupo genético do referido vírus que se encontra em circulação.^{17,18,19}

Segundo o Centro Europeu de Prevenção e Controle das Doenças (*European Centre for Disease Prevention and Control – ECDC*), quando esse fenômeno ocorre, o mesmo, se caracteriza enquanto uma nova forma de variante do respectivo agente viral e, quando as suas respectivas mutações ocasionam no surgimento de alterações relevantes do tipo clínico-epidemiológicas, vai se permitido o surgimento de maior gravidade e ainda, de maior potencial de infectividade.²⁰ Nesse sentido, essa variante é classificada enquanto “VOC”, do idioma inglês, “*variant of concern*”, em português podendo ser traduzido para “variante de atenção” e/ou “preocupação”, sendo que estas variantes de atenção e/ou preocupação (VOC), são indiscutivelmente consideradas enquanto preocupantes, devido às respectivas mutações, que indicam aumento do processo de transmissibilidade e ainda, ao seu agravamento de situação(ões) epidemiológica(s) junto à(s) área(s) onde as mesmas forem respectivamente identificadas.²⁰

Segundo o MS, em 9 de janeiro de 2021 a variante de atenção no Brasil “P.1”, foi identificada inicialmente no Japão, entre alguns viajantes que estiveram no estado de Manaus, no Amazonas (AM) e, dias depois, pesquisadores brasileiros puderam identificá-la em amostras de determinados pacientes também de Manaus, sendo possível realizar a coleta de amostras de material para realização de exames para posterior diagnóstico, em dezembro de 2020.²¹ Desta forma e, considerando que o processo de sequenciamento genômico está sendo

implementado por várias instituições laboratoriais do país e que, nem todos eles pertencem ao que é conhecido enquanto Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, um grande quantitativo de resultados podem ter sido notificados apenas na dimensão municipal ou estadual ou, ainda mesmo, não conseguiram ser notificados a nenhum órgão do Sistema Único de Saúde (SUS).²¹

Por outro lado, os respectivos resultados podem também ter sido apenas depositados junto a sites abertos de sequenciamento genômico, dificultando o processo de registros global dos respectivos casos.^{20,21} No Brasil, a organização do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (SISLAB), foi instituída por meio da portaria do MS de número 2.031, de 23 de setembro de 2004, onde o mesmo se constitui enquanto um conjunto de redes nacionais de laboratórios, organizadas em sub-redes, por agravos ou programas, de forma hierarquizada por grau de complexidade das atividades relacionadas à vigilância em saúde, compreendendo a vigilância epidemiológica e vigilância em saúde ambiental, vigilância sanitária e assistência médica.²²

A complexidade desta temática é tamanha que, analisando a mesma junto ao caribe, foi possível verificar a existência de variantes nos genes “ACE2” e “TMPRSS2”, que se encontravam potencialmente associadas à questão da suscetibilidade ou ainda, à gravidade gerada pelo COVID-19, embora a literatura científica aponte em relação a este assunto, que ela seja esparsa e mal sistematizada.²³ Nesse sentido, é possível inferir que algumas das referidas variantes, estivessem distribuídas de forma diferentes, entre as populações pertencentes ao continente africano, americano, asiático e europeu, ou ainda, se encontravam associadas potencialmente ao processo de ampliação, susceptibilidade e ainda, de sua gravidade em relação ao COVID-19.²³

As autoridades responsáveis no Reino Unido, notificaram no dia 14 de dezembro de 2020 à OMS, a existência de uma variante denominada enquanto “SARS-CoV-2 VOC 202012/01” ou “B.1.1.7.”, sendo que a referida cepa, carregava o quantitativo de aproximadamente 14 mutações definidoras, incluindo 7 junto a proteína S.²⁴ Nesse contexto e, dentre essas 7 citadas, se encontrava a mutação “N501Y”, que se representava associada a uma maior afinidade do vírus, por conta do seu receptor “ACE-2”, o que nesse sentido, pode explicar sua expansão caracterizada de forma rápida.²⁴

A realização de recentes experimentos demonstraram que o processo de “eliminação” de aminoácidos, vem permitir mais facilmente que o novo coronavírus, infecte as estruturas citológicas com maior facilidade, sendo que, até o presente momento, a referida cepa tenha sido encontrada em aproximadamente setenta (70) nações, e destes, o quantitativo de vinte e nove (29) tem a possibilidade de serem transmitidos localmente, o que agravou a(s) condição(ões) epidemiológica(s) junto ao Reino Unido, Portugal e outros países localizados na Europa, em meados de dezembro de 2020 e em janeiro de 2021.²⁵ As autoridades sanitárias nacionais da África do Sul, anunciaram em 18 de dezembro de 2020, a detecção de um novo tipo de variante do “SARS-CoV-2” designada enquanto “B.1.351” (ou 501Y.V2), devido à presença do processo de mutação “N501Y”.²⁶

Não obstante a variante do tipo “B.1.1.7” também tenha desenvolvido a mutação “N501Y”, a realização das análises filogenéticas, demonstraram que a variante classificada enquanto “B.1.351”, detectada junto à África do Sul, possui sua origem diferente.²⁶ O Japão notificou no dia 9 de janeiro de 2021 à OMS, o surgimento de uma nova variante do “SARS-CoV-2”, “P1”, ou seja, a mesma é

inicialmente relatada como “B.1.1.248”, tendo sido possível detectá-la em quatro (04) pessoas do Brasil, que se encontravam viajando, sendo que essa variante não se encontrava geneticamente relacionada às variantes do tipo “SARS-CoV-2 B.1.1.7” e também “B.1.351”, tendo sido identificada no mês de dezembro do ano de 2020, na cidade Manaus no Amazonas (AM), no Brasil.²⁷

Esta variante possui o quantitativo de doze (12) mutações junto a proteína “S”, incluindo três (03) mutações de interesse comum com “B.1.351”, ou seja, “K417N”/“T”, “E484K” e “N501Y”, que podem permitir com que seja afetada a transmissibilidade, além do processo de resposta imune.²⁷ O processo chamado enquanto convergência evolutiva, pode está relacionado com o fenômeno dessas referidas cepas, terem origens descritas enquanto diferentes, entretanto, possuírem os mesmos fenômenos de mutação e, sendo assim, essa designação é dada quando as características são similares e selecionadas em localidades diferentes, porque representam vantagens claras, por exemplo, de transmissibilidade maior e a replicação com sucesso.²⁸

É importante mencionar também, o que foi defendido por alguns pesquisadores, no que se refere a mutação nomeada enquanto “E484K”, em relação a cepa brasileira “P.2”, que foi identificada pela primeira vez no mês de outubro do ano de 2020, sendo defendido que a mesma se constituía enquanto a mais prevalente entre as cepas identificadas em pessoas que se encontravam em tratamento de saúde.²⁹ Desta forma, também foi possível realizar a identificação da existência de outros sinais e sintomas já no mês de novembro, no estado do Rio de Janeiro, no Brasil.²⁹

Conforme os dados derivados da Rede Genômica Fiocruz, presentes no endereço eletrônico [<http://www.genomahcov.fiocruz.br/>], foi possível evidenciar pelos pesquisadores de diversos institutos da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) que, desde os primeiros momentos conhecidos de emergência, em relação às cepas do tipo “P.1” e também “P.2” no mês de outubro de 2020, apenas durante quatro (4) meses, elas eram responsáveis por aproximadamente setenta e cinco por cento (75%) de todas as cepas que haviam sido sequenciadas no território nacional brasileiro.³⁰ São instituições participantes da Rede Genômica Fiocruz, o Instituto Aggeu Magalhães (IAM), o Instituto Carlos Chagas (ICC), o Instituto Oswaldo Cruz (IOC), o Instituto Gonçalo Moniz (IGM), o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS), o Instituto René Rachou (IRR) e o Escritório Técnico do Ceará e a Unidade de Apoio ao Diagnóstico da COVID (UNADIG).³¹

Os dados derivados das pesquisa desenvolvidas pela Rede Genômica Fiocruz e/ou depositados junto à Plataforma GISAID por outras instituições, seguem rigorosamente os padrões internacionais estabelecidos de nomenclaturas relacionadas as viroses respiratórias, das principais linhagens do SARS-CoV-2 encontradas no Brasil.³² Por outro lado, conforme exposto por alguns pesquisadores, na cidade brasileira de Manaus, no Amazonas (AM), entendida enquanto o principal centro financeiro, mercantil e corporativo economicamente da região Norte (N), foi verificado que as duas linhagens identificadas, correspondiam a aproximadamente 97,8% de todas as amostras virais sequenciadas, até o mês de janeiro do ano de 2021.²⁷

Segundo dados disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Manaus (AM) se constitui enquanto a cidade brasileira mais populosa do estado do Amazonas, de toda a Amazônia brasileira, da região Norte (N), estando localizada geograficamente junto ao centro da maior floresta

tropical do mundo e ainda, possuindo uma população estimada em aproximadamente 2.219.580 habitantes no ano de 2020.^{33,34} Além das questões e fatos apresentados, no que se refere a diferentes variantes identificadas do COVID-19 até o presente momento, é verificado junto a literatura científica nacional e internacional, o surgimento de outras no Brasil, na África do Sul, nos Estados Unidos da América (EUA), na França, no Japão e, em muitas outras nações, o que aponta para a importância e a necessidade de maior atenção à referida temática, bem como, para o desenvolvimento de outras ações para o seu combate e controle sistematizado.^{27,35,36,37,38,39,40}

Considerações finais

Por meio da presente pesquisa, foi possível identificar duas (02) variantes relacionadas ao COVID-19 em várias UF's do Brasil, sendo elas a "VOV P.1" e a "VOC B.1.1.7" e nesse sentido, é de fundamental importância que os esforços no combate e controle a esses problemas de saúde pública sejam redobrados. Apesar do estudo possuir limitações, o mesmo ofereceu genuína contribuição no que se refere a um maior conhecimento do surgimento de variantes do COVID-19 no Brasil.

O fenômeno do surgimento de variantes do COVID-19 está intimamente relacionado à várias questões, como por exemplo, a reduzida utilização da máscara de proteção e também de higienização das mãos, utilizando água e sabão e/ou álcool em gel, além da frágil realização de cuidados, como por exemplo, quando tossir ou espirar, cobrir a boca com o antebraço, conforme técnica preconizada. Outra questão também identificada e, que pode estar relacionada, ao surgimento das variantes do COVID-19 no Brasil, é a diminuída implementação do isolamento social, proposto para o combate à(s) aglomeração(ões) de pessoas, desrespeitado por uma parcela considerável da sociedade, constatada fortemente pelos vários veículos informativos, jornalísticos e comunicacionais cotidianos.

Outros fenômenos que podem também estar contribuindo para o surgimento e aumento de variantes do COVID-19 no Brasil, são as aglomerações sociais persistentemente, o fenômeno da organização de festas e eventos clandestinos de entretenimento, relacionados ao descumprimento das inúmeras medidas sanitárias preventivas, instituídas pelos governos em todas as esferas políticas, e ainda, o reduzido conhecimento em relação à enfermidade em questão, dos seus impactos diretos e indiretos, além de seus desdobramentos na saúde pública nacional. A intensificação do processo de imunização da população em todas as suas faixas etárias, também se constitui enquanto poderosa estratégia de combate e controle do COVID-19 e de suas variantes não somente no Brasil, mas em todas as outras nações.

O apoio às instituições de ensino superior (IES) e centros de desenvolvimento de ciência, pesquisa e de inovação nacionais, também devem ser ampliados, objetivando permitir a garantia de aquisição de insumos farmacêuticos ativos (IFA) para a produção imunobiológicos e posterior vacinação de toda a sociedade. Nesse sentido, é percebida a necessidade de desenvolvimento de outros mecanismos e políticas públicas em todas as esferas nacionais brasileiras, objetivando mitigar e coibir com que o COVID-19 e as suas variantes, não tragam consequências irreparáveis na atualidade e às próximas gerações.

Cabe aos profissionais de saúde e pesquisadores, as organizações políticas em todas as suas dimensões representativas e a sociedade como um todo, multiplicar o desenvolvimento de esforços, objetivando reforçar as medidas de controle e combater ao Covid-19 e as suas variantes, reduzindo efetivamente o seu processo de transmissibilidade e de mortalidade. Outros estudos e pesquisas que possuam enquanto objetivo, analisar o surgimento de variantes relacionadas ao COVID-19 no Brasil, seus impactos diretos e indiretos na sociedade, além das diferenças dessa emergente questão nas várias UF's, devem ser incentivados objetivando permitir maior elucidação desse complexo fenômeno, trazendo desta forma, a "paz no coração da criatura humana".

Agradecimentos

Essa pesquisa não recebeu financiamento para sua realização.

Referências

1. Cao X. COVID-19: immunopathology and its implications for therapy. *Nat Rev Immunol.* 2020; 20:269–270. doi: <https://doi.org/10.1038/s41577-020-0308-3>.
2. Peng X, Xu X, Li Y, Cheng L, Zhou X, Ren B. Transmission routes of 2019-nCoV and controls in dental practice. *Int J Oral Sci.* 2020;12(1):9. doi: <https://doi.org/10.1038/s41368-020-0075-9>.
3. Velavan TP, Meyer CG. The COVID-19 epidemic. *Trop Med Int Health.* 2020;25(3):278-280. doi: [10.1111/tmi.13383](https://doi.org/10.1111/tmi.13383).
4. Perlman S. Another decade, another coronavirus. *N Engl J Med.* 2020; 382:760-762. doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMe2001126>.
5. Zhu N, Zhang D, Wang W, et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med.* 2020. 382: 727-733. doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001017>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública - COE-COVID-19. Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19. Brasília: MS. 2020. 24p.
7. Estevão A. COVID-19. *Acta Radiológica Portuguesa.* 2020;32(1):5-6. doi: <https://doi.org/10.25748/arp.19800>.
8. Sociedade Brasileira de Pediatria. Documento Científico. Departamento Científico de Infectologia. Novo coronavírus (COVID-19). 2020.12p.
9. Brasil. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Disponível em: [\[http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L13979.htm\]](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L13979.htm). Acesso em: 14 jun 2020.
10. Brasil. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 14.019, de 2 de julho de 2020. Altera a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para dispor sobre a obrigatoriedade do uso de máscaras de proteção individual para circulação em espaços públicos e privados acessíveis ao público, em vias públicas e em transportes públicos, sobre a adoção de medidas de assepsia de locais de acesso público, inclusive transportes públicos, e sobre a disponibilização de produtos saneantes aos usuários durante a vigência das

medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente da pandemia da Covid-19. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20192022/2020/lei/L14019.htm#art2]. Acesso em: 22 mar 2021.

11. Su S, Wong G, Shi W, et al. Epidemiology, Genetic Recombination, and Pathogenesis of Coronaviruses. *Trends Microbiol.* 2016;24(6):490-502. doi: <https://doi.org/10.1016/j.tim.2016.03.003>.

12. Ruan Q, Yang K, Wang W, et al. Clinical predictors of mortality due to COVID-19 based on an analysis of data of 150 patients from Wuhan, China. *Intensive Care Med.* 2020;46:846-848. doi: <https://doi.org/10.1007/s00134-020-05991-x>.

13. Zhang W, Jiang X. Measures and suggestions for the prevention and control of the novel Coronavirus in dental institutions. *Front Oral Maxillofac Med.* 2020;2:4. doi: <https://doi.org/10.21037/fomm.2020.02.01>.

14. American College of Radiology. Recommendations for the use of chest radiography and computed tomography (CT) for suspected COVID-19 infection. 2020. Available in: [<https://www.acr.org/Advocacy-and-Economics/ACR-Position-Statements/Recommendations-for-Chest-Radiography-and-CT-for-Suspected-COVID19-Infection>]. Access in: 14 jun 2020.

15. Epidemiology Working Group for NCIP Epidemic Response, Chinese Center for Disease Control and Prevention. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi.* 2020;41(2):145-151. doi: <https://doi.org/10.3760/cma.j.issn.0254-6450.2020.02.003>.

16. World Health Organization. COVID-19 Weekly Epidemiological Update. Data as received by WHO from national authorities, as of 14 February 2021, 10 am CET. Available in: [<https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update---16-february-2021>]. Access in: 23 mar 2021.

17. World Health Organization. SARS-CoV-2 genomic sequencing for public health goals: Interim guidance, 8 January 2021.

18. Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. Atualização epidemiológica: Ocorrência das variantes de SARS-CoV-2 nas Américas. 2021.

19 - Kubista M, Andrade JM, Bengtsson M, Forootan A, Jonák J, Lind K, et al. The real-time polymerase chain reaction. *Molecular Aspects of Medicine.* 2006;27(2-3):95-125. doi: <https://doi.org/10.1016/j.mam.2005.12.007>.

20. European Centre for Disease Prevention and Control. COVID-19. Available in: [<https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19>]. Access in: 23 mar 2021.

21. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico Especial. Doença pelo Coronavírus COVID-19.* Número 52. Brasília, MS. 2021. 85p.

22. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.031, de 23 de setembro de 2004. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2031_23_09_2004.html]. Acesso em: 23 de março 2021.

23. Almaguer-Mederos L, Cuello-Almarales D, Almaguer-Gotay D. Rol de los genes ACE2 y TMPRSS2 en la susceptibilidad o gravedad de la COVID-19. *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba.* 2020;10(2): e799. especial COVID-19. Disponible en: [<http://www.revistaccuba.sld.cu/index.php/revacc/article/view/799>].

24. Rambaut A, Loman N, Pybus O, et al. Preliminary genomic characterisation of an emergent SARS-CoV-2 lineage in the UK defined by a novel set of spike mutations - SARS-CoV-2 coronavirus/nCoV-2019 Genomic Epidemiology - Virological. Available in: [<https://virological.org/t/preliminary-genomic-characterisation-of-an-emergent-sars-cov-2-lineage-in-the-uk-defined-by-a-novel-set-of-spike-mutations/563>]. Access in: 7 feb 2021.
25. American Society for Microbiology. Home. Articles. Lee R. B.1.1.7: What We Know About the Novel SARS-CoV-2 Variant. asm.org. Available in: [<https://asm.org/Articles/2021/January/B-1-1-7-What-We-Know-About-the-Novel-SARS-CoV-2-Va>]. Access in: 05 feb 2021.
26. Tegally H, Wilkinson E, Giovanetti M, et al. Emergence and rapid spread of a new severe acute respiratory syndrome-related coronavirus 2 (SARS-CoV-2) lineage with multiple spike mutations in South Africa. Med Rxiv 2020; 10. doi: <https://doi.org/10.1101/2020.12.21.20248640>.
27. Freitas ARR, Giovanetti M, Alcantara LCJ. Emerging variants of SARS-CoV-2 and its public health implications. Interamerican Journal Medicine and Health. 2021; 4. doi: <https://doi.org/10.31005/iajmh.v4i.181>.
28. Buss LF, Prete C, Abraham CAJ, et al. Three-quarters attack rate of SARS-CoV-2 in the Brazilian Amazon during a largely unmitigated epidemic. Science.2020; 371: Issue: 6526: 288-292. doi: <https://doi.org/10.1126/science.abe9728>.
29. Voloch CM, da Silva Francisco R Jr, de Almeida LGP, Cardoso CC, Brustolini OJ, Gerber AL, Guimarães APC, Mariani D, da Costa RM, Ferreira OC Jr; Covid19-UFRJ Workgroup, LNCC Workgroup, Adriana Cony Cavalcanti, Frauches TS, de Mello CMB, Leitão IC, Galliez RM, Faffe DS, Castiñeiras TMPP, Tanuri A, de Vasconcelos ATR. Genomic characterization of a novel SARS-CoV-2 lineage from Rio de Janeiro, Brazil. J Virol. 2021 Mar 1;JVI.00119-21. doi: <https://doi.org/10.1128/JVI.00119-21>.
30. Fundação Oswaldo Cruz. Rede Genômica Fiocruz. Disponível em: [<http://www.genomahcov.fiocruz.br/>]. Acesso em: 26 março 2021.
31. Fundação Oswaldo Cruz. Rede Genômica Fiocruz. Pesquisadores e instituições. Disponível em: [<http://www.genomahcov.fiocruz.br/a-rede/>]. Acesso em: 27 março 2021.
32. Fundação Oswaldo Cruz. Rede Genômica Fiocruz. Gráficos demonstrativos. Disponível em: [<http://www.genomahcov.fiocruz.br/principais-linhagens-do-sars-cov-2-encontradas-no-brasil/>]. Acesso em: 28 março 2021.
33. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Agência IBGE de notícias. Sala de imprensa. Estatísticas sociais. IBGE divulga estimativa da população dos municípios para 2020. Disponível em: [<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/28668-ibge-divulga-estimativa-da-populacao-dos-municipios-para-2020>]. Acesso em: 28 março 2021.
34. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasil. Amazonas. Manaus. Disponível em: [<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/manaus/panorama>]. Acesso em: 27 março 2021.
35. Naveca F, Nascimento V, Souza V et al. COVID-19 epidemic in the Brazilian state of Amazonas was driven by long-term persistence of endemic SARS-CoV-2 lineages and the recent emergence of the new Variant of Concern P.1, 25 February 2021, PREPRINT (Version 1) available at Research Square. doi: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-275494/v1>.
36. Paiva MHS, Guedes DRD, Docena C, Bezerra MF, Dezordi FZ, Machado LC,

- Krokovsky L, Helvecio E, da Silva AF, Vasconcelos LRS, Rezende AM, da Silva SJR, Sales KGdS, de Sá BSLF, da Cruz DL, Cavalcanti CE, Neto AdM, da Silva CTA, Mendes RPG, da Silva MAL, Gräf T, Resende PC, Bello G, Barros MdS, do Nascimento WRC, Arcoverde RML, Bezerra LCA, Brandão-Filho SP, Ayres CFJ, Wallau GL. Multiple Introductions Followed by Ongoing Community Spread of SARS-CoV-2 at One of the Largest Metropolitan Areas of Northeast Brazil. *Viruses*. 2020; 12(12):1414. doi: <https://doi.org/10.3390/v12121414>.
37. Nascimento VA do, Corado A de LG, Nascimento FO do, Costa ÁKA da, Duarte DCG, Luz SLB, Gonçalves LMF, Jesus MS de, Costa CF da, Delatorre E, Naveca FG. Genomic and phylogenetic characterisation of an imported case of SARS-CoV-2 in Amazonas State, Brazil. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*. 2020; 115, e200310. doi: <https://doi.org/10.1590/0074-02760200310>.
38. Delatorre E, Mir D, Gräf T, Bello G. Tracking the onset date of the community spread of SARS-CoV-2 in western countries. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*. 2020; 115: e200183. doi: <https://doi.org/10.1590/0074-02760200183>.
39. Prado T, Fumian TM, Mannarino CF, Resende PC, Motta FC, Eppinghaus ALF, Vale VHC do, Braz RMS, Andrade J da SR de, Maranhão AG, Miagostovich MP. Wastewater-based epidemiology as a useful tool to track SARS-CoV-2 and support public health policies at municipal level in Brazil. *Water Research*. 2021; 191. doi: <https://doi.org/10.1016/j.watres.2021.116810>.
40. Resende PC, Delatorre E, Gräf T, Mir D, Motta FC, Appolinario LR, Paixão ACD da, Mendonça AC da F, Ogrzewalska M, Caetano B, Wallau GL, Docena C, Santos MC dos, de Almeida FJ, Sousa Junior EC, Silva SP da, Fernandes SB, Vianna LA, Souza L da C, Ferro JFG, Nardy VB, Santos CA, Riediger I, Debur M do C, Croda J, Oliveira WK, Abreu A, Bello G, Siqueira MM. Evolutionary Dynamics and Dissemination Pattern of the SARS-CoV-2 Lineage B.1.1.33 During the Early Pandemic Phase in Brazil. *Frontiers in Microbiology*. 2021;11:3565. Doi: <https://doi.org/10.3389/fmicb.2020.615280>.

Autor de Correspondência

Lincoln Agudo Oliveira Benito
SEPN 707/907, Via W 5 Norte, Campus
Universitário. CEP: 70790-075. Asa Norte.
Brasília, Distrito Federal, Brasil.
lincolnbenito@yahoo.com.br