

Lugar da enfermagem é onde ela puder e souber atuar: Contribuições na atenção a pessoas no Espectro Autista

Nursing place is where she can and know how to act: Contributions to the attention to people on the Autistic Spectrum

Lugar de enfermería es donde se puede y se sabe actuar: Contribuciones en la atención a personas en Espectro Autista

Francidalma Soares Sousa Carvalho Filha¹, Maria Eliete Batista Moura², Thais Vilela de Sousa³, Iel Marciano de Moraes Filho⁴

Como citar: Carvalho Filha FSS, Moura MEB, Sousa TV, Moraes Filho IM. Lugar da enfermagem é onde ela puder e souber atuar: Contribuições na atenção a pessoas no Espectro Autista. REVisa. 2021;10(3):458-60. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n3.p458a460>

REVISA

1. Universidade Estadual do Maranhão. Balsas, Maranhão, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0001-5197-4671>

2. Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0003-3095-9506>

3. Universidade Federal de Goiás. Goiânia, Goiás, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-7498-516X>

4. Universidade Paulista, Campus Brasília. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-0798-3949>

Recebido: 10/04/2021

Aprovado: 12/06/2021

A enfermagem é uma profissão comprometida com a produção e gestão do cuidado, que por sua vez, pode e deve ser prestado nos diferentes contextos socioambientais e culturais, atuando com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais, técnico-científico e teórico-filosófico, em resposta às necessidades da pessoa, família e coletividade, buscando exercer suas atividades com competência para promoção do ser humano na sua integralidade.¹

Portanto, a enfermagem pode atuar nos mais diversos níveis de assistência à saúde, desde a atenção primária, média e alta complexidade, encontrando na Estratégia Saúde da Família (ESF) um valioso e vasto campo de cuidados, na qual a partir da cooperação interdisciplinar e multiprofissional desenvolve atividades de cunho preventivo e curativo, em consonância com as políticas públicas de saúde vigentes.²

Dentre as atribuições dos profissionais de enfermagem destacam-se aquelas voltadas para ações de Saúde da Criança, por meio do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (ACD) com vistas a se detectar precocemente alterações que precisam de intervenções contemplando orientações, estabelecimento de diagnóstico de enfermagem, planejamento de demandas e encaminhamentos oportunos.

Uma das desordens que podem ser identificadas e conduzidas pela enfermagem, guardadas as atribuições específicas da profissão, é o Transtorno do Espectro Autista (TEA), um distúrbio neurodesenvolvimental caracterizado por déficits na comunicação e interação social e padrões restritos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades.³

Consequentemente, baseando-se em protocolos fundamentados na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), utilizando-se os constructos de teóricas da enfermagem reconhecidamente efetivas quando adequadamente empregadas, como demonstrado em uma proposta de intervenção aplicando a Teoria da Adaptação da enfermeira Callista Roy a pais de crianças com TEA⁴, ou ainda utilizando os pressupostos de Dorothea Orem para ensinar habilidades de autocuidado às próprias crianças com TEA.⁵⁻⁶

Recentemente, foi elaborada e divulgada a Linha de Cuidados geral a esse público com o intuito de ampliar o acesso dessa população aos serviços de atenção à saúde, com ênfase na qualidade assistencial, a partir da organização de cinco pontos assistenciais para o fluxo de encaminhamento, manejo inicial e planejamento terapêutico, os quais: unidade de atenção primária, atenção especializada, unidade de pronto atendimento, serviço de atendimento móvel e unidade hospitalar.⁷

Em cada sítio são apresentadas as atividades para a condução dos casos, que incluem avaliação e confirmação diagnóstica precoce, planejamento terapêutico, acompanhamento compartilhado, implantação de medidas de estimulação, prescrição medicamentosa, intercâmbio com a Rede de Atenção psicossocial (RAPS), comprometimento da vigilância em saúde e a atuação dos gestores.⁷

É inegável que os(as) enfermeiros(as) possuem conhecimentos suficientes para se apresentarem como protagonistas na assistência a pessoas com TEA em quaisquer destes âmbitos, desenvolvendo intervenções alicerçadas em uma rotina de acolhimento e escuta, além do ensino do passo a passo de cuidados de alimentação, higiene pessoal, uso de jogos simbólicos, estimulação cognitiva, diminuição/extinção de comportamentos estereotipados e da comunicação inapropriada.

Durante as consultas de enfermagem e demais atendimentos à criança, devem ser oportunizadas às famílias adquirirem o máximo possível de conhecimento para que consigam trabalhar no desenvolvimento de habilidades essenciais à vida em sociedade, inclusive acadêmicas e laborativas, ademais das emocionais, funcionais e outras. Assim, à medida que os(as) enfermeiros(as) utilizam os instrumentos avaliativos como a Caderneta de Saúde da Criança ou outros específicos para o reconhecimento do TEA, como a escala M-CHAT-R (*Modified Checklist for Autism in Toddlers-Revised*), precisam elaborar os Diagnósticos de Enfermagem e propor as intervenções cabíveis, sobretudo mediante a avaliação e seguimento dos marcos do desenvolvimento infantil.

É preciso que a enfermagem compreenda a importância do seu trabalho nos diversos cenários de atenção à saúde da pessoa com TEA, não se eximindo de prestar uma assistência que pode ser definitiva na aquisição e ampliação de competências fundamentais para uma vida independente e autônoma, sendo que tal qualificação é inerente à profissão, alcançada desde a graduação e expandida através de cursos e estudos acerca das ações de acompanhamento da criança e da aprendizagem de princípios essenciais em saúde mental.

É primordial extinguir pensamentos restritivos e limitantes de que a Enfermagem não pode e/ou não deve desenvolver práticas nesta ou naquela área ou para alguns públicos, pois trata-se de uma profissão comprometida com a vida e a saúde das pessoas, desde a passagem intraútero até senescência e no momento de morte, efetiva e fundamental à saúde pública e/ou privada, em todo o mundo e que, em relação ao TEA compõe o rol de trabalhadores que

devem atuar na linha de cuidado⁷ para assistência a essas pessoas e suas famílias na RAPS do Sistema Único de Saúde.

Agradecimento

Essa pesquisa não recebeu financiamento para sua realização.

Referências

1. Resolução Cofen nº 564/2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), para observância e respeito dos profissionais de Enfermagem [Internet]. Brasília; 2017 [citado 2021 ago 17]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html
2. Rodrigues LGL, Albuquerque LS, Brito DGC, Lacerda ED, Carvalho LFF, Evangelista WA. As ações do enfermeiro no contexto da atenção básica: reflexões teóricas. In: Santos FL. Debates interdisciplinares em saúde. In: Santos FL, organizador. Debates interdisciplinares em saúde. João Pessoa: Editora Periodicojs; 2021.p.66-75.
3. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM V. 5. ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 2014.
4. Carvalho Filha FSS, Castro RP, Vilanova JM, Silva MVRS, Moraes Filho IM, Sousa TV. Aplicação da teoria de Callista Roy a pais/cuidadores de crianças autistas: uma proposta intervencionista. Revista Enfermagem Atual In Derme, 2020; 94(32)e-020081. doi: <https://doi.org/10.31011/reaid-2020-v.94-n.32-art.728>
5. Carvalho Filha FSS, Nunes EKP, Oliveira MVM, Vilanova JM. O autocuidado em pessoas no espectro Autista: intervenções de enfermagem utilizadas para o ensino de habilidades funcionais e de autoajuda. In: Carvalho Filha FSS, Carvalho AMM, Vilanova JM, Chaves RGR, organizadores. Atuação em Enfermagem na prática profissional e na docência: vivências em diversos espaços socioeducacionais e em saúde. São Luís: EDUEMA; 2021. Cap. 1. p. 14-39.
6. Carvalho Filha FSS, Nunes EKP, Oliveira MVM, Santos JC, Frasca LLM, Sousa TV, et al. Avaliação de habilidades básicas de estudantes no espectro do autismo no ambiente de aprendizagem. Revista Amazônia: Science & Health. 2021;9(1):79-85
7. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde. [Internet]. Brasília; 2015 [citado 2021 ago 17]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtorno.pdf

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

Alimentação e Prática de Atividade Física, no Tratamento da Síndrome dos Ovários Policísticos: Revisão Integrativa

Feeding and Practice of Physical Activity in the Treatment of Polycystic Ovarian Syndrome: Integrative Review

La Alimentación y la Práctica de la Actividad Física en el Tratamiento del Síndrome de Ovarios Poliquísticos: Examen Integrador

Leidiane dos Anjos Faria¹, Wanessa Souza Silva², Sandra Godoi de Passos³

Como citar: Faria LA, Silva WS, Passos SG. Alimentação e Prática de Atividade Física, no Tratamento da Síndrome dos Ovários Policísticos: Revisão Integrativa. REVISA. 2021; 10(3): 461-8. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n3.p461a468>

REVISA

1. Faculdade de Ciências e Educação
Sena Aires. Valparaíso de Goiás,
Goiás, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0001-9765-2459>

2. Faculdade de Ciências e Educação
Sena Aires. Valparaíso de Goiás,
Goiás, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-0109-9490>

3. Faculdade de Ciências e Educação
Sena Aires. Valparaíso de Goiás,
Goiás, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-6180-2811>

Recebido: 22/04/2020
Aprovado: 29/06/2020

RESUMO

Objetivo: investigar a importância da alimentação saudável associada à prática de atividades físicas, no auxílio ao tratamento contra a síndrome dos ovários policísticos (SOP). **Método:** optou-se por um estudo de revisão integrativa nas bases de dados Scielo, Lilacs e Bireme. **Resultados:** é uma patologia que requer atenção, pela delicadeza a que é imposta, por acometer os ovários da mulher, porém existem meios de minimizar os sintomas e prevenir complicações. **Conclusão:** a prática de exercícios físicos combinados a uma alimentação balanceada, são essenciais no tratamento. Ainda melhora no metabolismo corporal, alterações hormonais e cardiorrespiratórios, dentre outras vantagens. Ter consciência da doença e fazer o tratamento corretamente, são fatores que contam positivamente, evitando assim, possíveis complicações futuras.

Descritores: Síndrome do Ovário Policístico; Qualidade de Vida; Obesidade; Estado Nutricional; Atividade Física.

ABSTRACT

Objective: to investigate the importance of healthy eating associated with the practice of physical activities, in helping to treat polycystic ovarian syndrome (PCOS). **Method:** na integrative review study in Scielo, Lilacs and Bireme databases was chosen. Results: it is a pathology that requires attention, due to the delicacy to which it is imposed, for attacking the ovaries of women, but there are ways to minimize the symptoms and prevent complications. **Conclusion:** the practice of physical exercises combined with a balanced diet, are essential in the treatment. It also improves body metabolism, hormonal and cardiorespiratory changes, among other advantages. Being aware of the disease and doing the treatment correctly are factors that count positively, thus avoiding possible future complications.

Descriptors: Polycystic Ovary Syndrome; Quality Of Life; Obesity; Nutritional Status; Physical Activity.

RESUMEN

Objetivo: investigar la importancia de una alimentación saludable asociada a la práctica de actividades físicas, para ayudar a tratar el síndrome de ovario poliquístico (SOPQ). **Metodología:** se eligió un estudio de revisión integrador en las bases de datos Scielo, Lilacs y Bireme. **Resultados:** es una patología que requiere atención, debido a la delicadeza a la que se impone, para atacar los ovarios de las mujeres, pero hay formas de minimizar los síntomas y prevenir complicaciones. **Conclusión:** la práctica de ejercicios físicos combinados con una dieta equilibrada, son esenciales en el tratamiento. También mejora el metabolismo corporal, los cambios hormonales y cardiorrespiratorios, entre otras ventajas. El conocimiento de la enfermedad y la aplicación correcta del tratamiento son factores que cuentan positivamente, evitando así posibles complicaciones futuras.

Descripciones: Síndrome de Ovarios Poliquísticos; Calidad de Vida; Obesidad; Estado Nutricional; Actividad Física.

Introdução

A síndrome dos ovários policísticos (SOP) é uma doença que afeta 20% das mulheres durante a fase da vida reprodutiva, principalmente, mulheres com idade variando de 17 a 39 anos. A SOP é uma doença endócrina complexa que tem como elementos principais hiperandrogenismo e anovulação crônica.¹

A SOP é uma doença causada pelo desequilíbrio dos hormônios na mulher, de causa multifatorial. Ela pode alterar o ciclo menstrual, causa problemas de pele e ocasiona pequenos cistos nos ovários que por fim pode causar dificuldade de engravidar. Caracteriza-se por sinais de irregularidade menstrual, amenorreia, hirsutismo, acne, alopecia e seborreia. A denominação dada a essa síndrome se deve a presença frequente de ovários aumentados de volume, com hipertrofia dos estromas e múltiplos cistos na periferia do córtex.²

Ela interfere, também no metabolismo das pacientes, fazendo com que estas frequentemente manifestem hiperinsulinismo, resistência insulínica, síndrome metabólica, obesidade, anormalidade do perfil lipídico predisposição para diabetes tipo 2 e doença cardiovascular.³

A literatura aponta que cerca de 50% das mulheres portadoras da síndrome são obesas. Uma pequena redução do peso (5%) é capaz de melhorar o hiperandrogenismo e o padrão de anovulação presentes nas portadoras dessa síndrome. Dessa forma, a avaliação do estado nutricional e do consumo alimentar de portadoras de SOP torna-se uma ferramenta importante para nortear estratégias de intervenção nutricional.⁴

De acordo com os artigos estudados, o diagnóstico é realizado por meio de análise do histórico da paciente, exame clínico e exames laboratoriais. Nas pacientes que atestam positivos para a SOP, normalmente, os exames dão com concentrações séricas de LH geralmente encontram-se elevados e de FSH normais ou baixos.⁵

Diante do exposto, este estudo teve por objetivo, investigar a importância da alimentação saudável associadas à prática de atividades físicas, no auxílio ao tratamento da síndrome dos ovários policísticos (SOP).

Método

Trata-se de uma revisão integrativa, que é um método que resume os resultados de modo sistemático, ordenado e abrangente.²⁰ Foram utilizadas as seguintes bases de dados: Scielo, Lilacs e Bireme.

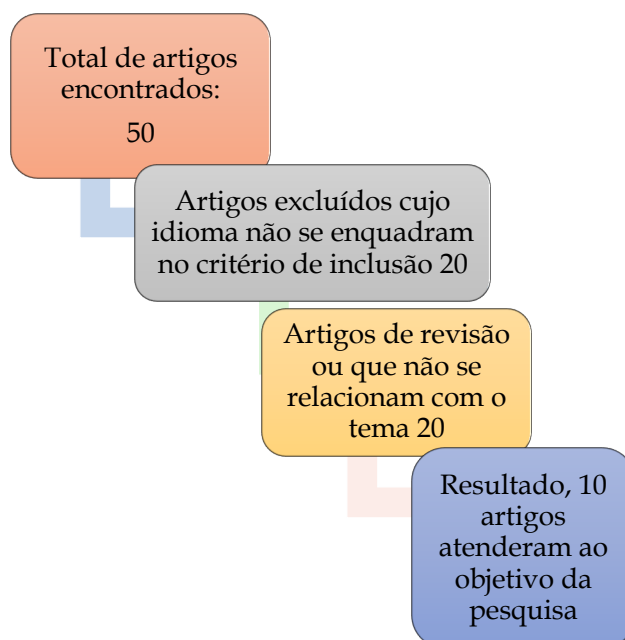
Foram utilizados artigos em português e publicados, no período de 2000 a 2020, os quais abordavam a temática em estudo, com uso das seguintes palavras-chaves: síndrome do ovário policístico, qualidade de vida, obesidade, estado nutricional, atividade física.

Com os dados de cada estudo foram extraídos e elaborados um quadro com as principais variáveis para analisar o perfil dos artigos coletados, com a seguinte abordagem, a importância da alimentação saudável associadas à prática de atividades físicas, no auxílio ao tratamento contra a síndrome do ovário policístico (SOP).

De acordo com o fluxograma abaixo, foram filtrados 50 artigos pelos descritores, seguindo os critérios de inclusão, dos quais 20 artigos foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão. Como resultado de

pesquisa, apenas 10 artigos atenderam aos critérios de inclusão, e fizeram parte do embasamento teórico que nortearam o desenvolvimento do trabalho.

Fluxograma I:



Fluxograma demonstrativo do processo de análise bibliográfica. Fonte: autora (2020)

Resultados e Discussão

Após a leitura íntegra dos artigos, foi elaborado o quadro abaixo, com informações quanto ao título, autores, ano de publicação, objetivos e síntese de resultados. Com base de dados LILACS, BIREME e SCIELO sobre a importância da alimentação saudável associadas à prática de atividades físicas, no auxílio ao tratamento contra a síndrome do ovário policístico. O quadro 1 apresenta as principais informações extraídas dos artigos selecionados, quanto ao ano foram escolhidos artigos de 2008 à 2019, que melhor explica o objetivo desse estudo, indicando as complicações que pacientes com SOP apresentam, e demonstrando que a prática de atividade física combinada com uma boa alimentação pode melhorar a qualidade de vida dessas mulheres.

Quadro 1- Informações extraídas dos artigos selecionados. 2020.

Título	Autor	Ano	Objetivos	Síntese de resultados
Qualidade de vida e aspectos psicossociais da síndrome dos ovários policísticos: um estudo quali - quantitativo	Moreira et. al.	2013	Avaliar a qualidade de vida das mulheres com síndrome dos ovários policísticos (SOP) e compreender a experiência vivida por essas mulheres diante dos sintomas que apresentam.	SOP compromete a qualidade de vida das mulheres, levando-as a se sentirem diferentes das outras mulheres. Por causa disso, a mulher com SOP não necessita apenas de tratamento médico para as repercussões reprodutivas, estéticas e metabólicas, mas de atendimento multiprofissional
Obesidade e alteração da estrutura arterial em mulheres jovens com síndrome	Fernandes et. al.	2009	Comparar os fatores ecográficos de risco cardiovascular em pacientes obesas e não	A obesidade em portadoras jovens de SOMP está associada a níveis pressóricos mais elevados e à alteração

dos ovários micro policísticos			obesas, com síndrome dos ovários micro policísticos (SOMP).	da estrutura arterial, representada pela maior espessura íntima-média da artéria carótida.
Modificações do estilo de vida na síndrome dos ovários policísticos: papel do exercício físico e importância da abordagem multidisciplinar	Azevedo et. al.	2008	Analisar o papel específico do exercício e/ou atividade física nas modificações da composição corporal, sistema cardiovascular, níveis plasmáticos bioquímicos e hormonais e função reprodutiva de mulheres com SOP.	A prática regular de exercício físico em mulheres com SOP tem demonstrado importância terapêutica relevante, uma vez que as evidências indicam resultados positivos dessa modalidade nos aspectos relacionados à composição corporal, parâmetros metabólicos, cardiovasculares e hormonais, além da função reprodutiva.
Perfil metabólico em mulheres de diferentes índices de massa corporal com síndrome dos ovários policísticos	Sousa et al	2013	Caracterizar e Comparar variáveis clínicas, antropométricas e bioquímico-metabólicas de pacientes com síndrome dos ovários policísticos (SOP), estratificadas segundo o índice de massa corpórea (IMC).	A presença de marcadores de RCV aumentou proporcionalmente ao IMC, evidenciando que o perfil metabólico das mulheres obesas com SOP é mais desfavorável do que não obesas.
Estado nutricional e consumo alimentar de pacientes portadoras de síndrome de ovários policísticos	Calixto et Al	2012	Caracterizar o estado nutricional e o consumo alimentar de pacientes com síndrome de ovários policísticos (SOP).	Pacientes diagnosticadas com SOP apresentam alta prevalência de obesidade e inadequações nutricionais, denotando a importância de medidas de intervenção nutricional como parte do tratamento não farmacológico.
Modificações do estilo de vida na síndrome dos ovários policísticos: papel do exercício físico e importância da abordagem multidisciplinar	Azevedo et al	2008	Analisar o papel específico do exercício e/ou atividade física nas modificações da composição corporal, sistema cardiovascular, níveis plasmáticos bioquímicos e hormonais e função reprodutiva de mulheres com SOP.	A prática regular de exercício físico em mulheres com SOP tem demonstrado importância terapêutica relevante, uma vez que as evidências indicam resultados positivos dessa modalidade nos aspectos relacionados à composição corporal, parâmetros metabólicos, cardiovasculares e hormonais, além da função reprodutiva.
Aspectos nutricionais e manejo alimentar em mulheres com síndrome dos ovários policísticos	Santos Et al	2019	Investigar como a prevenção e a qualidade de vida podem beneficiar mulheres com síndrome dos ovários policísticos,	Uma dieta hipocalórica rica em proteínas, com baixo índice de glicemia, pode ser benéfica para redução do peso corporal e, consequentemente, melhora das alterações associadas com a síndrome.

Qualidade de vida em mulheres com Síndrome do Ovário Policístico	Almeida Et al	2019	Avaliar a qualidade de vida (QV) em mulheres com Síndrome do Ovário Policístico (SOP) assistidas em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) na cidade de Montes Claros, Minas Gerais.	As mulheres com SOP possuem uma heterogeneidade de manifestações, sendo preocupante a falta de autoconsciência destas. O presente estudo fortalece a ideia de que a abordagem das pacientes deve visar a conscientização, além de ser multiprofissional, dentro de suas particularidades e subjetividade, tendo em conta as demandas apresentadas e seus impactos no bem-estar físico e emocional.
Atividade física, hábitos alimentares e qualidade de vida em mulheres com síndrome dos ovários policísticos.	Fonseca. Aldrighi.	2012	Encontrar uma relação positiva entre dieta adequada e prática regular de atividade física e melhor qualidade de vida nas mulheres com SOP.	Apesar de não haver diferenças entre os grupos quanto à ingestão alimentar e frequência de atividade física, o grupo SOP que apresentou regular e moderada prática de atividade física, baixa CA e IMC < 30 kg/m ² , atingiu melhor QV. Conclusão: A SOP causa com maior prevalência de obesidade e aumento da CA e a prática regular moderada da atividade física se associou a melhor QV, ao contrário da alimentação, que não exerceu influência.
Síndrome dos ovários policísticos: o impacto da informação na qualidade de vida, um ensaio clínico randomizado	Azevedo	2016	Avaliar o impacto do acesso à informação na qualidade de vida (QV) das mulheres portadoras de SOP.	Os questionários de QV não detectaram diferenças entre os grupos cartilha e controle, antes e pós intervenção. A discussão realizada traz elementos para contextualizar o perfil das participantes e as condições de atendimento encontradas, levantando pontos para reflexão. Em conclusão, a informação em saúde, apesar de relevante e necessária, não foi capaz, neste estudo, de modificar a qualidade de vida das participantes avaliadas.

A síndrome dos ovários policísticos acomete mulheres em idade reprodutiva e, geralmente são assintomáticas, entretanto, podem apresentar alguns sintomas, como irregularidade menstrual, distúrbio do sono, espinhas, crescimento irregular de pelos, normalmente nas costas, abdômen, nádegas, (hirsutismo), seborreia, alopecia (queda de cabelo), aumento de peso e cistos nos ovários.⁶

Os artigos estudados, apontam que as pacientes com SOP apresentam em seus exames, uma crescente resistência à insulina e hiperinsulinemia compensatória, embora a determinação laboratorial da resistência à insulina não é crucial para o diagnóstico na prática clínica. Há estudos que suspeitam, que a síndrome está relacionada com risco aumentado para doenças cardiovasculares.⁷

Quem é acometida pela síndrome do ovário policístico tem sua qualidade de vida e psicológico afetados, logo, a percepção de corpo e saúde tem distorções, levando a paciente à necessidade de um atendimento multiprofissional. De forma geral, nota-se, que a qualidade de vida é afetada, em vários aspectos e a mulher passa por um processo de alterações nítidas em sua saúde.⁷

As pacientes com síndrome dos ovários policísticos apresentaram maior chance de apresentar fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares como obesidade e HDL-colesterol insuficiente, de acordo com os embasamentos teóricos usados na tabela acima.⁸

Apontam ainda que, a artéria carótida sofre alterações em sua espessura. Os especialistas apontam que a prática de exercícios físicos e combinados com uma alimentação balanceada, são essenciais no tratamento, terapeuticamente, é indispensável, por conta dos resultados eficazes. Assim, não somente ao tratamento é favorável, mas, ao metabolismo corporal, hormonais, cardiorrespiratório, dentre outras vantagens.⁹⁻¹⁰

As pacientes diagnosticadas com a síndrome, tem consideravelmente inadequações nutricionais, necessitando também de uma intervenção multidisciplinar ao tratamento não farmacológico, como nutricionista e psicólogo. As pesquisas direcionam que a dieta da paciente com SOP, deve ser rica em proteína e baixo açúcar, para que o peso corporal seja reduzido.^{11,12} O diagnóstico deve ser o mais precoce possível, para que o tratamento seja iniciado, porque, com diagnóstico tardio as complicações são a longo prazo, como infertilidade, neoplasia endometrial, câncer e vários problemas no organismo.¹³⁻¹⁴

Quanto às medicações, as pílulas anticoncepcionais são comumente prescritas. Para equilíbrio hormonal, podem ser prescritos também, medicação antidiabética e antiandrógeno. De acordo com as publicações, o fármaco Metformina é usado para regular os níveis de açúcar no sangue, em alguns casos de SOP. Em casos, em que a paciente está querendo engravidar, são passadas medicações para ajudar a ovular.¹⁵⁻¹⁷

Portanto, a Síndrome do Ovário Policístico, é uma patologia que requer atenção, pela delicadeza a que é imposta, por acometer os ovários da mulher. E tem meios de minimizar sintomas e prevenir complicações a longo prazo.^{18,19}

Conclusão

Concluimos que a SOP está associada à irregularidade menstrual, distúrbios do sono, espinhas, crescimento irregular de pelos, normalmente nas costas e peito (hirsutismo), seborreia, alopecia (queda de cabelo), aumento de peso e cistos nos ovários. Diagnóstico deve ser feito mais precoce possível por meio de análise do histórico da paciente, exame clínico e exames laboratoriais.

O tratamento deve ser iniciado o mais rápido possível para evitar, as complicações a longo prazo, como infertilidade, neoplasia endometrial, câncer, resistência insulínica, diabetes e vários problemas no organismo.

Concluimos, que com a mudança de hábito de vida, prática de exercícios e alimentação balanceada, complementa no tratamento farmacológico. Com a prática de exercícios físicos e alimentação balanceada o organismo fará queda dos androgênios circulantes, melhorado o perfil lipídico e diminui a resistência periférica à insulina, porém é crucial o tratamento farmacológico, e acompanhamento com equipe multidisciplinar.

Agradecimento

Essa pesquisa não recebeu financiamento para sua realização.

Referências

1. Moreira SNT, Ferezini de Sá JC, Caldas CE, Azevedo GD. Qualidade de vida e aspectos psicossociais da síndrome dos ovários policísticos: um estudo qualitativo. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [online]. 2013, vol.35, n.11, pp.503-10. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032013001100005>.
2. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad Saúde Pública. 2008;24(1):17-27. Doi: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>
3. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
4. Moreira SNT, Melo COM, Tomaz G, Azevedo GD. Stress and anxiety in infertile women. Rev Bras Ginecol Obstet. 2006;28(6):358-64. https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000126&pid=S0100-7203201300110000500010&lng=pt.
5. Fernandes JBF, Soares GM, Martins WP, Sá MFS, Ferriani RA, Reis RM, Vieira CS. Obesidade e alteração da estrutura arterial em mulheres jovens com síndrome dos ovários micropolicísticos. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2009;31(7):342-8. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032009000700004>
6. Azevedo GD, Costa EC, Micussi MTABC, Ferezini de Sá JC. Modificações do estilo de vida na síndrome dos ovários policísticos: papel do exercício físico e importância da abordagem multidisciplinar. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [online]. 2008; 30(5): 261-7. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032008000500009>.
7. Azevedo GD, Duarte JM, Souza MO, Costa-E-Silva TD, Soares EM, Maranhão TM. Irregularidade do ciclo menstrual no menacme como marcador para fatores de risco cardiovasculares na pós-menopausa. Arq Bras Endocrinol Metabol. 2006;50(5):876-83. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032008000500009>.
8. Soares EMM, Soares GM, Silva Filho JG, Melo MCL, Azevedo GD, Maranhão TMO. Causas de óbitos femininos no Rio Grande do Norte (RN) em 2002 e 2003 [videocassete]. In: Anais do 51º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia; 2005, 22-6. Rio de Janeiro: TV MED; 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010072032008000500009
9. Sousa RM, Chein MB, Silva DS, Dutra MB, Navarro PA, Neto JA, Brito LM Perfil metabólico em mulheres de diferentes índices de massa corporal com síndrome dos ovários policísticos. Rev Bras Ginecol Obstet. 2013; 35(9):413-20. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032013000900006>.

10. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol.* 2010;95 (1 Supl. 1):1-51.
11. Pitanga FJG, Lessa I. Indicadores antropométricos de obesidade como discriminadores de risco coronariano elevado em mulheres. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum.* 2006;8(1):14-21.
12. Costa EC, Soares EMM, Lemos TMAM, Maranhão TMO, Azevedo GD. Índices de obesidade central e fatores de risco cardiovascular na síndrome dos ovários policísticos. *Arq Bras Cardiol.* 2010;94(5):633-8. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2010005000029>.
13. Azevedo GD, Costa EC, Micussi MTABC, Ferezini de Sá JC. Modificações do estilo de vida na síndrome dos ovários policísticos: papel do exercício físico e importância da abordagem multidisciplinar. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [online]. 2008; 30(5):261-67. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032008000500009>.
14. Moreira SNT, Melo COM, Tomaz G, Azevedo GD. Stress and anxiety in infertile women. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2006;28(6):358-64.
15. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol.* 2010;95 (1 Supl. 1):1-51.
16. Sousa RM, Chein MB, Silva DS, Dutra MB, Navarro PA, Neto JA, Brito LM. Perfil metabólico em mulheres de diferentes índices de massa corporal com síndrome dos ovários policísticos. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [online]. 2013; 35(9):413-20. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032013000900006>.
17. Fernandes, JBF et al. Obesidade e alteração da estrutura arterial em mulheres jovens com síndrome dos ovários micropolicísticos. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [online]. 2009; 31(7):342-8
18. Wild S, Pierpoint T, McKeigue P, Jacobs H. Cardiovascular disease in women with polycystic ovary syndrome at long-term follow-up: a retrospective cohort study. *Clin Endocrinol* 2000;52:595-600.
19. Sales LS. Vitamina D na Síndrome dos Ovários Policísticos. 2017. 32 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) – Curso de Nutrição, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017.
20. Ercole FF, Melo LS, Goulart CL. Revisão integrativa versus revisão sistemática. *Rev Min Enferm.* 2014; 18(1): 12-4. Doi: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20140001>.

Autor de Correspondência

Sandra Godoi de Passos
R. Acre, CEP: 72876-241. Chácaras Anhanguera.
Valparaíso de Goiás, Goiás, Brasil.
sandragodoi@senaaires.com.br

A inter-relação do acidente de consumo e assistência à saúde: revisão integrativa

The interrelation of consumer accidents and health assistance: integrative review

La interrelación de los accidentes del consumidor y la asistencia a la salud: revisión integradora

Thaís Pereira Lima¹, Thaís Vilela de Sousa², Maria Luíza Rêgo Bezerra³, Francidalma Soares Sousa Carvalho Filha⁴, Lucas Monteiro Lima⁵,
Jaiane de Melo Vilanova⁶, Mayara Cândida Pereira⁷, Iel Marciano de Moraes Filho⁸

Como citar: Lima TP, Sousa TV, Bezerra MLR, Carvalho-Filha FSS, Lima LM, Vilanova JM, Pereira MC, et al. A inter-relação do acidente de consumo e assistência à saúde: revisão integrativa. REVISA. 2021; 10(3): 469-80. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n3.p469a480>

REVISA

1. Universidade Paulista. Brasília,
Distrito Federal, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-6657-2998>

2. Universidade Federal de Goiás.
Goiânia, Goiás, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-7498-516X>

3. Universidade de Brasília. Brasília,
Distrito Federal, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-3336-7760>

4. Universidade Estadual do
Maranhão. Balsas, Maranhão, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0001-5197-4671>

5. Universidade Federal de Goiás.
Goiânia, Goiás, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0001-6446-7572>

6. Universidade Estadual do
Maranhão. Balsas, Maranhão, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0001-8271-0177>

7. Universidade Paulista. Brasília,
Distrito Federal, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-0242-6262>

8. Universidade Paulista. Brasília,
Distrito Federal, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-0798-3949>

Recebido: 22/04/2020

Aprovado: 19/06/2020

RESUMO

Objetivo: Analisar a produção científica acerca da inter-relação entre consumidor, produto e assistência à saúde. **Método:** Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura realizada nas bibliotecas e bases de dados: BVS, PubMed, Scielo e Portal de Periódicos CAPES. Foram arrolados dez estudos após a aplicação dos descritores não controlados: “consumidor/ consumer”, “acidente / accident” combinados pelo operador booleano “AND” e dos respectivos critérios de inclusão e exclusão. **Resultados:** A análise dos estudos selecionados possibilitou que três categorias emergissem: Principais fatores que levam a ocorrência de acidentes de consumo; Métodos de prevenção dos acidentes de consumo; e, O papel da equipe de saúde na prevenção dos acidentes de consumo. **Conclusão:** Nesse viés, compreende-se a importância da articulação para estratégias de prevenção de acidentes de consumo, sobretudo, no que se refere ao promissor papel da equipe de saúde neste âmbito, no que tange à educação para prevenção e avaliações para aperfeiçoamento dos produtos.

Descritores: Assistência à Saúde, Equipe de Assistência ao Paciente, Defesa do consumidor, Perigos à Saúde por Substâncias, Produtos e Materiais.

ABSTRACT

Objective: to analyze the scientific production on the interrelationship between consumer, product and health. **Method:** this is an Integrative Literature Review carried out in the libraries and databases: VHL, PubMed, Scielo and Portal do Jornal CAPES. Two studies were found after application of two uncontrolled descriptors: “consumidor/ consumer”, “acidente/accident” combined with the recommended Boolean operator “AND” and two respective inclusion and exclusion criteria. **Results:** When analyzing two selected studies, it is possible that three categories may arise: Main factors that lead to the occurrence of consumption accidents, Methods for the prevention of two consumption accidents, Or the role of the health team in the prevention of two consumption accidents. **Conclusion:** In this regard, it is understood the importance of articulation for consumer accident prevention strategies, especially not referring to the promising role of the health team in this area, not involving prevention education and evaluations for the improvement of two products.

Descriptors: Delivery of Health Care, Patient Care Team, Consumer Advocacy, Health Danger Provoked by Substances, Products and Materials.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la producción científica sobre la interrelación entre consumidor, producto y cuidado a la salud. **Método:** Se trata de una Revisión Integrativa de Literatura realizada en las bibliotecas y bases de datos: BVS, PubMed, Scielo y Portal de Periódicos CAPES. Fueron registrados diez estudios tras la aplicación de los descriptores no controlados: “consumidor/ consumer”, “acidente / accident”, combinados por el operador booleano recomendado “AND” y los respectivos criterios de inclusión y exclusión. **Resultados:** El análisis de los estudios seleccionados permitió emerger tres categorías: Principales factores que conducen a la ocurrencia de accidentes de consumo, Métodos de prevención de accidentes de consumo, El papel del equipo de salud en la prevención de accidentes de consumo. **Conclusión:** En este contexto, se comprende la importancia de la articulación para las estrategias de prevención de accidentes del consumo, especialmente en lo que respecta al rol prometedor del equipo de salud en esta área, en lo que corresponda a la educación para la prevención y las evaluaciones para mejorar los productos.

Descriptores: Prestación de Atención de Salud, Grupo de Atención al Paciente, Defensa del Consumidor, Peligros en la Salud por Sustancias, Productos y Materiales.

Introdução

A Lei nº 8.078, criada em 1990, dispõe sobre a proteção e direitos do consumidor, conceituando-os como toda pessoa física ou jurídica, que em uma relação de consumo, adquire ou utiliza um determinado serviço ou produto, definido como qualquer bem, móvel ou imóvel e material ou imaterial. Portanto, a Política Nacional das Relações de Consumo preconiza a garantia desses bens por meio de padrões adequados de qualidade, segurança, durabilidade e desempenho, determinando que não devam acarretar riscos à saúde ou segurança aos consumidores, exceto aqueles reconhecidos como nocivos ou perigosos.¹

Dessa forma, entende-se por produto de consumo o conjunto de atributos que possui o objetivo de fornecer satisfação ou benefícios para o consumidor em potencial.² Porém, mesmo com vantagens notórias, o uso de tais produtos, comumente, se traduz em possíveis acidentes ou incidentes podendo trazer consequências que transitam entre frustrações, processos judiciais, danos materiais, lesões e mortes.³⁻⁴

Isso ocorre devido ao fato de os produtos de consumo terem alcançado um nível de complexidade e dificuldade não assimilado por seus usuários.⁵ Ademais, ao projetar mercadorias que requerem maior segurança, apenas a utilização de matéria-prima forte e durável não garante a integridade e seguridade do usuário, sendo necessário haver sistemas de segurança que atuam adequadamente.⁶

Outrossim, quando um dano gerado ao consumidor resulta em acidente, seja ele advindo do serviço prestado ou produto fornecido, é denominado acidente de consumo, mesmo que o indivíduo o tenha utilizado ou manuseado de acordo com as instruções de uso.⁷

No Brasil, o Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (Inmetro) vem monitorando os casos de acidentes de consumo desde 2006. Inicialmente, por meio do Banco de Dados de Acidentes de Consumo e, a partir de 2013, utilizando o Sistema Inmetro de Monitoramento de Acidentes de Consumo (SINMAC). O referido sistema é aberto à toda população e considera notificações de acidentes e incidentes ocorridos em qualquer ambiente, provocados por insegurança de produtos e serviços ou até mesmo o mau uso do consumidor. Ainda, o Inmetro torna público as estatísticas e relatórios de tais acontecimentos registrados.⁷

Assim, a partir da apuração realizada pelo Inmetro, é possível afirmar que os acidentes de consumo ocorrem em sua maioria no Sudeste do país, principalmente no Estado de São Paulo. No que se refere à faixa etária, entre 2006 e 2018, nota-se que o principal intervalo de idades com indivíduos acidentados foi a de 31 a 40 anos, embora em 2019 tenha ocorrido uma mudança, cuja principal faixa etária atingida foi de 0 a 3 anos de idade.⁷

Quanto ao nível de escolaridade, entre 2006 e 2015, os acidentes atingiram basicamente indivíduos com ensino superior completo. Nos anos 2016 e 2017, observa-se que o principal nível de escolaridade atingido passa a ser de pessoas com ensino superior incompleto. Em 2019, a mudança foi significativa, da qual a principal população atingida é a sem instrução, ou seja, os acidentes de consumo atingiram crianças e a notificação foi realizada por seus pais ou responsáveis.⁷

Em relação às lesões resultantes dos acidentes, é possível observar o predomínio de queimadura e corte em todos os levantamentos realizados. Quanto aos produtos causadores, são unanimidade os fogões, escadas domésticas e brinquedos.⁷

Os registros feitos no SINMAC auxiliam o instituto a identificar produtos e serviços que oferecem mais riscos à saúde e à segurança do consumidor. Assim, possibilita a execução de ações, promovidas por entidades públicas, órgãos de defesa do consumidor e indústrias, com o objetivo de reduzir a incidência de tais acidentes, além de alertar a população e diferentes segmentos profissionais. As intervenções decorrentes da percepção de agravos podem incluir o desenvolvimento de regulamentos técnicos, programas de avaliação da conformidade e ações educativas junto à população. E ainda, estimar o impacto destes eventos na produtividade do país e nas despesas no Sistema Nacional de Saúde.⁷

Nos Estados Unidos da América (EUA), apenas em 2012, foram registrados cerca de 36 milhões de acidentes de consumo, dentre os quais 35 mil foram fatais e representaram gastos em torno de trilhões de dólares para o país. Enquanto isso, no Reino Unido são gastos cerca de 35 bilhões de euros anualmente com o mesmo tipo de ocasião. No Brasil as publicações sobre a temática ainda são incipientes, porém, do total registrado em 2019, 23% das ocasiões requisitaram atendimento médico e 8% demandaram afastamento das atividades laborativas, podendo gerar repercussões importantes na economia do país.⁷

Diante disso, o presente estudo tem por objetivo analisar a produção científica realizada até o momento acerca da inter-relação entre consumidor, produtos e assistência à saúde.

Método

Trata-se de uma revisão integrativa, ou seja, consiste na análise de pesquisas relevantes de fontes secundárias por meio de levantamento bibliográfico que reúne conhecimentos sobre o fenômeno a ser investigado⁸. 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, contribui também para tomada de decisão que busque melhorar as evidências recentes.⁸

No presente estudo, optou-se por pesquisar em bases de dados de ampla divulgação científica no meio nacional e internacional, sendo utilizadas a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), a *United State National Library of Medicine* (PubMed), *Scientific Electronic Library Online* (Scielo) e o portal de Periódicos CAPES para maior alcance no que tange às publicações no âmbito nacional.

Na busca digital dos artigos científicos indexados nas bases de dados citadas, utilizaram-se os seguintes descritores não controlados: “consumidor” (*consumer*), “acidente” (*acident*), combinados pelo operador booleano “AND” como explicitado no Quadro 1.

Quadro 1 – Estratégia de busca nas bases de dados (n=2987). Brasil, 2020.

Base	Estratégia de busca	Resultados	Filtrados	Selecionados	Repetição
BVS (DECS)	tw: (consumidor AND acidente) AND (year_cluster:[1974 TO 2020])	544	1	0	1
SciELO (DECS)	Consumer and accident	7	2	0	0
PubMed (Mesh)	Consumer and accident	1520	65	9	0
Portal de Periódicos CAPES	Consumidor and acidente	916	5	1	1
Total	-	2987	73	10	2

A coleta de dados foi realizada no mês de março de 2020. Foram aplicados como filtros dentro das bases e como critérios de elegibilidade o idioma (textos publicados em português e inglês), período de publicação (entre 1974 a 2020) e sua disponibilidade integral (disponível integralmente). Após a seleção de títulos e resumos, foram incluídos estudos que responderam e atenderam o objetivo da pesquisa e foram excluídas revisões de literatura, dissertações e teses.

Após a leitura completa dos artigos, foi selecionada a amostra final de estudos, além de extrair as informações para composição do quadro sinóptico, sendo então os artigos apresentados por meio das seguintes variáveis: título, autores, formação base dos pesquisadores, ano de publicação, periódico de publicação, método, base de dados, conclusão e nível de evidência segundo o Método Grade⁹. Os estudos ainda foram categorizados e apresentados por temas centrais: principais fatores que levam a ocorrência de acidentes de consumo; métodos de prevenção dos acidentes de consumo; e, o papel da equipe de saúde na prevenção dos acidentes de consumo.

Resultados

Ao associar os descritores foram encontrados 544 textos na BVS, 1520 na PubMed, 7 na Scielo e 916 no Portal de Periódicos Capes. Em um primeiro momento, esses estudos foram analisados quanto ao título e resumo, permanecendo em avaliação dez estudos da PubMed, um do portal de periódico Capes e dois da Scielo. Na comparação dos resultados encontrados nas buscas entre as bases de dados, do total de treze, nenhum se repetiu, restando assim, treze publicações selecionadas para leitura integral dos textos. E posteriormente, quando analisados quanto ao seu conteúdo na íntegra, dez estudos foram incluídos, sendo 9 da PubMed e 1 do Portal de Periódicos Capes, e se encontram apresentados no quadro abaixo.

No quadro 2 é possível observar predomínio de estudos internacionais, em sua maioria na PubMed (n=9). Com o período de publicação compreendendo entre 1974 e 2020.

Quadro 2- Ordem, título, ano de publicação, periódico de publicação e base de dados (n=10). Brasil, 2020.

Nº	Título	Ano	Periódico	Base de dados
I	<i>Consumer Input for Child Safety Programs</i>	1974	<i>The Journal of School Health</i>	PubMed
II	<i>Playground Safety</i>	1992	<i>Journal of Pediatric Health Care</i>	PubMed
III	<i>A randomized trial of an intervention to prevent lawnmower injuries in children</i>	1998	<i>Patient Education and Counseling</i>	PubMed
IV	<i>Unintentional Strangulation in Children: A Professional Approach to the Problem</i>	2001	<i>International Journal of Trauma Nursing</i>	PubMed
V	<i>Child Passenger Protection: Then and Now</i>	2002	<i>Journal of Emergency Nursing</i>	PubMed
VI	<i>Danger in the Toy Box</i>	2005	<i>Journal of Pediatric Health Care</i>	PubMed
VII	<i>Pediatric Injuries Related to Window Blinds, Shades, and Cords</i>	2017	<i>Pediatrics</i>	PubMed
VIII	<i>Acidentes Domésticos infantis: Percepção e Ações dos Profissionais de Saúde da Urgência e Emergência</i>	2017	<i>Serviço Social e Saúde</i>	CAPES
IX	<i>Study of Child-resistant Packaging Technologies to Prevent Children from Accidental Ingestion of Drugs in Japan</i>	2018	<i>Yakugaku Zasshi</i>	PubMed
X	<i>Korean Consumers Recognition of Risks Depending on the Provision of Safety Information for Chemical Products</i>	2020	<i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i>	PubMed

No quadro 3 é exposto uma relação dos autores dos artigos abordados e sua formação de base, com predomínio da formação em enfermagem (n=6).

Quadro 3- Relação dos autores e suas respectivas formações de base(n=10). Brasil, 2020.

Nº	Autores	Formação base
I	MARTIN, G; HEIMSTRA, N.	Medicina e Psicologia.
II	SWARTZZ, M.	Enfermagem.
III	MAYER, J; ANDERSON, C; GABRIEL, K; SOWEID, R.	Enfermagem e Medicina.
IV	DREW, C.	Enfermagem.
V	KUSKA, T.	Enfermagem.
VI	STEPHENSON, M.	Enfermagem.

VII	ONDERS, B; KIM, E; CHOUNTHIRATH, T; HODGES, N; SMITH, G.	Medicina, Direito e Matemática.
VIII	AMARAL, A; PASCON, D; COSTA, J.	Serviço Social, Enfermagem e Medicina.
IX	MIZOGUCHI, M; MIURA G; OJIMAC F.	Farmácia.
X	KWON, S; YOO, H; SONG, E.	Administração Pública.

Fonte: Autores, 2020.

O quadro 4 evidencia a predominância de artigos com o desenho metodológico de pesquisas de opinião (n=5) com nível de evidência baixo (n=8), segundo o Método Grade e contribuições do estudo para a temática transcorrida.

Quadro 4 - Método, nível de evidência segundo o Método Grade e síntese do artigo (n=10). Brasil, 2020.

Nº	Método	Nível de evidência	Contribuições do estudo
I	Artigo de opinião.	Muito baixo.	Traz a necessidade de se considerar a participação do consumidor no planejamento de programas de segurança infantil.
II	Artigo de opinião.	Muito baixo.	Indica práticas seguras para a instalação e manutenção de playgrounds infantis, devendo considerar, localização, materiais, superfície, perigos gerais e inspeção periódica.
III	Ensaio clínico randomizado.	Alto.	Comprova a eficácia da intervenção educativa em ambiente clínico, em relação a comportamentos seguros associado a produtos de consumo.
IV	Artigo de opinião.	Muito baixo.	Após a avaliação do produto e do acidente foram constatadas falhas desde o uso de etiquetas até a modificação do produto pelo consumidor. Ademais, profissionais de trauma devem educar ativamente os consumidores e demais profissionais visando à diminuição das ocorrências de acidentes.
V	Artigo de opinião.	Muito baixo.	Relata as modificações que foram necessárias no produto para torná-lo mais seguro após a percepção de notificações variadas de acidentes ao longo dos anos.
VI	Artigo de opinião.	Muito baixo.	Cita uma série de comportamentos seguros que devem ser adotados por pais ou responsáveis ao lidar com a compra, manutenção e supervisão de brinquedos infantis.
VII	Estudo documental prospectivo analítico.	Moderado.	Normas de segurança obrigatórias devem ser elaboradas para a diminuição dos casos de acidentes relacionados a cabos de janela.
VIII	Transversal analítico.	Baixo.	Evidencia que profissionais prestam assistência aos acidentes domésticos buscando minimizar riscos e agravos. Porém, conta com alguns déficits.
IX	Transversal analítico.	Baixo.	Ao projetar medidas que tornem produtos mais seguros devem ser consideradas as características de desenvolvimento da população em questão.
X	Transversal analítico.	Baixo.	Afirma que o fornecimento de informação aos consumidores e educação deles afeta positivamente seu gerenciamento de risco ligado aos produtos.

Discussão

Principais fatores que levam à ocorrência de acidentes de consumo

Os principais acidentes de consumo relatados nos estudos foram: estrangulamento não intencional com uso de braçadeiras, lesões causadas pelo cortador de grama, acidentes ocasionados pela cadeirinha de transporte infantil, lesões relacionadas a cortinas, cabos e persianas, acidentes associados aos brinquedos infantis e ingestão acidental de drogas. Esses ocorreram em Boston, St. Louis, Palos Heights, Columbus e Dallas, cidades pertencentes aos Estados Unidos da América (EUA) e um no Japão.¹⁰⁻¹⁵

Os estudos realizados em Palos Heights e Boston apontam a influência dos avisos e instruções presentes no produto como causador dos acidentes. A investigação na cidade de Illinois discorre sobre alterações positivas nas ocorrências de morte e acidentes relacionadas às cadeiras de transporte infantil após a adoção de alguns métodos nas etiquetas, como: uso da língua inglesa de forma simples; aumento da quantidade de etiqueta de avisos; e, escolha de locais visíveis para o posicionamento destes.¹² Enquanto isso, a pesquisa da cidade de Massachusetts, relata ter realizado o atendimento de uma criança que havia sido estrangulada por uma braçadeira e, após checagem pela equipe, não possuía avisos sobre os perigos relacionados ao produto.¹¹

Por outro lado, a pesquisa realizada em St. Louis conduziu uma entrevista anterior à intervenção, da qual foi constatado que os pais não seguiam as recomendações presentes na etiqueta de avisos no produto, em que se recomendava não utilizar o produto perto de crianças e limpar o quintal antes de iniciar o processo de corte. Por fim, esses foram considerados os principais fatores relacionados à ocorrência dos acidentes com cortadores de grama.¹⁰ Nesse contexto, o estudo realizado em Dallas concluiu que parte dos acidentes relacionados a brinquedos foram decorrentes de pais ou responsáveis que ignoraram as recomendações presentes no rótulo do produto.¹³

No que tange ao design dos materiais como fator para a ocorrência de acidentes, segundo estudo realizado no Japão¹⁵ houve redução em um oitavo da ingestão acidental de drogas por crianças após mudanças na embalagem de medicamentos e a introdução de embalagens resistentes a crianças. A investigação de Palos Heights demonstra que as cadeiras de transporte infantil passaram por várias adaptações não só em seu design, como também no encaixe aos carros, a fim de reduzir o número de intercorrências relacionadas ao produto e torná-las mais seguras aos consumidores.¹²

Dentre outros fatores, pode-se citar também a alteração da originalidade do produto por parte dos consumidores,¹⁴ a falta de supervisão dos usuários infantis¹⁶ e os pais/responsáveis superestimarem a capacidade das crianças quanto ao uso.¹³

Além desses, é importante salientar a reconhecida influência dos determinantes sociais de saúde na ocorrência de acidentes, pois mesmo os acidentes ocorrendo sem distinção de classe social, os aspectos sociais e econômicos de vulnerabilidade se traduzem na deficiência no acesso à informação, ausência de infraestrutura adequada, escassez de ambientes de lazer e falta de educação de qualidade e políticas públicas direcionadas à prevenção de acidentes.¹⁶

Métodos de prevenção dos acidentes de consumo

A partir da busca das publicações, é possível afirmar que o comportamento preventivo deve ser reforçado no período da infância¹⁶ os estudos corroboram que as crianças são vítimas de acidentes mais frequentemente¹⁰⁻¹⁸ e os danos causados podem prejudicar o desenvolvimento infantil. Segundo a organização não governamental (ONG) *Safe Kids Worldwide*, 90% das lesões decorrentes de acidentes podem ser evitadas com conscientização da população, educação para prevenção, adaptação de ambientes e da legislação, de forma a fornecer mais segurança.¹⁶

Um estudo realizado no Texas¹³ avaliou os perigos relativos aos brinquedos e relacionou uma série de condutas preventivas que devem ser adotadas por pais/responsáveis ao lidar com a compra e manutenção. Logo, recomenda-se que ao adquirir um novo brinquedo, primariamente, é necessário verificar se o produto atende às recomendações dos padrões de segurança desenvolvidos pela comissão de segurança de produtos de consumo e obter informações de recall.

A partir disso, não se deve comprar brinquedos com peças pequenas e removíveis que tenham cordas ou semelhantes, que sejam pintados com material tóxico, evitar brinquedos elétricos e se necessário, acrescentar ao presente acessórios de proteção e segurança, tais como: capacete, joelheiras e cotoveleiras.¹³

Quanto ao comportamento preventivo, os responsáveis devem ensinar às crianças como utilizar o produto de forma segura, ler as instruções do produto, manterem-se alerta às notificações de brinquedos recolhidos, supervisionar as brincadeiras que envolvam brinquedos de montar e inspecionar materiais novos e velhos regularmente.¹³ Além da responsabilidade agregada aos pais e responsáveis da criança, salienta-se a importância do fabricante em fornecer uma mercadoria segura.¹⁰

Durante a análise das pesquisas, foi possível inferir alguns comportamentos, que se adotados por empresas de fabricação, podem ocasionar a comercialização de produtos mais seguros, tais como: a colocação de etiquetas de aviso nos produtos e o aumento da quantidade destas, devendo ocupar local de grande visibilidade; a instrução de segurança para a instalação; a recomendação da localização de instalação dos produtos adquiridos; a necessidade de inspeção frequente; a especificação dos perigos gerais; a recomendação do produto ao grupo de usuários pretendido a partir da idade; se há acessibilidade para deficientes físicos; a criação da rotulagem “amigável do consumidor”; a forma de armazenamento segura dos produtos; a adoção do uso de kits de segurança; e não menos importante, a introdução de embalagens resistentes a crianças que previnem a ingestão accidental de drogas.^{11-15, 18}

Ademais, devem ser avaliadas as características físicas, sociais e transculturais na elaboração de métodos de segurança como afirma um estudo realizado no Japão, no qual relata que houve barreiras para a introdução de embalagens resistentes a crianças, das quais previnem a ingestão accidental de drogas, diferentemente dos EUA. Isto, porque há diferenças entre as crianças das duas nacionalidades que implicam na efetividade de tal método preventivo.¹⁵

Diante disso, é fundamental que as advertências sejam elaboradas sobre os perigos do produto e principalmente, tornem-se públicas para que os agravos

parem de ocorrer.¹¹ Uma vez que, a partir do fornecimento de informações de riscos, consumidores passam a interpretar e identificar os perigos por meio de opiniões de especialistas e anúncios governamentais, por conseguinte, quanto maior o conhecimento que a população obtiver, maior será o efeito sobre a percepção de risco e pode ser um fator preditor para a elaboração de políticas públicas direcionadas.¹⁹

Dessa maneira, quando um consumidor é detentor de informações de segurança suas atitudes alusivas a um comportamento seguro são alteradas, bem como sua relação com produtos perigosos e gerenciamento de risco ambiental e de saúde. Destaca-se a importância também do fornecimento de diretrizes de resposta que agem positivamente no aumento de comportamento racional de segurança.¹⁹

Para tanto, na ocorrência de um caso que envolve lesão associada a um produto de consumo, essa deve ser relatada aos advogados do cliente, ao fabricante, a comunidade e aos profissionais de saúde. Tais relatórios criam dados informativos que podem ser utilizados para identificar tendências e alertar a população e os profissionais.¹¹

Uma das alternativas é a criação de comissões com a finalidade de proteger as comunidades de intercorrências relacionadas a produtos de consumo, como foi realizado nos EUA com a *Consumer Product Safety Commission* (CPSC), que se trata de uma agência federal independente que busca reduzir lesões, por meio de pesquisas, emissão de recalls, padronizações, fornecimento de informações e educação dos consumidores. Através de uma relação com veículos de comunicação, governos estaduais e locais, organizações privadas e consultas individuais.¹¹

Nesse contexto, um exemplo de sua atuação, foi a percepção de um grande número de acidentes associados a persianas, cortinas e cabos de janela, elencando essa ocorrência entre os cinco principais perigos encontrados em residência dos EUA e, a partir disso, foram desenvolvidos recalls e normas de segurança obrigatórias para o uso destes. Consequentemente, foi possível concluir que a prevenção primária mais eficaz está relacionada à modificação do produto e do ambiente.¹⁴

No que tange à educação da população como ferramenta de prevenção, é possível afirmar que há necessidade de investimento em educação permanente¹⁶, pois, a educação do consumidor afeta diretamente sua percepção de risco, que por sua vez, reflete na saúde pública e no gerenciamento de risco pessoal do público¹⁹. Portanto, é necessário orientar pais, responsáveis e cuidadores quanto aos perigos relacionados aos produtos.¹⁴

Em tempo, para o desenvolvimento de programas de segurança, é imprescindível que os desenvolvedores do projeto educativo reconheçam a necessidade da contribuição do consumidor ao planejar e avaliar tais programas. Como alternativa, os sites vêm se mostrando como um recurso de considerável eficácia.^{11,17}

Nas pesquisas realizadas em Palos Heights e St. Louis é possível compreender a importância da educação da população e sua influência na adoção de comportamentos seguros. No primeiro estudo, realizado no Estado de Illinois, constatou-se que muitas crianças morreram ao utilizar cadeiras de transporte infantil, devido às aulas educativas ofertadas aos pais fornecerem pouca ou nenhuma informação sobre como transportar crianças em segurança.¹²

Outro exemplo se constitui no estudo realizado no ambulatório de ortopedia do Cardinal Glennon Children's Hospital, em St. Louis, Missouri, que teve por objetivo conduzir uma intervenção educativa com pais e responsáveis alertando quanto ao uso correto do cortador de grama. A referida pesquisa concluiu que os pais que participaram da intervenção adotaram comportamentos seguros em relação ao produto, enquanto os indivíduos que não participaram não demonstraram nenhuma mudança de comportamento, evidenciando que ações educativas em ambiente clínico são efetivas.¹⁰

Nesse sentido, sistemas como o de urgência e emergência devem atuar também na prevenção dos agravos e na proteção da vida, redirecionando o foco de uma assistência voltada somente nas consequências dos agravos para um atendimento integral e integrado, buscando autonomia de seus clientes e coletividade.¹⁶

O papel da equipe de saúde na prevenção dos acidentes de consumo

Um elevado número de estudos analisados evidencia a importância dos profissionais de saúde na prevenção de acidentes relacionados a produtos de consumo.^{10,13-14} Assim, é possível concluir que esses atuantes em saúde devem operar minimizando agravos através de uma diversidade de intervenções que se complementam.¹⁶

Nesse âmbito, destaca-se o profissional de enfermagem, visto que, comumente as ocorrências de acidentes são identificadas primariamente em consultórios de Enfermagem, inclusive, esse ambiente é frequentemente compartilhado com assistentes sociais, que também o utilizam estrategicamente para observar e interpretar as condições e necessidades de saúde do paciente¹⁶. Por exemplo, uma pesquisa, realizada por Miranda Stephenson, apontou que os enfermeiros pediátricos ocupam a melhor posição para orientar os pais sobre a escolha de brinquedos seguros para seus filhos.¹³

Dentre os estudos analisados, a educação permanente com foco na prevenção de agravos e proteção da vida foi apontada como principal componente que deve estar presente na assistência prestada pelos profissionais de saúde¹⁶, uma vez que, habitualmente a adoção de um comportamento seguro e preventivo aos acidentes não faz parte do cotidiano familiar. Desse modo, é esperado que os profissionais compreendam o contexto da ocorrência dos acidentes e estejam capacitados em identificar os fatores de risco, devendo estar, igualmente, aptos em diagnosticar, supervisionar, encaminhar e notificar os problemas constatados.^{14,16}

Além desses, a prática profissional deve ser estendida adiante do ambiente da unidade de saúde, pois os profissionais têm que apoiar normativas públicas e esforços políticos para tornar os produtos de consumo mais seguros.¹³

Destaca-se também, que é imprescindível trabalhar de forma intersetorial para obtenção de um prognóstico positivo, assim, as ações são desenvolvidas a partir de uma responsabilização entre setores, por meio de variadas intervenções. À vista disso, deve-se compartilhar os achados com a equipe multiprofissional, de forma a traçar um atendimento integral, holístico, humanizado e efetivo aos pacientes e seus familiares.¹⁶

Pelo exposto, ao realizar a análise dos artigos não é possível observar a devida ênfase na importância da ação dos profissionais da Enfermagem nos

acidentes de consumo, tampouco condutas voltadas para a atuação da equipe de enfermagem. O estudo se limita devido à falta de identificação social da importância da temática, pouco interesse da comunidade científica em pesquisar o tema e o período de publicação ser muito alargado não apresentando uniformidade entre as publicações no que corresponde ao tempo e ao espaço, apesar de que os acidentes de consumo continuam acontecendo, mesmo com os avanços tecnológicos nesta área.

Conclusão

Para além de resumir as pesquisas e evidências sobre o tema, esse estudo possibilitou perceber o déficit de produções brasileiras a respeito, o que não torna seus impactos menos importante no país, pelo contrário, revela o quão o problema é invisibilizado.

Nota-se também a evidente importância do profissional de enfermagem neste tipo de acidente que é um dos primeiros a cuidar ou receber as pessoas acidentadas, seja no atendimento pré-hospitalar ou na classificação de risco nos hospitais, ademais de influenciar na prevenção através da educação em saúde.

Com a obtenção do conhecimento aqui exposto e associado aos acidentes de consumo, se torna possível pensar em propostas de intervenção visando à proteção da vida, promoção da saúde e prevenção de agravos.

Agradecimento

Essa pesquisa não recebeu financiamento para sua realização.

Referências

1. Brasil. Lei n. 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências [internet]. Brasília, 1990. [citado 2019 nov 09]. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=8078&ano=1990&ato=376UTRq1keFpWTab7>
2. Almeida H, Toledo J. Qualidade Total do Produto. Rev. Produção. 1992; 2(1): 21-37. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-65131992000100002>.
3. Souza JS, Miyazaki VK, Enoque AG. Reflexões acerca do consumo verde e sustentável na sociedade contemporânea. Cad. EBAPE.BR. 2017; 17(2), 403-413. 2017. doi: <https://doi.org/10.1590/1679-395167434>.
4. Pereira LFL et al. Consumir e consumir-se: gozo e capitalismo na contemporaneidade. Rev. Subj. 2019; 19(3): e7400. doi: <http://dx.doi.org/10.5020/23590777.rs.v19i3.e7400>.
5. Correia W, Soares M. Segurança do Produto: Uma Investigação na Usabilidade de Produtos de Consumo. Rev. Estudos em Design. 2007; 15(2): 1-20. doi: <https://doi.org/10.35522/eed.v15i2>.
6. Anais do 24º Encontro Nacional de Engenharia de Produção; 03-05 nov.2004; Florianópolis (SC) Brasil: ABEPRO; 2004.
7. Sistema Inmetro de Monitoramento de Acidentes de Consumo [homepage na internet]. Acidente de consumo [acesso em 09 nov 2019]. Disponível em: http://www.inmetro.gov.br/consumidor/acidente_consumo.asp?iacao.
8. 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. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.

9. 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.
10. Mayer J, Anderson C, Gabriel K, Soweid R. A randomized trial of an intervention to prevent lawnmower injuries in children. *Patient Education and Counseling*. 1998; 34(3): 239-246. doi: [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(98\)00032-9](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(98)00032-9)
11. Drew C. Unintentional strangulation in children: a professional approach to the problem. *International Journal of Trauma Nursing*. 2001; 7(2): 60-3. doi: 10.1067/mtn.2001.115460.
12. Kuska T. Child Passenger Protection: Then and Now. *Journal of Emergency Nursing*. 2002; 28(1): 52-6. doi: <https://doi.org/10.1067/men.2002.118725>
13. Stephenson M. Danger in the Toy Box. *Journal of Pediatric Health Care*. 2005; 19(3): 187-189. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2005.03.002> .
14. Onders B, Kim E, Chounthirath T, Hodges N, Smith G. Pediatric Injuries Related to Window Blinds, Shades, and Cords. *Pediatrics*. 2017; 141(1): 1098-4275. doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2017-2359>.
15. Mizoguchi M, Miura G, Ojima F. Study of Child-resistant Packaging Technologies to Prevent Children from Accidental Ingestion of Drugs in Japan. *Yakugaku Zasshi*. 2018; 138(8): 1103-1110. doi: 10.1248/yakushi.18-00013.
16. Amaral A, Pascon D, Costa J. Acidentes domésticos infantis: percepção e ações dos profissionais de saúde da urgência e emergência. *Rev. Serviço Social e Saúde*. 2017; 16(2) : 171-188. doi: <https://doi.org/10.20396/sss.v16i2.8651461>.
17. Martin G, Heimstra N. Consumer Input for Child Safety Programs. *J Sch Health*. 1974; 44(2):80-2 doi: 10.1111/j.1746-1561.1974.tb05202.x.
18. Swartz M. Playground Safety. *Journal of Pediatric Health Care*. 1992;6(3): 161-2. doi: [https://doi.org/10.1016/0891-5245\(92\)90149-X](https://doi.org/10.1016/0891-5245(92)90149-X).
19. Kwon S, Yoo H, Song E. Korean Consumers' Recognition of Risks Depending on the Provision of Safety Information for Chemical Products. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020; 17(4): 1-12. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph17041207> .

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.
iefilho@yahoo.com.br

Impacto do alcoolismo na vida social e familiar

Impact of alcoholism on social and family life

Impacto del alcoholismo en la vida social y familiar

Maria José Vieira da Silva¹, Simone Nunes Viana de Sousa², Clézio Rodrigues de Carvalho³

Como citar: Silva MJV, Sousa SNV, Carvalho CR. Impacto do alcoolismo na vida social e familiar. REVISA. 2021; 10(3): 481-92. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n3.p481a492>

REVISA

1. Faculdade de Ciências e Educação
Sena Aires. Valparaíso de Goiás,
Goiás, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-0342-7806>

2. Faculdade de Ciências e Educação
Sena Aires. Valparaíso de Goiás,
Goiás, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0001-9417-691X>

3. Faculdade de Ciências e Educação
Sena Aires. Valparaíso de Goiás,
Goiás, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-1511-6917>

Recebido: 22/04/2020

Aprovado: 21/06/2020

RESUMO

Objetivo: Destacar a relevância das implicações do alcoolismo na vida do indivíduo, tanto social como familiar. **Método:** Pesquisa do tipo exploratória, bibliográfica e descritiva. **Resultado:** O presente trabalho buscou conhecer a realidade do alcoolismo, no Brasil, em meio aos estudos de vários autores. Buscando destacar os motivos que impulsiona o uso do álcool, os danos e tratamentos possíveis. **Conclusão:** O alcoolismo pode ser determinado como um conjunto de problemas relacionados ao consumo excessivo de álcool por indivíduos que apresente uma maior probabilidade para o vício. Alimentando uma roda viva de adoecimento físico, adoecimento psicológico, adoecimento emocional e desagregação do sistema familiar.

Descritores: Alcoolismo; Indivíduo; Adoecimento.

ABSTRACT

Objective: To highlight the relevance of the implications of alcoholism in the individual's life, both social and family. **Method:** Exploratory, bibliographic and descriptive research. **Result:** The present work sought to know the reality of alcoholism in Brazil, in the midst of studies by several authors. Seeking to highlight the reasons that drive alcohol use, the possible damages and treatments. **Conclusion:** Alcoholism can be determined as a set of problems related to excessive alcohol consumption by individuals who are more likely to be addicted. Feeding a living wheel of physical illness, psychological illness, emotional illness and breakdown of the family system.

Descriptors: Alcoholism; Individual; Illness.

RESUMEN

Objetivo: Resaltar la relevancia de las implicaciones del alcoholismo en la vida del individuo, tanto social como familiar. **Método:** Investigación exploratoria, bibliográfica y descriptiva. **Resultado:** El presente trabajo buscó conocer la realidad del alcoholismo en Brasil, en medio de estudios de varios autores. Buscando destacar los motivos que impulsan el consumo de alcohol, los posibles daños y tratamientos. **Conclusión:** El alcoholismo se puede determinar como un conjunto de problemas relacionados con el consumo excesivo de alcohol por parte de individuos que tienen más probabilidades de ser adictos. Alimentando una rueda viva de enfermedad física, enfermedad psicológica, enfermedad emocional y ruptura del sistema familiar.

Descriptores: Alcoholismo; Individual; Enfermedad.

REVISÃO

Introdução

O presente trabalho representa a análise e a reflexão à cerca do alcoolismo e seus impactos nas esferas sociais. Tratando-se do reflexo do consumo excessivo e prolongado do álcool. O alcoolismo pode ser classificado como vício de ingestão excessiva de bebidas alcoólicas, dentro deste quadro é possível observar a dependência, a abstinência, o abuso, a intoxicação, a síndrome amnésica, a demência alucinatória, os delírios de humor, os distúrbios sexuais, a ansiedade, as alterações do sono, entre outros distúrbios.¹

O convívio com um dependente de álcool não é uma convivência fácil para os familiares e amigos, pois os problemas afetam a todos, desgastando as relações. Além de um problema de saúde física é também uma doença social, e o tratamento deve envolver a todos.¹

É uma doença grave, tanto fisicamente como psicologicamente, afetando o alcoólatra e as pessoas que convivem com ele. Causando em seus familiares e amigos um grande estresse emocional, além da possibilidade de violência, maus tratos e brigas.¹

De acordo com o Ministério da Saúde o uso constante de álcool causa dependência física e psicológica, transformando o usuário ocasional em viciado, podendo levar à morte pelo consumo excessivo e até mesmo debilitar progressivamente o organismo de quem a usa. É possível constatar que a magnitude do problema e uso indevido de álcool, verificada nas últimas décadas, ganhou proporções tão graves que passou a ser uma questão de saúde pública no país. E esta situação se reflete nos demais segmentos da sociedade, sendo comprovada através de sua relação com os agravos sociais, entre eles: acidentes de trânsito e de trabalho, violência domiciliar e crescimento da criminalidade.¹

Entre outras patologias o alcoolismo se destaca como um grave desajuste no contexto intrafamiliar, prejudicando o desenvolvimento psicossocial, afetando crianças, jovens e adultos. É uma doença que afeta a saúde física, emocional e o comportamento do dependente.²

A relevância social desta pesquisa se justifica na busca do estudo aprofundado sobre o tema proposto, devido a seus graves efeitos nocivos dentro das esferas sociais.

O estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica realizada com levantamento de dados em fontes como artigos, livros e sites da internet que abordam o tema proposto. E ficou composto como uma revisão de literatura que traz principais conceitos de alcoolismo, com base no levantamento teórico.

Método

Para realização desta pesquisa foram utilizadas informações disponíveis em livros, artigos e sites online, como o site do Ministério da Saúde, da Organização Mundial da Saúde, Medscape, Pubmed, SciELO e outros diversos.

Compondo uma pesquisa do tipo exploratória, bibliográfica e descritiva. Tendo como objetivo principal o aprimoramento do tema proposto através da leitura de dados concretos, possibilitando a análise da produção científica sobre o alcoolismo.

Com tudo, 32 autores foram consultados e 24 tiveram seus estudos e contribuições descritos no trabalho.

A pesquisa bibliográfica aprofundou o teórico conceitual com informações que contextualizaram o objetivo da pesquisa. Para descrever e estudar determinados fenômenos, porém para determiná-los é necessário que o assunto abordado esteja suficientemente descrito e detalhado.

Resultados e discussões

O álcool, considerado uma droga lícita, é uma substância que lentamente se torna perigosa e muito prejudicial para o organismo. O consumo constante vicia e é responsável por danos à saúde, acidentes, problemas sociais, entre outros.

O presente trabalho buscou conhecer a realidade do alcoolismo no Brasil, em meio aos estudos de vários autores. Buscando destacar os motivos que impulsiona o uso do álcool, os danos e tratamentos possíveis.

Os resultados foram aqui apresentados considerando as principais categorias apontados nos estudos analisados, durante a revisão sistemática, destacando os de maior relevância para a proposta apresentada.

O gatilho para o início do consumo, o crescimento do uso, os tratamentos e relevância do apoio familiar, foram tópicos relevantes para o trabalho. Foi identificado ainda, por meio de estudos, como fatores de risco associados ao uso de álcool precoce, o sexo masculino e o divórcio dos pais. A diferença de personalidade (ansiedade, depressão, culpa, timidez, mau-humor, agressividade, egocentrismo, impulsividade e drama) e de ambientes (locais onde o acesso a bebida é facilitado) como estímulo para o alcoolismo.

É interessante destacar outro estudo que são as relações significativas entre relação familiar e uso de álcool. Há outros artigos que citam a possível contribuição do trabalho o abuso de álcool ou que o problema estaria na forma de selecionar/contratar trabalhadores para atividades com elevado risco ocupacional, como estresse laboral, ausência de reconhecimento, violência, assédio moral, ruptura no elo trabalho-vida social, sobrecarga, pressão temporal, condições térmicas desfavoráveis, ausência de garantias trabalhistas e outros elementos mais relacionados à organização do trabalho e relações socioprofissionais.²

Sejam problemas pessoais, médicos, sociais, profissionais ou familiares, os motivadores para o consumo excessivo do álcool é unânime dizer que o uso do álcool na sobrevivência e enfrentamento dos males sociais só tende a piora o quadro já existente.

O alcoolismo é um problema que causa diversos prejuízos e todas as ordens. O indivíduo que perde o controle ao consumir álcool tende a ser excluído das relações sociais, do espaço social, bem como do seu local de trabalho.³

O ato de beber pode ser situado como um fenômeno social, marcado por aprendizagens e finalidades. Isso é o oposto das pesquisas de caráter hegemônico: foco no moralismo, centralidade no âmbito do patológico, da doença, do desviante, da falta de caráter, do indivíduo. Esse conjunto de estudos está longe de debater o papel da sociedade na produção do ato de beber e de focalizar nos espaços que permitem transitar nessa discussão, listados como o próprio trabalho e suas exigências, os valores, os atos sociais, as inscrições culturais que se relacionam com beber em seus diferentes modos e intensidades.³

Os tratamentos não evoluíram muitos nos últimos anos, mas apresentam grande apoio ao indivíduo que realmente quer se livrar da dependência do álcool.

Alcoolismo: doença ou fraqueza

O álcool é muito utilizado por seus efeitos desinibidores, antidepressivo e de fácil acesso, tornando-se um dos maiores problemas de saúde pública que afetam homens e mulheres em todas as idades e classes sociais, o alcoolismo, descrito por esta associado ao forte desejo de beber e dificuldade em controlar o consumo e a utilização insistente apesar das consequências negativas que o álcool produz.⁴

Quando refletimos sobre o conceito da palavra droga, logo pensamos em cocaína, heroína, maconha, craque entre outros tantos nomes que são dadas às drogas lícitas e ilícitas existentes. Não nos deportamos ao álcool como sendo uma das drogas mais utilizadas e mais nocivas ao ser humano da nossa atualidade, pois o álcool é consumido desde os tempos mais primitivos da nossa sociedade e é visto como complemento dos momentos de alegria e de festa, onde as pessoas se reúnem para comemorar e celebrar a vida.⁴

O álcool é definido como uma droga bastante poderosa e que mata mais pessoas que todas as drogas juntas, com exceção apenas do cigarro, por ser uma droga lícita e de fácil acesso a todas as camadas da sociedade devido ao baixo valor, ela faz vítimas em todas as classes sociais.⁵

Os dependentes do álcool e sua família estão sujeitos a vivenciar algumas das expressões da questão social. Entre essas expressões, destacam-se o desemprego, a sub habitação, a desnutrição, a precarização dos serviços de saúde e outras problemáticas que atingem, especialmente, a população de baixa renda, sobre a qual incidem de forma mais perversa as desigualdades sociais.⁵

A ingestão de maneira abusiva de álcool está relacionada a causar diversas patologias e transtornos como os mentais em geral, cirrose hepática, pancreatite, câncer, além de estar associado à ocorrência de acidentes de trânsito e homicídios. Aproximadamente 5,2 milhões de mortes por acidentes ocorrem todos os anos, destas, 1,8 milhões estão associadas ao consumo de bebidas alcoólicas.⁶

Do ponto de vista da saúde o alcoolismo é uma doença crônica, com aspectos comportamentais e socioeconômicos, caracterizada pelo consumo compulsivo de álcool, na qual o usuário se torna progressivamente tolerante à intoxicação produzida pela droga e desenvolve sinais e sintomas de abstinência, quando a mesma é retirada.⁶

Nesse contexto, surgem as várias formas de resistência e enfrentamento à situação de dependência do álcool, através da busca de políticas públicas, dos programas específicos de atenção ao alcoolista e sua família e, também, do acesso à rede de apoio social. O uso constante de álcool causa dependência física e psicológica, transformando o usuário ocasional em viciado, podendo levar à morte pelo consumo excessivo e até mesmo debilitar progressivamente o organismo de quem a usa.⁷

Estudiosos acreditam que a ação do álcool no sistema central, dá-se por que o álcool entra rapidamente no cérebro com inúmeros efeitos nos neurônios, ou seja, boa parte dos sistemas neuroquímicos, provocando alterações nos neurotransmissores serotoninérgicos, nos dopaminérgicos no VTA e no núcleo

acumbente e na liberação de peptídeos opióides no sistema nervoso central que causam seus efeitos prazerosos.⁸

A exposição ao álcool em um pequeno período de tempo reduz os impulsos elétricos dos neurônios determinando a depressão da atividade cerebral e dos nervos, como consequência do aumento da atividade do GABA nos receptores GABA-érgicos já que diminui a ação dos aminoácidos excitatórios, por exemplo, o glutamato ao nível dos receptores NMDA.⁸

O consumo assumido de substâncias com ação psicotrópica tem evoluído de acordo com os percursos civilizacionais e que, embora numa primeira fase atue no funcionamento mental (causando euforia, estimulante, anestesiante, inebriante), numa segunda fase, induz em dependência e tolerância, apresentando elevados riscos biopsicossociais imediatos.⁹

Durante anos o alcoolismo foi considerado por muito tempo como um “problema moral”, com o passar do tempo, constatou que trata-se de uma patologia e um dos pressupostos é que os dependentes teriam características genéticas e de personalidade diferentes do restante da população sendo possível destaca-se um biótipo.⁹

Em 1967, na 8ª Conferência Mundial de Saúde, o alcoolismo foi incorporado na Classificação Internacional das Doenças. Nesta oportunidade a Organização Mundial de Saúde classificou as drogas pelo seu grau de periculosidade, utilizando critérios como o maior ou menor perigo tóxico, a maior ou menor capacidade de provocar a dependência física e a maior ou menor rapidez em que esta dependência se estabelece. Com base nestes critérios, as drogas são classificadas como: Grupo 1: ópio e derivados (por exemplo, morfina e heroína); Grupo 2: barbitúricos e álcool; Grupo 3: cocaína e anfetaminas; Grupo 4: LSD, canabinoides, tabaco, entre outros.¹⁰

Atualmente o alcoolismo é conceitualmente descrito na Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e na quarta revisão do Manual Diagnóstico e Estatísticos dos Transtornos Mentais da Associação Norte Americana de Psiquiatria (DSM-IV) como síndrome de dependência do álcool. Assim, a definição de alcoolismo adotada em CID-10 e DSM-IV passou a privilegiar também os padrões de consumo e não só os resultados da ingestão excessiva do álcool.¹⁰

A magnitude do problema do uso indevido do álcool, verificada nas últimas décadas, ganhou proporções tão graves que hoje é uma questão de saúde pública no país. Além disso, este contexto também é refletido nos demais segmentos da sociedade por sua relação comprovada com os agravos sociais, tais como: acidentes de trânsito e de trabalho, violência domiciliar e crescimento da criminalidade.¹¹

O alcoolismo depende de variáveis sociais, econômicas e culturais. Envolve um continuum multideterminado de comportamentos relacionados ao beber. Os problemas relacionados ao álcool não resultam apenas do exagero da quantidade consumida, mas da ausência de controle da forma de consumo (quando, onde e quanto). O abuso de álcool gera dependência, depressão e instabilidade de personalidade.¹¹

Uma pessoa consome álcool abusivamente por diversos motivos, podendo-se citar alguns exemplos como a necessidade de álcool para aceitar a realidade, a tendência a fugir às responsabilidades, a angústia, agressividade, má resistência às frustrações e tensões; o nível de consciência tende a levá-lo a uma

conduta impulsiva, negligente perante a família, frequentes perdas de emprego, problemas financeiros, agressividade perante a sociedade. Poderá haver algum contributo genético que facilite a dependência do álcool, mas fatores culturais são, sem dúvida, os mais importantes.¹²

O alcoolismo é a reivindicação de um gozo infinito. O alcoolista procura a possibilidade do gozo e deseja ser reconhecido e respeitado como sujeito. É alguém que não tem receios, não para diante de barreiras ou limites, está disposto a ir até o fim na busca do prazer.¹²

Este comportamento tem um preço, comparando o cérebro de um dependente alcoólico ao de uma pessoa saudável, o de um alcoólatra apresenta atrofia, pois os neurônios são, progressivamente, destruídos, o fato pode ser observado pela dilatação dos ventrículos, pelo estreitamento do corpo caloso (a principal conexão entre os dois hemisférios) e pela redução do hipocampo (região da memória).¹²

São várias as consequências individuais e sociais do consumo de álcool, além da embriaguez, pois seu consumo abusivo é responsável por muitos óbitos e incapacidades (devido aos acidentes e doenças que provoca), falta de produtividade no trabalho e violência familiar e criminal. Todos esses fatores, aliados ao fato de provocar grande dependência física e psíquica e ser das poucas substâncias que causam lesões irreversíveis.¹³

As situações de violência, criminalidade, acidentes de trânsito ocasionados por indivíduos alcoolizados não deixam dúvida que o alcoolismo é também uma doença cujos sintomas sociais devem ser alertados e prevenidos. Isso dá margem muitas vezes para que a sociedade trate o indivíduo de forma a excluí-lo de seu meio, o que faz com que o alcoolista tenha dificuldades para se reconhecer como doente.¹³

Segundo o padrão Internacional considera-se o uso nocivo do álcool, quando seu consumo semanal para adultos é de 21 doses para homens e de 14 doses para mulheres. Uma dose equivale a uma taça de vinho, uma lata de cerveja ou dois dedos de uísque.

Com a continuidade de ingestão da droga e seu aumento na concentração sanguínea o cérebro começa a demonstrar sinais de deterioração, provocando desequilíbrio, alteração da capacidade cognitiva, dificuldade crescente para a articulação das palavras, falta de coordenação motora, movimentos vagarosos e irregulares dos olhos, visão dupla, rubor facial e taquicardia.¹³

O pensamento fica desconexo e a percepção da realidade se desorganiza. Mais tarde ainda surgem letargia, diminuição da frequência cardíaca, queda da pressão arterial, depressão respiratória e vômitos, que podem eventualmente ser aspirados e chegar aos pulmões provocando pneumonia ou outros efeitos colaterais perigosos. Para concluir, pode acontecer estupor e coma, depressão respiratória severa, hipotensão e morte. E todos estes sintomas podem acarretar em inúmeros sinistros.¹⁴

Estatísticas da Associação Brasileira de Álcool e Drogas (ABEAD) relatam que a associação de álcool e direção é responsável por 75% dos acidentes de trânsito com mortes; 39% das ocorrências policiais, e constitui-se a 3ª causa de absenteísmo, respondendo por 40% das consultas psiquiátricas no Brasil.¹⁴

Além disso, dados do Ministério da Saúde do Brasil, demonstram que os Transtornos Mentais são a 4ª causa de internação hospitalar, sendo suplantada

apenas pelas internações por problemas respiratórios, circulatórios e dos partos, sendo o álcool a razão principal em 20,6% dos casos.¹

O alcoolismo dentro de uma família traz uma grande dose de estresse, transformando-se rapidamente numa doença de todo o grupo familiar, como postulou Jackson em 1954. Esse estresse é responsável pelo rompimento da estabilidade que, por sua vez, conduz a família a um exagerado apego ao conhecido, cronificando atitudes calcadas em mecanismos reguladores.¹⁵

O certo é que não há ainda certeza do que leva uma pessoa a ser um dependente em álcool, já que é um transtorno pessoal de quem a adquire, pois o que é perceptível é que cada pessoa reage de uma forma diferente e por diversas razões, contextos e circunstâncias.¹⁵

Distúrbios relacionados com uso de álcool

O alcoolismo de fato é considerado uma doença, cuja OMS (Organização Mundial da Saúde) determina como toxicomania, ou seja, resulta na dependência que a droga causa ao organismo, quando essa é administrada frequentemente, gerando, então, uma compulsão pela substância de forma contínua, com o propósito de sentir os efeitos psíquicos ou até mesmo para evitar algum desconforto da SAA (Síndrome da Abstinência Alcoólica), quando o alcoólatra interrompe o uso do álcool.¹⁵

Temos ainda um grupo que não apresenta as características típicas de uma pessoa alcoolizada (como dificuldades para andar e falar), o que torna mais tardio o diagnóstico do uso contínuo do álcool.¹⁶

A tolerância é caracterizada por uma resistência que o organismo apresenta devido à adaptação no uso contínuo do álcool em uma mesma dose, no qual o SNC (Sistema Nervoso Central) torna-se tolerável a uma rotina de nível alcoólico na corrente sanguínea. Clinicamente, é representada por indivíduos que conseguem fazer uso da bebida sem apresentar sinais de embriaguez, diferentemente daquele que apresenta efeitos indesejáveis, ou seja, não tolerantes.¹⁶

Segundo dados um grande número de indivíduos que apresenta a Síndrome de Dependência, tem transtornos do SNC (Sistema Nervoso Central), como epilepsia e esclerose múltipla. E justificam o uso do álcool como paliativo para as perturbações causados pelos transtornos.¹⁶

No sistema cardiovascular o uso crônico de bebidas alcoólicas é considerado um fator responsável pela elevação sistólica e diastólica da pressão decorrente do aumento na irrigação dos vasos sanguíneos, causando hipertensão, arritmia cardíaca e miocardiopatia.¹⁷

Já nos músculos esqueléticos dos etilistas ou não, o efeito é devido ao uso agudo ou crônico do álcool, fazendo com que tenha uma menor força muscular, ocasionado por uma diminuição da síntese de proteínas musculares, caracterizando uma atrofia nas fibras dos músculos.¹⁷

No sistema gastrointestinal e no fígado foi comprovado através de estudos que a ingestão do etanol em longo tempo, como no uso crônico, pode ocasionar grandes problemas, dentre eles a gastrite, devido às secreções gástricas estarem aumentadas, podendo levar a um refluxo gastroesofágico. O quadro pode ser revertido com o uso de inibidores da bomba de prótons e a retirada do álcool.¹⁷

A hepatopatia é a doença diagnosticada pelo uso abusivo do álcool principalmente de uso crônico levando a um comprometimento do fígado podendo causar uma esteatose hepática alcoólica e, conseqüentemente, o quadro pode evoluir causando uma cirrose, impossibilitando o órgão de sua função, sendo necessário o transplante de fígado.¹⁸

No Sistema Nervoso Central (SNC) a ação do álcool embora tenha ação ansiolítica, assim como os barbitúricos e benzodiazepínicos, e seus efeitos causam depressão. Essa ação ocorre simultaneamente conforme a concentração sanguínea aumenta, provocando desde sensações prazerosas a um estado de embriaguez ou intoxicação.¹⁸

A dependência também apresenta distúrbios dissociativo no meio familiar onde o indivíduo está inserido. Quando o assunto envolve álcool e família requer um cuidado especial devido à fragilidade que existe na união dos membros causada pelo distanciamento emocional do dependente. Isso caracteriza a destruição do lar, onde a família por não saber lidar com a situação, ignora o alcoólatra ou até mesmo se tornam vítimas da violência. Nesta situação, os cuidados devem estar voltados, não somente para o alcoólatra, mas para toda a família.¹⁸

O vício pelo álcool atinge um maior número de indivíduos do sexo masculino em que a parceira tenta manter a união com o companheiro por motivos da constituição familiar, onde envolvem os filhos, os momentos de alegria, a simples concepção religiosa da união, ou até mesmo pelo fato de ser mulher e procurar manter a dignidade perante a sociedade. No entanto, os filhos são de fato os membros da família de grande alvo para o alcoolismo devido à convivência em um lar desestruturado, como a separação dos pais ou o simples fato de conviver com o pai alcoólatra.¹⁹

O fracasso que o álcool ocasiona ao indivíduo deixa-o impossibilitado de realizar seu papel na sociedade, seja no ambiente familiar, no trabalho, na vida financeira e no trânsito, tornando-se trágico, não somente para o dependente, mas para todos que vivem a seu redor.¹⁹

Para o bebedor manter o uso da bebida é necessário um alto gasto, onde começa a ter um descontrole financeiro. Daí por diante, as demais complicações surgem com maior facilidade, como o empréstimo feito pela família para pagar as dívidas, devido não ter mais condições para arcar com as despesas. Tudo isso leva a um desequilíbrio, envolvendo todos a sua volta, sendo que a desonestidade é um fator resultante do uso do álcool, que ocasiona a perda do trabalho, ou seja, um desequilíbrio social total.¹⁹

No Brasil, pesquisas mostram que cerca de 70% dos adultos desenvolvem dependência da droga devido à resistência que o organismo atribui ao uso repetido em mesma quantidade de álcool. Determina-se então, fator desencadeante pelo uso crônico da substância, que leva a um ato compulsivo de beber, sendo esta causada por uma dependência física, que resultam uma Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA), no qual é diagnosticada por sinais e sintomas específicos.²⁰

Estudos relatam que a SAA (Síndrome de Abstinência do Álcool) tem início após 6 horas da retirada ou diminuição do álcool de indivíduos dependentes, ocasionando um quadro clínico por manifestações desde insônia, tremores, náuseas, inquietação, a complicações mais graves, como convulsões em aproximadamente 5% dos pacientes, e delirium tremens (DT), caracterizado por

uma confusão mental que se apresenta entre 72 a 96 horas após a abstinência alcoólica, devido à disfunção motora e autonômica. A taxa de mortalidade no DT é de 2 a 25%.²⁰

Tratamento do alcoolismo

Entre as formas mais usuais para o tratamento do alcoolismo estão:

Desintoxicação, implica na abstinência de álcool para eliminá-lo completamente do organismo. Leva de quatro a sete dias, aproximadamente (de acordo com o organismo do indivíduo). Pessoas que passam pela desintoxicação normalmente tomam medicações para prevenir delírios e outros sintomas da abstinência.²⁰

Aconselhamento: são sessões de aconselhamento e terapia que podem ser individuais ou em grupo, com o objetivo de auxiliar na recuperação do alcoólatra, identificando situações nas quais as pessoas podem ser tentadas a beber e encontrando meios de contornar esse desejo. Um dos programas de recuperação mais conhecidos são os Alcoólicos Anônimos (AA). Um programa de 12 passos que orienta os alcoólatras em recuperação.²¹

Auxílio familiar: o dependente precisa ter uma motivação que o faça ir contra seus impulsos, neste quadro a família deve demonstrar apoio e eliminar do contexto fatores que estimulem ou favoreçam o consumo de álcool.²¹

Medicamentos: alguns remédios são administrados para prevenir recaídas (de acordo com o médico e o estado do paciente). Alguns reduzem o desejo de beber, bloqueando as regiões do cérebro que sentem prazer quando o álcool é consumido; outros causam uma reação física grave ao álcool, que inclui náusea, vômitos e dores de cabeça.²¹

A farmacoterapia é um método utilizado tendo como principais objetivos tratar pacientes alcoólatras de forma que se reintegrem à sua vida social, sendo um meio no qual vai depender da autoestima e dedicação pessoal. Trata-se a SAA (Síndrome da Abstinência Alcoólica) por meio de medicamentos que podem ser associados a grupos de apoio chamado de Alcoólicos Anônimos. Entre os medicamentos mais utilizados para tratamento do alcoolismo destacam-se o dissulfiram, o acamprosato e a naltrexona.²²

O uso do dissulfiram se diferencia entre os demais fármacos para o tratamento do alcoolismo, pois é considerado de uso antigo e era utilizado sem o consentimento do indivíduo alcoólatra, levando a uma diminuição no seu uso devido apresentar vários efeitos colaterais, quando associado com o álcool. Causa disso é o seu efeito aversivo, devido à inibição da enzima aldeído desidrogenase, levando, então, ao aumento da concentração de acetaldeído na corrente sanguínea de 5 a 10 vezes, causando sintomas indesejáveis de leve a grave.²²

As manifestações indesejáveis após o uso do álcool costumam levar de 15 a 30 minutos para aparecerem, provocando taquicardia, falta de ar, diminuição da pressão arterial e outros efeitos, no qual é necessário informar o indivíduo das reações colaterais que ocorrem se o mesmo for associado com o etanol, ou seja, o paciente deve permanecer abstinência pelo menos 12 horas para poder ter boa resposta ao tratamento. A dose administrada do medicamento é de 500mg ao dia, e depois, pode variar de 125 a 500mg/dia.²²

Acamprosato é uma droga que tem a ação de bloquear o neurotransmissor glutamato, produzido em maior quantidade devido ao uso crônico do álcool. O acamprosato possui efeito semelhante ao do GABA, pois age diminuindo a atividade excitatória do SNC quando houver a abstinência alcoólica. De certa forma, é bem tolerado pelo organismo e a reação adversa mais comum encontrada é a diarreia. O tratamento com esse fármaco é feito através de comprimidos de 333mg sendo administrado 3 vezes por dia.²³

A Naltrexona é um medicamento aprovado em 1994 para tratamento do alcoolismo, e tem como principal objetivo inibir os receptores opióides para que a sensação de prazer reforçado pelo álcool, principalmente de uso crônico, ocasionado pelo aumento da dopamina seja reduzida. É um medicamento que age diretamente antagonizando esses receptores, fazendo com que a vontade de consumir bebidas alcoólicas diminua, facilitando com isso na prevenção de recaídas, por aumentar o tempo de abstinência. Mesmo ingerindo álcool, a pessoa consegue ter um controle sobre a droga devido ao efeito da Naltrexona.²³

O tratamento da doença é feito pela administração de uma dose diária de 50mg, ressaltando que vários estudos relatam a associação do tratamento medicamentoso com terapia psicossocial para um melhor resultado. Pode apresentar efeito colateral como náuseas, principalmente em mulheres. É necessária uma grande atenção sobre a associação da naltrexona com dissulfiram, pois ambos são potencialmente hepatotóxicos.²³

No tratamento farmacológico, durante a dispensação medicamentosa, os riscos que podem ocorrer, quando associado o medicamento com o álcool, devem ser informados, aconselhando o seu uso correto para poder obter um bom resultado. É importante, também, orientar a família dos riscos durante o tratamento, pois o indivíduo pode ter recaídas, e é fundamental a compreensão da família para ajudá-lo na superação.²⁴

O diagnóstico laboratorial, requerido pelos médicos complementa a avaliação quando o mesmo suspeitar da dependência ao álcool, solicitando alguns exames com o objetivo de investigar de forma adequada as alterações orgânicas decorrentes da doença que leva a SAA (Síndrome da Abstinência Alcoólica). São solicitados exames de volume corpuscular médio (VCM) e níveis das enzimas hepáticas através do hepatograma para dosagem de TGO, TGP e GGT, sendo estes de importância para diagnóstico do alcoolismo.²⁴

Conclusão

O alcoolismo pode ser determinado como um conjunto de problemas relacionados ao consumo excessivo de álcool por indivíduos que apresente uma maior probabilidade para o vício. Alimentando uma roda viva de adoecimento físico, adoecimento psicológico, adoecimento emocional e desagregação do sistema familiar.

Antes considerado um estímulo de alegria, hoje é constatado como um estímulo para a agressividade, discórdia, dor, e é responsável pelo rompimento de laços de família, amizade e trabalho.

O presente trabalho buscou através do estudo de informações pautada em análise reflexiva dos impactos do álcool na vida pessoal e social do indivíduo dependente desta substância.

Com a elaboração deste trabalho, uma ampla análise e discussão dos dados encontrados forneceu subsídios tanto para leigos como para técnicos que queiram aprofundar o tema proposto, buscando alternativas para diminuir os riscos a que estão sujeitos e estão envolvidos.

Entre os setores mais prejudicados podemos destacar o âmbito familiar. Como conviver de forma harmoniosa, como formar cidadãos equilibrados, como contribuir para uma sociedade em construção, se o próprio ser humano está se destruindo dia-a-dia.

É preciso investir em campanhas de esclarecimento, em tratamentos, em reeducação para deter o número crescente de alcoólatras.

Agradecimento

Essa pesquisa não recebeu financiamento para sua realização.

Referências

1. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas/Ministério da saúde. 2ª edição. Brasília, 2009.
2. Mansur, J. O que é alcoolismo. São Paul: Braziliense, 2004.
3. Gigliotti. A., Bessa, M. A. Síndrome da Dependência do Álcool: critérios diagnósticos. Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, 01, maio 2004.
4. Lazo, D. M. Alcoolismo: O que você precisa saber. São Paulo: Paulinas, 2008.
5. Martins, E. M.; Farias JuniorR, G. O alcoolismo e suas consequências na estrutura familiar. Revista Saúde e Desenvolvimento, Recife, 01 julho-dez 2012. Disponível em: < <http://www.grupouniter.com.br/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/61/54> >. Acessado em 10 de setembro de 2020.
6. Filzola, C.L.A. et al. Alcoolismo e família: a vivência de mulheres participantes do grupo de autoajuda Al-Anon. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 58, 01 jan. 2009.
7. Malta, D., Mascarenhas, M.; Porto, D. Prevalência do consumo de álcool e drogas entre adolescentes: análise de dados da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar. Revista Brasileira de Epidemiologia, 2011.
8. Varella, Drauzio. Alcoolismo. Disponível em: <https://drauziovarella.uol.com.br/drauzio/artigos/alcoolismo-artigo/>. Acessado em: 05 de setembro de 2020.
9. Zago, J. A. Álcool e Adolescência. São Paulo. 2011.
10. Carvalho, A. A. Bebidas alcoólicas - problema de saúde pública - Álcool, tabaco e jogo: do lazer aos casos de risco. Coimbra: Quarteto, 2003.
11. Brasil, Constituição Federal. Constituição da República Federativa do Brasil: Texto constitucional promulgado em 05 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº 1/92 a 42/2003 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/94, - Brasília: Senado Federal Subsecretaria de Edições Técnicas, 2004.
12. Oliveira, B. P. Alcoolismo: Vivência familiar de uma doença social. Faculdade de Letras da Universidade do Porto Dissertação para a obtenção do Grau de Mestre em Sociologia. 2009.

13. Araújo, I. D. Alcoolismo como processo: da identidade construída à (des) construção da pessoa. 2007, São Paulo, SP
14. ABEAD. Associação Brasileira de Estudos de Álcool e Drogas. Boletim no. 18. Disponível: <http://www.abead.com.br> . Acessado em: 21 de agosto de 2010.
15. Moraes, E.; Campos, G. Figlie, N. Laranjeira, R.; Ferraz, M. Conceitos introdutórios de economia da saúde e o impacto social do abuso do álcool. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo , v. 28, n. 4, p. 321-325, Dec. 2006.
16. Masters, Susan B. PhD. Os Álcoois. In: Katzung, Bertram G. Farmacologia Básica & Clínica. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. Cap. 23, p. 309-318.
17. Steinglass. Peter. La familia alcoholica. Barcelona: Gedisa Editorial, 1989.
18. Oliveira, Eliene Reis de; Luiz, Margarita Antônia Villar. Distúrbios Psiquiátricos Relacionados ao Álcool Associados a Diagnósticos de Clínica Médica e/ou Intervenções cirúrgicas, Atendidos Num Hospital Geral. Revista latino-am. Enfermagem. Ribeirão Preto, vol. 5, n. especial, p. 51-57. Maio 1997.
19. Fleming, Michael; Mihic, S. John; Harris, R. Adron. Etanol. In: Goodman & Gilman. As Bases Farmacológicas da Terapêutica. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. Cap. 22, p. 527- 41.
20. Barbosa, A. C., Barreiro, D. D., Santos, E. M., Veneziani, I. R., & Liberato, E. M. (2011). Uso excessivo de álcool: patologia e suas influências na família e na sociedade.
21. Sena, Edite Lago da Silva et al. Alcoolismo no Contexto Familiar: Um Olhar Fenomenológico. Texto Contexto Enfermagem. Florianópolis, vol.20, n.2, p. 310-318. Abril/Jun. 2011.
22. Edwards et al. O Tratamento do Alcoolismo. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. Cap. 3-6, 16.
23. Laranjeira, Ronaldo et al. Consenso Sobre a Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) e o seu Tratamento. Revista Brasileira de Psiquiatria. São Paulo, vol. 22, n.2, p. 62-71. 2000.
24. Moreira, Esdras Cabus; Sena, Eduardo Pondé de; Oliveira, Irismar Reis de. Alcoolismo. In: SILVA, Penildon. Farmacologia. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. Cap. 38, p. 362-369.
25. Gil, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009. 175 p.

Autor de Correspondência

Simone Nunes Viana de Sousa
Rua Acre. CEP: 72876-241. Chácaras
Anhanguera. Valparaíso de Goiás, Goiás, Brasil.
simonenunesdesousa7@gmail.com

Síndrome de Down e patologias associadas: uma revisão narrativa da literatura

Down syndrome and associated pathologies: a narrative review of the literature

Síndrome de Down y patologías asociadas: una revisión narrativa de la literatura

Tatiana Batista Sanchez Alvarez¹, Dionasson Altivo Marques²

Como citar: Alvarez TBS, Marques DA. Síndrome de down e patologias associadas: uma revisão narrativa da literatura. REvisa. 2021; 10(3): 493-500. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n3.p493a500>

REVISA

1. Faculdade de Ciências da Saúde
Albert Einstein. São Paulo, São Paulo,
Brasil.

<https://orcid.org/0000-0003-4798-8397>

2. Universidade de São Paulo, Escola
de Enfermagem, Pós-Graduação em
Enfermagem. São Paulo, São Paulo,
Brasil.

<https://orcid.org/0000-0003-0577-7989>

Recebido: 22/04/2021
Aprovado: 11/06/2021

RESUMO

Objetivo: identificar por meio de uma revisão narrativa de literatura as patologias mais recorrentes em indivíduos com Síndrome de Down. **Método:** trata-se de uma revisão narrativa. Realizou-se um levantamento da literatura no Portal Pubmed e nas bases de dados de publicações científicas indexadas: *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), *Base de Dados de Enfermagem* (BDENF) e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e Portal PubMed, usando os descritores "Down's syndrome", "Pathologies", "Trisomy 21", "Intellectual Disability", "Clinical manifestations". **Resultados:** foram encontrados 696 artigos, dos quais 24 foram analisados na íntegra, destes, foram selecionados 9 artigos que compuseram a amostra desta revisão. A maioria dos estudos selecionados mensurou as características fenotípicas peculiares nos indivíduos com essa anomalia, a saber: olhos oblíquos, orelhas baixas, braquidactilia, hipotonia, baixa estatura, braquicefalia, fissuras oblíquas na pálpebra, epicantho, manchas de Brushfield na íris, dentre outras. **Conclusão:** torna-se necessária uma atenção e acompanhamento regular dos profissionais de saúde acerca das patologias malignas, doenças autoimunes e inflamatórias que acometem as pessoas com SD.

Descritores: Síndrome de Down; Patologias; Trissomia 21; Deficiência Intelectual; Manifestações Clínicas.

ABSTRACT

Objective: to identify through a narrative literature review the most recurrent pathologies in individuals with Down syndrome. **Method:** this is a narrative review. A survey of literature was conducted on the Pubmed Portal and in the databases of indexed scientific publications: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences* (LILACS), *Nursing Database* (BDENF) and *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) and PubMed Portal, using the descriptors "Down's syndrome", "Pathologies", "Trisomy 21", "Intellectual Disability", "Clinical manifestations". **Results:** 696 articles were found, of which 24 were fully analyzed, of which 9 articles were selected that comprised the sample of this review. Most of the selected studies measured the peculiar phenotypic characteristics in individuals with this anomaly, namely: oblique eyes, low ears, brachydactyly, hypotonia, short stature, brachycephaly, oblique clefts in the eyelid, epicanth, Brushfield spots on the iris, among others. **Conclusion:** it is necessary to have regular attention and follow-up of health professionals about malignant pathologies, autoimmune and inflammatory diseases that affect people with DS.

Descriptors: Down syndrome; Pathologies; Trisomy 21; Intellectual Disability; Clinical Manifestations.

RESUMEN

Objetivo: identificar a través de una literatura narrativa revisar las patologías más recurrentes en individuos con síndrome de Down. **Método:** esta es una revisión narrativa. Una encuesta de literatura se realizó en el Portal Pubmed y en las bases de datos de publicaciones científicas indexadas: *Biblioteca Electrónica Científica en Línea* (SciELO), *Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud* (LILACS), *Base de Datos de Enfermería* (BDENF) e *Índice Acumulativo de Literatura de Enfermería y Salud Aliada* (CINAHL) y PubMed Portal, utilizando los descriptores "Síndrome de Down", "Patologías", "Trisomy 21", "Discapacidad Intelectual", "Manifestaciones clínicas". **Resultados:** se encontraron 696 artículos, de los cuales 24 fueron analizados en su totalidad, de los cuales se seleccionaron 9 artículos que comprendían la muestra de este examen. La mayoría de los estudios seleccionados midieron las peculiares características fenotípicas en individuos con esta anomalía, a saber: ojos oblicuos, orejas bajas, braquidactilia, hipotonía, estatura baja, braquicefalia, hendiduras oblicuas en el párpado, epicantho, manchas de Brushfield en el iris, entre otros. **Conclusión:** es necesario tener atención regular y seguimiento de los profesionales de la salud sobre patologías malignas, enfermedades autoinmunes e inflamatorias que afectan a las personas con DS. **Descriptores:** Síndrome de Down; Patologías; Trisomía 21; Discapacidad Intelectual; Manifestaciones clínicas.

Introdução

A Síndrome de Down (SD) é uma alteração genética numérica, que ocorre durante a divisão celular, caracterizada pela adição de um cromossomo no par de cromossomos 21 do DNA humano, formando assim, a trissomia 21. Isso ocorre devido a falha na separação de material genético durante a preparação do óvulo ou, mais raramente, durante a espermatogênese. Trata-se de uma síndrome onde a sua ocorrência está associada a uma série de fatores, tais como: a idade materna e o mosaicismo genético – onde a mãe apresenta o genótipo característico da trissomia em parte de suas células.¹

Essa patologia possui um fenótipo único e inconfundível. Os indivíduos apresentam face achatada, olhos oblíquos com prega epicântica, inserção da baixa das orelhas, protusão lingual, hipotonia muscular, frouxidão ligamentar, braquidactilia (dedos curtos) e déficits cognitivos variáveis.²⁻⁴

A trissomia é responsável por algumas patologias de base, definidas estritamente por expressões fenóticas, dentre elas, algumas mais recorrentes (como a hipotonia⁵, cardiopatia⁶, e distúrbios de visão⁷: miopia, hipermetropia e astigmatismo).

Além desses efeitos deletérios, essa síndrome provoca aos indivíduos, maior suscetibilidade a doenças respiratórias¹⁰, principalmente baixa imunidade atrelada diretamente à anomalia genética¹⁰.

Corroborando, um estudo internacional apontou que um grande número de pessoas com SD desenvolvem ao longo da vida doenças neurológicas como o Alzheimer, justamente pela característica da trissomia que ocasiona uma superexpressão da proteína precursora da amiloide (APP) - a sérica codificada pela APP, em decorrência da localização desse gene extra no par de cromossomos 21.¹¹

Em um ensaio clínico randomizado realizado na Argentina¹⁴, observou-se que indivíduos com SD apresentam, em sua maioria, distúrbios odontológicos e estomatognáticos. Os autores evidenciaram que as alterações diversas na respiração e deglutição, repercutem de forma significativa no desenvolvimento do sistema estomatognático, sendo fundamental e imprescindível o acompanhamento de profissionais da área de fonoaudiologia, ortopedia e ortodontia.¹⁴

Contudo, evidenciar essas patologias associadas à SD em uma revisão de literatura é relevante, pois oferece subsídios para a elaboração de ações e aquisição de conhecimento direcionados à coletividade e às equipes de saúde com intuito de minimizar os agravos decorrentes dos distúrbios associados à trissomia, promovendo uma melhor qualidade de vida aos indivíduos com essas características genéticas.

Ante a essas constatações, este estudo foi norteado pela seguinte pergunta de revisão: “quais as principais patologias associadas a SD são descritas na literatura?” Nesse sentido, o objetivo do estudo foi identificar por meio de uma revisão narrativa as patologias mais recorrentes em indivíduos com SD.

Método

Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, segundo Rother¹⁵, essa modalidade de revisão tem a finalidade de elucidar o desenvolvimento ou descrever o “estado da arte” de uma determinada abordagem temática, sob uma perspectiva teórica. Apesar de não caracterizar rigorosamente os critérios empregados na avaliação e seleção dos estudos primários, esse tipo de revisão de literatura promove o conhecimento sobre um objeto de estudo específico.¹⁵ Diante dessa conjuntura, a revisão narrativa se estrutura com base em etapas, as quais serão apresentadas na sequência⁸:

Etapa I: “elaboração da pergunta norteadora”. A definição da pergunta que norteará a revisão determina quais serão os estudos incluídos, os meios adotados para a identificação e as informações coletadas de cada registro selecionado.⁸

Etapa II: “busca ou amostragem na literatura”. Esta etapa, relaciona-se intrinsecamente à fase anterior. A busca nas bases de dados deve contemplar a procura em bases eletrônicas, busca manual em periódicos, por intermédio de referências descritas nos estudos selecionados e a utilização de material não-publicado (literatura cinzenta). A determinação dos critérios de inclusão e exclusão deve ser realizada em conformidade com a pergunta de revisão, considerando os participantes, as eventuais intervenções e os resultados apresentados nos artigos selecionados.⁸

Etapa III: “coleta de dados”. Para extrair os dados dos artigos selecionados inclui-se: definição da amostra dos estudos, método, cálculo amostral, mensuração de variáveis e conceitos empregados nos manuscritos.⁸

Etapa IV: a “análise crítica dos estudos incluídos” é similar à análise dos dados das pesquisas de campo. Nessa etapa, analisa-se os artigos e a seleção é realizada após leitura criteriosa dos títulos e resumos, excluindo-se aqueles registros que não atenderam a temática proposta. Finalmente, realiza-se leitura do texto na íntegra para a seleção da amostra que caracteriza a revisão narrativa.

Etapa V: “discussão dos resultados”. Nessa etapa, busca-se interpretar e sintetizar os resultados dos estudos selecionados e identifica-se as possíveis lacunas na literatura.⁸

Etapa VI: “apresentação da revisão narrativa”. A apresentação da revisão deve ser clara e completa para permitir ao leitor avaliar criticamente os resultados. Deve conter, então, informações pertinentes e detalhadas, baseadas em metodologias contextualizadas, sem omitir qualquer evidência relacionada.⁸ Para esta revisão, realizou-se um levantamento da literatura no Portal Pubmed e nas bases de dados de publicações científicas indexadas: *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e Portal PubMed, com intuito de identificar os estudos que mensuraram as principais patologias que afetam as pessoas com SD.

Os Descritores em Ciências da Saúde - BVS foram: “Down's syndrome” AND “Pathologies” AND “Trisomy 21” AND “Intellectual Disability” AND “Clinical manifestations”. As buscas foram realizadas em abril de 2021, seguidas pela análise das palavras do texto contidas no título e no resumo e dos termos indexados usados para descrever o artigo. Foram analisados artigos publicados

nos idiomas português, inglês e espanhol, com diferentes delineamentos de pesquisa, para a obtenção de uma abrangente compreensão do fenômeno investigado. Para tanto, e em decorrência dos aspectos contemporâneos da temática investigada, não se delimitou o período de publicação dos estudos encontrados.

Os critérios adotados para a inclusão dos artigos foram: disponibilidade integral do texto em meio digital (*open access*) e pertinência temática. Entretanto, foram excluídos: os artigos que analisaram apenas os efeitos dos medicamentos sobre as principais patologias que acometem as pessoas com SD, aqueles que avaliaram somente o custo-efetividade de tratamentos e as investigações realizadas em pacientes que não apresentaram patologias associadas a Trissomia.

Resultados

Para a realização do levantamento bibliográfico, realizou-se busca em três bases de dados e no Portal PubMed, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 – Bases de dados consultadas com utilização dos descritores.

Bases de Dados	n	%
CINAHL	274	40,53
PubMed	239	35,35
BDENF E LILACS	163	24,11
TOTAL	676	100

Inicialmente, foram identificadas 676 referências com a busca nas bases de dados, sendo removidos 85 artigos duplicados. Após essa exclusão, realizou-se leitura dos títulos e dos resumos dos 591 artigos. Posteriormente à essa etapa, foram excluídos 567 manuscritos, por não atenderem aos critérios de seleção. Portanto, realizou-se leitura de 24 artigos na íntegra. Para elegibilidade, 15 estudos foram retirados, por não preencherem os critérios estabelecidos, sendo assim, foram selecionados 9 artigos que compuseram a amostra desta revisão.

A tabela 2 demonstra que, após aplicação dos critérios referentes ao método adotado nesta revisão, foram selecionados 4 artigos indexados na base LILACS, 3 artigos na Scielo e 2 manuscritos no PubMed, totalizando 9 artigos.

Tabela 2 – Bases de dados utilizadas na extração de artigos.

Bases de Dados	n	%
LILACS	4	44,44
Scielo	3	33,33
PubMed	2	22,22
TOTAL	9	100

Observa-se na Tabela 3, que no ano de 2014 concentrou-se o maior número de publicações sobre o tema desta revisão, correspondendo a quatro artigos publicados (44,44%).

Tabela 3 – Publicações selecionadas para composição da amostra, segundo ano de indexação

Ano de Publicação	Número Absoluto	Porcentagem (%)
2013	01	11,1
2014	04	44,4
2016	02	22,2
2019	02	22,2
TOTAL	9	100

Por fim, observa-se na tabela 4, os artigos selecionados de acordo com título, autores, ano de publicação e periódico.

Tabela 4 – Artigos incluídos na revisão. São Paulo, SP, Brasil, 2020

Título do artigo	Autores	Ano	Periódico
An overview of respiratory problems in children with Down's syndrome ¹⁰	Rachel Watts H Vyas	2013	BMJ
Major congenital anomalies in babies born with Down syndrome: a EUROCAT population-based registry study ¹²	Joan K. Morris, Ester Garne, Diana Wellesley, et al.	2014	American Journal of Medical Genetics
Avaliação auditiva periférica em crianças com síndrome de Down ¹³	Barbara Carrico Alessandra Giannella Samelli Carla Gentile Matas, et al.	2014	Academia Brasileira de Audiologia
Cardiopatas congênitas e cromossomopatias detectadas por meio do cariótipo ⁶	Patrícia Trevisan Rafael Fabiano M. Rosa Dayane Bohn Koshiyama, et al.	2014	Revista Paulista de Pediatria
Prevalência e perfil das cardiopatas congênitas e hipertensão pulmonar na síndrome de Down em serviço de cardiologia pediátrica ²	Felipe Alves Mourato Lúcia Roberta R. Villachan Sandra da Silva Mattos	2014	Revista Paulista de Pediatria
Down's syndrome ⁹	Doreen Crawford Annette Dearmun	2016	Evidence & Practice / A-Z of syndromes
Avaliação do Desenvolvimento Motor em Crianças com Síndrome de Down ⁵	André Soares Trindade Marcos Antonio do Nascimento	2016	Revista Brasileira de Educação Especial
Dementia in Down syndrome: unique insights for Alzheimer disease research ¹¹	Ira T Lott Elizabeth Head	2019	Nature Reviews Neurology
Trisomia del par XXI: Características estomatognáticas ¹⁴	Carolina Astegiano Antonella Boiardi Juan Pablo Cacioli, et al.	2019	Rev. Soc. Odontol. La Plata

Discussão

Esta revisão evidenciou o interesse expressivo em investigar as patologias mais recorrentes em indivíduos com SD, considerando seus impactos na vida dessa população. Os nove estudos selecionados forneceram importantes indicadores dessas comorbidades, constituindo uma base essencial para a compreensão de anomalias genéticas mais comuns a nível global⁹.

A maioria dos estudos selecionados^{2-6-10,11,12,13,14} mensurou as características fenotípicas peculiares nos indivíduos com essa anomalia, a saber: olhos oblíquos, orelhas baixas, braquidactilia, hipotonia, baixa estatura, braquicefalia, fissuras oblíquas na pálpebra, epicanto, manchas de *Brushfield* na íris, língua protrusa, orelhas pequenas, mãos pequenas e largas, clinodactilia do quinto dedo, ruga dos símios e deficiência intelectual moderada a grave, malformações gastrointestinais e cardíacas, aumento marcante na incidência de leucemia e o início precoce de Alzheimer. Além desses aspectos, as pessoas com SD podem ser acometidas por outras patologias associadas a esta condição genética que comumente reduz a expectativa de vida.

Uma investigação europeia apontou que, dentre as patologias associadas à trissomia, mais de 40% dos bebês nascidos com SD apresentaram cardiopatias congênicas¹². Este estudo realizado com 29 pesquisadores, teve como principal objetivo revelar se a introdução de programas de rastreamento genético no pré-natal influencia em qualquer tipo de declínio na prevalência das anomalias adicionais em bebês com SD¹². No tocante à cardiopatia congênita, inferiram-se que, mesmo com o grande avanço em técnicas diagnósticas, o exame do cariótipo (estudo dos cromossomos presentes no DNA), ainda é essencial para detectar uma cardiopatia congênita precocemente.⁶⁻¹²

Essa síndrome provoca nos indivíduos, maior suscetibilidade a doenças respiratórias, principalmente pela baixa imunidade associada diretamente à anomalia genética.¹⁰ Com relação ao comprometimento no sistema imunológico, estudos nacionais e internacionais¹⁰⁻¹³⁻¹⁸ analisaram a audição periférica em crianças com SD. Como resultados, comprovaram-se que, apesar de não observarem divergências significativas, os achados foram sugestivos de prejuízo da função coclear, possivelmente relacionados a quadros de otites frequentes, podendo ocasionar danos severos à saúde quando não tratados devidamente.

Ademais, identificou-se em um estudo realizado com 77 pessoas com SD, que durante o período de 20 anos, 97,4% das pessoas desenvolveram demência. A demência clínica foi associada ao déficit cognitivo e funcional e à crises epiléticas. Nessa perspectiva, o risco de demência aumentou de 23% nas pessoas com 50 anos, para 80% nas pessoas com 65 anos ou mais.¹⁷

Um estudo brasileiro testou as habilidades motoras finas, o equilíbrio e a organização temporal de sete crianças com SD. Constataram-se que o nível de atraso motor variou conforme a tarefa solicitada, respeitando-se a singularidade de cada criança, porém, evidenciou-se que todos os participantes da pesquisa apresentaram déficits em sua capacidade motora.⁵

Por fim, fazendo uma síntese das informações obtidas por intermédio dos artigos incluídos nesta revisão, torna-se evidente que grande parte das patologias mais recorrentes em indivíduos com SD está diretamente associada às deficiências imunológicas e alterações genotípicas ou fenotípicas relativas à trissomia.

Com intuito de promover a qualidade de vida às pessoas com SD, sugere-se que a trissomia deva ser manejada por profissionais de saúde capacitados e cuidadores com habilidades - dispostos a ressignificarem o cuidado de modo humanizado e minucioso. Assim, os efeitos deletérios e as complicações oriundos dessas mutações genéticas podem ser reduzidos e a expectativa de vida maximizada.

Conclusão

Os indivíduos com síndrome de Down sofrem com uma variedade de doenças imunológicas e condições mediadas que impactam significativamente a sua qualidade de vida. Aparentemente, todos os componentes de seu sistema imunológico apresentam anormalidades e correlações entre essas alterações clínicas. Diante disso, os recursos e terapêutica para essa população permanece desafiador para os serviços de saúde em todos os níveis de atenção.

Entretanto, no tocante aos cuidados clínicos aos indivíduos com SD, deve-se considerar a complexidade dessa condição e os inúmeros fatores (principalmente imunológicos) que contribuem para um maior risco de infecções e patologias associadas a trissomia do cromossomo 21. Nesse sentido, torna-se necessária uma atenção e acompanhamento regular dos profissionais de saúde acerca das patologias malignas, doenças autoimunes e inflamatórias que acometem as pessoas com SD.

Contudo, novas pesquisas são necessárias para compreender as patologias mais recorrentes associadas à trissomia e a correlação com as manifestações clínicas, bem como estudos para investigar as possíveis estratégias de tratamento e terapia profilática que favoreça o sistema imunológico desses indivíduos, proporcionando-lhes um melhor estado de saúde e qualidade de vida, uma vez que estes não podem ser negligenciados.

Referências

1. Otto PG, Otto PA, Frota-Pessoa O. Genética humana e clínica. 2ª ed. São Paulo: Roca; 2004.
2. Alves Mourato, F; Villachan, LR; da Silva Mattos, S. Prevalência e perfil das cardiopatias congênitas e hipertensão pulmonar na síndrome de Down em serviço de cardiologia pediátrica. Rev Paul Pediatr 2014;32(2): 159-63. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rpp/v32n2/pt_0103-0582-rpp-32-0200159.pdf
3. Moreira L, El-Hani CN, Gusmão FA. A síndrome de Down e sua patogênese: considerações sobre o determinismo genético. Rev Bras Psiquiatr 2000;22(2): 96-99. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22n2/a11v22n2>
4. Ministério da Saúde. Diretrizes de Atenção à pessoa com Síndrome de Down [Internet]. Brasília; 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidados_sindrome_down.pdf
5. Trindade AS, Nascimento MA. Avaliação do Desenvolvimento Motor em Crianças com Síndrome de Down. Rev. bras. educ. espec. 2016; 22(4): 577-588. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbee/v22n4/1413-6538-rbee-22-04-0577.pdf>
6. Trevisan P, Rosa, Fabiano M, et al. Cardiopatias congênitas e cromossomopatias detectadas por meio do cariótipo. Rev. paul. pediatri. [online]. 2014; 32(2): 262-71. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rpp/v32n2/pt_0103-0582-rpp-32-02-00262.pdf.
7. Tavares LSH. Síndrome de Down: epidemiologia e alterações oftalmológicas. Rev. bras. oftalmol. 2012;71(3): 188-190. Doi: <http://doi.org/10.1590/S0034-72802012000300009>.

8. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein (São Paulo). 2010;8(1): 102-6. <https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>.
9. Crawford, Doreen; Dearmun Annette. Down's syndrome. Nurs Child Young People. 2016;28(9). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27821010/>
10. Watts, R, & Vyas, H. An overview of respiratory problems in children with Down's syndrome. Archives of Disease in Childhood. 2013;98(10): 812-817. doi:10.1136/archdischild-2013-304611. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23814080/>
11. Lott, Ira T, Head, Elizabeth. Dementia in Down syndrome: unique insights for Alzheimer disease research. Nat Rev Neurol. 2019;15(3): 135-147. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30733618/>
12. Morris JK, Garne E, et al. Major congenital anomalies in babies born with Down syndrome: a EUROCAT population-based registry study. Am J Med Genet A. 2014;164(12): 2979-86. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25257471/>
13. Carrico, Barbara, et al. Avaliação auditiva periférica em crianças com síndrome de Down. Audiol Commun Res. 2014;19(3): 280-5. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/acr/v19n3/2317-6431-acr-19-3-0280.pdf>
14. Astegiano, Carolina, Boiardi, Antonella, et al. Trisomia del par XXI: Características estomatognáticas. Rev. Soc. Odontol. La Plata. 2019; 29(57): 25-31. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/02/1049947/revista_solp_57_astegiano.pdf
15. Rother, Edna Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. Acta paul. enferm. 2007; 20(2). Disponível em: < https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002007000200001&script=sci_arttext&tlng=pt >
16. McCarron M, McCallion P. A prospective 20-year longitudinal follow-up of dementia in persons with Down syndrome. Journal of Intellectual Disability Research. 2017. J Intellect Disabil Res. 2017 61(9): 843-852. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28664561/>

Autor de Correspondência

Dionasson Altivo Marques
Av. Dr. Enéas Carvalho de Aguiar, 419. CEP: 05403-000. Cerqueira César. São Paulo, São Paulo, Brasil.
dionmarques@usp.br

Fatores de risco e estratégias preventivas para o HIV/AIDS em homens que fazem sexo com homens: Revisão Integrativa

Risk factors and preventive strategies for HIV / AIDS in men who have sex with men: Integrative Review

Factores de riesgo y estrategias preventivas para el VIH / SIDA en hombres que tienen sexo con hombres: Revisión Integrativa

Carina Dias Carvalho da Silva¹, Renato Lira da Silva², Anderson Reis de Sousa³, Karen Kelly Cardoso Couto⁴, Veronika Galvao Moreira⁵, Wenysson Noletto dos Santos⁶

Como citar: Silva CDC, Silva RL, Sousa AR, Couto KKC, Moreira VG, Santos WN. Fatores de risco e estratégias preventivas para o HIV/AIDS em homens que fazem sexo com homens: Revisão Integrativa. REVISA. 2021; 10(3): 501-20. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n3.p501a520>

REVISA

1. Universidade Estadual do Maranhão, Centro de Estudos Superiores de Balsas, Departamento de Enfermagem. São Luís, Maranhão, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-6326-755X>

2. Universidade Estadual do Maranhão, Centro de Estudos Superiores de Balsas, Departamento de Enfermagem. São Luís, Maranhão, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0003-2841-4195>

3. Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem. Salvador, Bahia, Brasil.

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

4. Universidade Estadual do Maranhão, Centro de Estudos Superiores de Balsas, Departamento de Enfermagem. São Luís, Maranhão, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-5747-6400>

5. Universidade Estadual do Maranhão, Centro de Estudos Superiores de Balsas, Departamento de Enfermagem. São Luís, Maranhão, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-8400-3406>

6. Universidade Estadual do Maranhão, Centro de Estudos Superiores de Balsas, Departamento de Enfermagem. São Luís, Maranhão, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-2093-5415>

Recebido: 22/04/2021
Aprovado: 29/06/2021

RESUMO

Objetivo: identificar os principais fatores de risco e as principais estratégias preventivas adotadas para o HIV entre Homens que fazem Sexo com Homens. **Método:** Revisão integrativa que utilizou as bases de dados Public Medline, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature. **Resultados:** Os fatores de risco para o HIV mais prevalentes entre Homens que fazem Sexo com Homens são: múltiplos parceiros sexuais, relação sexual desprotegida, sífilis, uso de álcool e outras drogas, e sexo anal receptivo. As estratégias preventivas mais indicadas para essa população são: Profilaxia pré-exposição (PreP), tratamento como forma de prevenção (TasP), Testagem para HIV, uso consistente do preservativo e prevenção combinada. **Resultados:** Os fatores de riscos estão relacionados ao comportamento sexual e o uso de álcool e outras drogas e as estratégias preventivas concentram-se no emprego de medidas de prevenção combinadas. **Conclusão:** Os fatores de riscos para a infecção por HIV em HSH evidenciados foram: múltiplos parceiros sexuais, relação sexual desprotegida, sífilis, uso de álcool e drogas ilícitas, e sexo anal receptivo e como principais estratégias preventivas, PreP, TasP, Testagem para HIV, uso consistente do preservativo e prevenção combinada.

Descritores: Sorodiano da AIDS; Doenças Sexualmente Transmissíveis; Minorias Sexuais e de Gênero; Saúde do Homem.

ABSTRACT

Objective: to identify the main risk factors and the main preventive strategies adopted for HIV among Men who have Sex with Men. **Method:** Integrative review that used the databases Public Medline, Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences and Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature. **Results:** The most prevalent HIV risk factors among men who have sex with men are: multiple sexual partners, unprotected sex, syphilis, use of alcohol and other drugs, and receptive anal sex. The most suitable preventive strategies for this population are: Pre-exposure prophylaxis (PreP), treatment as a form of prevention (TasP), HIV testing, consistent condom use and combined prevention. **Results:** The risk factors are related to sexual behavior and the use of alcohol and other drugs and preventive strategies are focused on the use of combined prevention measures. **Conclusion:** The risk factors for HIV infection in MSM were: multiple sexual partners, unprotected sexual intercourse, syphilis, alcohol and illicit drug use, and receptive anal sex and as main preventive strategies, PreP, TasP, HIV testing, consistent condom use and combined prevention. **Descriptors:** AIDS serodiagnostics; Sexually Transmitted Diseases; Sexual and Gender Minorities; Men's Health.

RESUMEN

Objetivo: identificar los principales factores de riesgo y las principales estrategias preventivas adoptadas para el VIH entre Hombres que tienen Sexo con Hombres. **Método:** Revisión integrativa que utilizó las bases de datos Public Medline, Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud e Índice Acumulado de Literatura en Enfermería y Afines en Salud. **Resultados:** Los factores de riesgo de VIH más prevalentes entre los hombres que tienen sexo con hombres son: múltiples parejas sexuales, sexo sin protección, sífilis, consumo de alcohol y otras drogas y sexo anal receptivo. Las estrategias preventivas más adecuadas para esta población son: Profilaxis pre-exposición (PreP), tratamiento como forma de prevención (TasP), prueba del VIH, uso constante del condón y prevención combinada. **Resultados:** Los factores de riesgo están relacionados con la conducta sexual y el uso de alcohol y otras drogas y las estrategias preventivas se centran en el uso de medidas preventivas combinadas. **Conclusión:** Los factores de riesgo para la infección por el VIH en HSH fueron: parejas sexuales múltiples, relaciones sexuales sin protección, sífilis, consumo de alcohol y drogas ilícitas, y sexo anal receptivo y como principales estrategias preventivas, PreP, TasP, pruebas de VIH, uso constante de preservativos y prevención combinada.

Descritores: serodiano por SIDA; Enfermedades sexualmente transmisibles; Minorías sexuales y de género; Salud de los hombres.

Introdução

A infecção por HIV/AIDS é considerada um problema de saúde pública mundial, em virtude do contínuo crescimento e da fragilidade no controle. Embora muitas conquistas e avanços tenham sido alcançados, o enfrentamento do HIV permanece um desafio devido à complexidade clínica, estigma, preconceito e doenças oportunistas.¹ No mundo, estima-se que 37,9 milhões de pessoas vivam com o vírus.² Desde o início da epidemia no Brasil, de 1980 até junho de 2019, 966.058 casos de Aids no Brasil. O país tem registrado, anualmente, uma média de 39 mil novos casos de aids nos últimos cinco anos.³

No contexto epidemiológico da AIDS, a população de homens que fazem sexo com homens (HSH) é considerada uma das mais vulneráveis, apresentando um elevado número de casos dessa doença nas categorias de exposição sexual, homo e bissexual, apesar de demonstrar uma tendência à estabilização nos últimos anos no Brasil. Tais dados epidemiológicos apontam para a prevalência preocupante de 39,4% de casos da doença decorrentes de exposição sexual nessas categorias.⁴

Os HSH fazem parte de um grupo que o risco é bem maior que outros. A população de HSH apresenta uma maior taxa de infecção por HIV quando comparado com outras populações.⁵ Portanto, os HSH, tem uma prevalência maior que na população em geral, pois apresentam maior vulnerabilidade para a infecção não só do HIV, mas, também de outras infecções sexualmente transmissíveis IST's.⁵⁻⁶

Os inquéritos têm investigado os diversos fatores que favorecem a transmissão do HIV/AIDS no subgrupo de HSH, como a adoção de práticas sexuais desprotegidas, a aquisição de comportamentos de risco, e o preconceito e a discriminação, o que torna os HSH uma das populações mais vulneráveis no contexto da epidemia do HIV/AIDS.⁷⁻⁸

Conviver com o HIV, atualmente, exige bem mais que somente tratar a doença. Pessoas vivendo com HIV/AIDS necessitam lidar constantemente com problemas transdisciplinares que envolvem sintomas depressivos, estigma, discriminação e os efeitos adversos do regime terapêutico.⁹ Face a esse cenário os HSH estão em risco acrescido de infecção pelo HIV, quando comparados a homens heterossexuais. Uma vez com HIV, o estigma tende a ser mais presente e incrementa a identidade de "grupo socialmente desvalorizado". O preconceito associado a não ser heterossexual ainda restringe a visibilidade pública dos HSH e os mantêm escondidos de esforços governamentais de prevenção, seja pelo medo da discriminação ou do dano físico pela divulgação da sua identidade ou comportamento sexual.¹⁰⁻¹¹

Os fatores de risco que elevam o grande numeram de registro e infecção por essa doença está relacionado às barreiras que dificultam o acesso aos serviços de saúde, como o abuso sexual, privações e violência.¹² Outro fator de risco é falta de políticas públicas voltada para populações chaves, recorrentes por situações como preconceito e descriminação, onde os infectados com a doença sempre sofre algum tipo de exclusão social. Além disso, a prevenção dos riscos de infecção é um dos principais entraves no controle da doença, na população HSH. Por haver hábitos ou opções que variam de acordo com a preferência dos parceiros sexuais, os métodos de prevenção são adotados ou ignorados a depender da opção de cada pessoa.¹³

Diante da problemática ao considerar a magnitude deste contexto este estudo foi guiado pela questão de pesquisa: Há fatores de riscos e estratégias preventivas para o HIV/AIDS em HSH disponíveis? Para responder a este questionamento este estudo tem o objetivo de identificar os principais fatores de risco e as principais estratégias preventivas adotadas para o HIV/AIDS em homens que fazem sexo com homens.

Método

Revisão integrativa de Literatura, fundamentada em coletar e comparar dados disponíveis na literatura, aprofundando o conhecimento do tema investigado. A integrativa de literatura é um método que consiste na síntese de resultados obtidos através de pesquisas sobre determinado tema, de maneira sistemática, ordenada e abrangente. E tem tal denominação por fornecer informações mais abrangentes sobre um assunto/problema, constituindo, deste modo, um corpo de conhecimento.¹⁴

Desta forma a presente revisão responde a um ou mais questionamentos de forma explícita para identificação, seleção e avaliação crítica dos estudos.¹⁵ Para tanto, esta investigação partiu da seguinte questão: Quais os fatores de risco e as estratégias preventivas adotadas para o HIV/AIDS em HSH?

Ressalta-se que a revisão integrativa é um método específico utilizado para resumir o passado da literatura tanto empírica como teórica, para fornecer uma ampla compreensão sobre determinado fenômeno, analisando o conhecimento já construído em pesquisas anteriores.¹⁶

A busca na literatura foi realizada nas seguintes bases de dados: *Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature - CINAHL*, *National Library of Medicine and National Institutes of Health - PubMed*, *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS)*. A coleta de dados foi realizada nos meses de setembro e outubro de 2019, pela pesquisadora por meio de acesso ao portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Procedeu-se a busca de forma não controlada, por meio de descritores indexados no MeSH - *Medical Subject Headings* e DeCS - *Descritores em Ciências da Saúde*, nos idiomas português, inglês e espanhol: HIV, *male homosexuality*, *risk factors*, *prevention* com os seguintes cruzamentos: 1º associação: HIV and "risk factors"; 2º associação: HIV and "male homosexuality"; 3º associação: HIV and *prevention*.

Os artigos foram classificados de acordo às evidências clínicas da seguinte forma: nível 1, as evidências são provenientes de revisão sistemática ou metanálise de todos relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundas de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; nível 2, evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; nível 3, evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; nível 4, evidências provenientes de estudos de coorte de caso-controle bem delineados; nível 5, evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível 6, evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; nível 7,

evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas.¹⁷

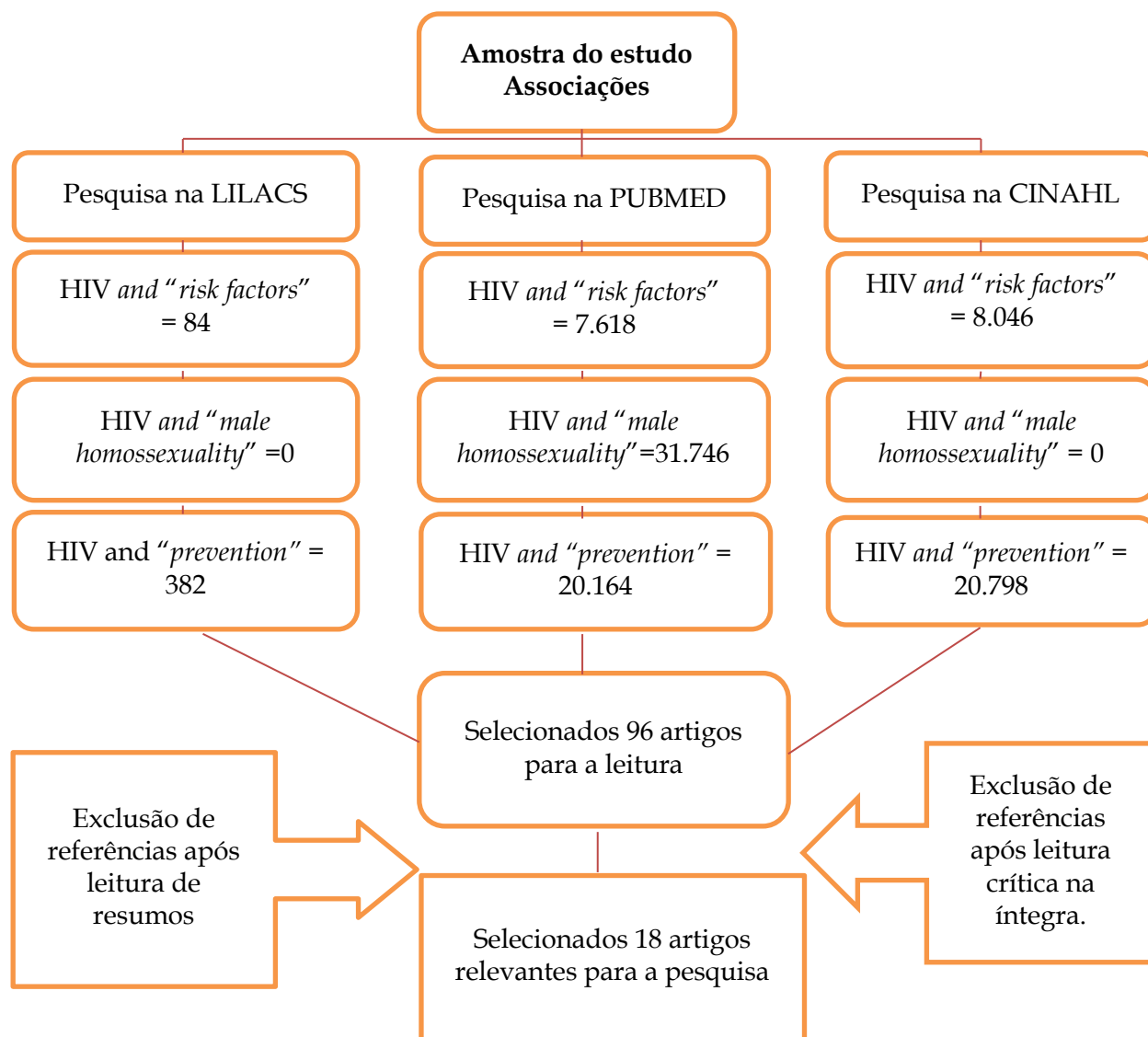
Foram utilizados como critério de inclusão das referências: trabalhos com acesso livre publicados nas bases de dados da CAPES, pelo acesso café, nas bases de dado: PUBMED, LILACS E CINAHL, no recorte temporal 2015-2019, contendo resumos disponíveis na íntegra nas referidas bases e de forma on-line para acesso. Determinou-se como critérios de exclusão: os trabalhos com restrição de acesso, publicações fora do recorte temporal, teses, monografias e textos incompletos ou que não correspondesse ao tema proposto.

Para identificação dos trabalhos selecionados, foi criada uma tabela de coleta de dados, com as seguintes informações: Identificação do artigo, a saber: título, título do periódico, ano de publicação, autores, local do estudo, objetivo do estudo, características metodológicas, nível de evidências, principais resultados, conclusão e observações, com a intenção de organizar verificar a importância dos mesmos para o estudo e temática em questão.

Após o preenchimento do instrumento para coleta de dados foram feitas interpretações e análise dos dados, logo após, colocado em um quadro com as principais informações, para realização da comparação dos artigos selecionados. Diante das bibliografias escolhidas, todos os resultados foram analisados e interpretados usando tabelas, quadros e gráficos, de acordo com a necessidade.

Na figura 1, está representada a busca dos estudos através das associações. Na primeira associação *HIV and "risk factors"*, foram encontradas 15.748 referências, destas, 84 foram publicadas na LILACS, 7.618 na PUBMED e 8.046 na CINAHL. Na segunda associação *HIV and "male homosexuality"* foram encontradas 31.476 referências, onde não houve nenhuma publicação na LILACS, 31.476 foram publicadas na PUBMED e assim como na LILACS não houve publicações na CINAHL. Através da associação *HIV and prevention*, foram encontradas 41.344 referências, sendo 382 publicadas na LILACS, 20.164 na PUBMED e 20.798 na CINAHL. Dentre as referências encontradas, fez-se a seleção de 96 trabalhos através da análise dos títulos e resumos para a leitura na íntegra onde apenas 18 foram identificadas como relevantes para o estudo.

Figura 1 - Disposição sistemática dos trabalhos encontrados em todas as associações, Maranhão, Brasil, 2019.



Resultados

Após o cruzamento dos descritores, foi possível encontrar uma amostra composta por 64 artigos inicialmente. Adotando o critério de inclusão relacionado à necessidade dos artigos serem publicados no idioma português, dos últimos 10 anos e disponibilizados em sua íntegra, observou-se que, deste total, 31 atendiam a estes critérios.

Fazendo uma seleção mais criteriosa dos artigos, observou-se que 19 apresentavam uma temática diferente da temática principal que foi o objetivo deste estudo, que é a importância da farmácia clínica hospitalar, bem como alguns deles apresentavam-se em duplicidade, sendo, portanto, excluídos. Por fim, a amostra final foi composta por 12 artigos, cujos resultados são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 – Sumário dos estudos e seus principais resultados.

Autor (ano)	Objetivo	Método	Resultados	Conclusão
Bouças et al (2018) ⁴	Analisar o impacto do processo de acreditação na assistência farmacêutica hospitalar, visando identificar evidências de mudanças e melhorias do serviço prestado pela farmácia hospitalar.	Grupos focais foram conduzidos com farmacêuticos e clientes internos do serviço de farmácia de 5 hospitais privados do Estado do Rio de Janeiro intencionalmente selecionados. Foram realizadas gravações, posteriormente transcritas, para análise do conteúdo dos diálogos e categorização temática.	A acreditação resultou em investimentos de infraestrutura e recursos humanos, implantação de novos processos e discreta mudança de atuação do farmacêutico, alavancada pela farmácia clínica. Observou-se que tais modificações contribuíram para uma transformação contínua da assistência farmacêutica hospitalar, com modesta melhora da eficiência, qualidade e segurança do serviço prestado. Quando considerados os resultados finalísticos, a satisfação foi parcial, já que o ciclo da assistência farmacêutica ainda não se completa, fragilizando os processos recém-implantados em prol da qualidade do atendimento oferecido ao paciente.	O impacto no desempenho global da farmácia hospitalar foi considerado positivo, permitindo conduzir que as diretrizes da acreditação apontaram o caminho para o desenvolvimento dos serviços avaliados, na medida em que exigiram o cumprimento de padrões necessários a uma assistência farmacêutica de qualidade.
Fariaset al (2016) ⁵	Implementar um serviço farmacêutico clínico centrado na revisão completa dos antineoplásicos utilizados no tratamento de doenças hematológicas.	Foi realizado um estudo interacional conduzido em um hospital universitário terciário brasileiro em dois períodos distintos, com base na ausência e na presença do serviço farmacêutico clínico, respectivamente. O referido serviço consistiu na validação farmacêutica de prescrição de medicamentos antineoplásicos (análise de características do paciente, exames laboratoriais, conformidade com o protocolo terapêutico e parâmetros farmacotécnicos). Foram induzidos pacientes internados e ambulatoriais com doenças hematológicas.	Observou-se um aumento de 106,5% na detecção de problemas relacionados com medicamentos após a implementação do serviço. Comparando-se os dois períodos, verificou-se aumento na idade dos pacientes (26,7 anos versus 17,6 anos), predomínio de pacientes ambulatoriais (54% versus 38%) e aumento de mieloma múltiplo (13% versus 4%) e linfoma não Hodgkin (16% versus 3%). Os problemas mais comumente encontrados foram relacionados à dose (33% versus 25%) e ao dia do ciclo (14% versus 30%). Quanto ao impacto clínico, a maioria apresentou impacto significativo (71% versus 58%) e um poderia ter sido fatal no segundo período. As principais intervenções farmacêuticas realizadas foram ajuste de dose (35% versus 25%) e suspensão de medicamento (33% versus 40%).	O serviço farmacêutico contribuiu para o aumento da detecção e resolução de problemas relacionados com medicamentos, tratando-se de um método efetivo para promover o uso seguro e racional de medicamentos antineoplásicos.
Lima et al (2016) ⁶	Descrever e analisar a orientação farmacêutica oferecida na alta de pacientes transplantados.	Foi realizado um estudo transversal, descritivo e retrospectivo, que utilizou os registros das orientações realizadas pelo farmacêutico clínico na unidade de internação do Serviço de Transplante Renal e Hepático, Hospital Universitário Walter Cantídio, em Fortaleza (CE), de janeiro a julho de 2014. Foram analisadas as seguintes variáveis registradas no Banco de Dados do Serviço de Farmácia Clínica: orientações farmacêuticas na alta, problemas e resultados negativos relacionados aos medicamentos, e intervenções farmacêuticas realizadas.	A primeira alta pós-transplante envolveu toda a equipe multiprofissional, sendo o farmacêutico responsável pela orientação do tratamento medicamentoso. A média de altas/mês com orientação farmacêutica no período do estudo foi de 10,6±1,3, totalizando 74 orientações. O tratamento clínico prescrito teve média de 9,1±2,7 medicamentos por paciente. Foram identificados 59 problemas relacionados aos medicamentos; 67,8% relacionaram-se com a não prescrição do medicamento necessário, acarretando 89,8% de risco de resultados negativos associados aos medicamentos por problema de saúde não tratado. A principal intervenção foi a solicitação de inclusão do medicamento (66,1%), e 49,2% dos medicamentos envolvidos agiam no aparelho digestivo/metabolismo. Todas as intervenções foram classificadas como apropriadas, e 86,4% foram capazes de prevenir o resultado negativo.	A orientação do farmacêutico clínico junto à equipe multiprofissional no momento da alta do paciente transplantado é importante, pois previne resultados negativos associados à farmacoterapia, garantindo a conciliação medicamentosa e a segurança do paciente.
Fideles et al (2015) ⁷	Analisar 3 anos de atividades clínicas e recomendações farmacêuticas aceitas durante a rotina diária do farmacêutico na unidade de terapia intensiva clínica adulta.	Foi realizado um estudo exploratório, descritivo, transversal, no período de junho de 2010 a maio de 2013, em um hospital universitário, terciário, durante o qual foram categorizadas e analisadas as recomendações farmacêuticas.	Foram analisadas 834 recomendações farmacêuticas, sendo estas classificadas em 21 categorias. As recomendações farmacêuticas foram dirigidas principalmente a médicos (n=699; 83,8%), sendo as mais frequentes: manejo de diluição (n=120; 14,4%), ajuste de dose (n=100; 12,0%) e manejo de evento adverso a medicamento (n=91; 10,9%). Comparando-se os períodos, verificou-se crescimento, ao longo dos anos, das recomendações farmacêuticas com maior	A atuação do farmacêutico no cuidado intensivo evoluiu na instituição onde o estudo foi realizado, caminhando das ações reativas associadas à logística para a participação clínica efetiva junto à equipe multiprofissional (ações proativas).

			componente clínico e diminuição daquelas referentes a aspectos logísticos, como a provisão de medicamentos. As recomendações envolveram 948 medicamentos, tendo destaque para os anti-infecciosos de uso sistêmico.	
Bernardi et al (2014) ⁸	Relatar o processo de informatização e sistematização das avaliações farmacêuticas de prescrições médicas, bem como descrever o perfil de prescrições médicas e intervenções farmacêuticas em um hospital oncológico no sul do Brasil.	O estudo foi realizado no período de 28 de fevereiro a 11 de novembro de 2011, em um hospital oncológico. A coleta foi realizada por meio do sistema informatizado do hospital, levando em consideração as alas de internamento adulto e pediátrico. Foram avaliadas 3.221 prescrições médicas, 28,0% do total das prescrições médicas no período. Evidenciou-se elevado índice de prescrição de antibióticos (52,9%) e antineoplásicos (27,1%). Com base nas avaliações, foram realizadas 284 intervenções farmacêuticas (8,8%), relacionadas principalmente com profissionais médicos e farmacêuticos	Do total, 93,7% das intervenções foram consideradas adequadas e aceitas pela equipe.	O processo de informatização ocorreu com boa aceitação pela equipe, e o registro adequado possibilitou a verificação da atuação do farmacêutico nas avaliações, reforçando a importância desse profissional para a equipe multiprofissional.
Penha (2014) ⁹	Levantar expectativas da equipe de saúde quanto à atuação do Farmacêutico Clínico nos CTII Pediátrico e Neonatal da Instituição para nortear as ações que serão executadas durante o processo de implantação do serviço.	Aplicação de questionário elaborado pela Divisão de Assistência Farmacêutica a membros da equipe do CTII Pediátrico e Neonatal do HCFMRP-USP.	Foram entrevistados 50 profissionais, entre auxiliares/técnicos de enfermagem, enfermeiros, fisioterapeutas, médicos e outros profissionais. Auxiliares/técnicos de enfermagem e fisioterapeutas mostraram uma expectativa maior com as questões relacionadas à administração de medicamentos; para médicos residentes e enfermeiros a expectativa gira em torno de questões relacionadas à prescrição médica.	Concluiu-se que o serviço de Farmácia Clínica em Unidades de Terapia Intensiva é um trabalho ainda muito pouco conhecido.
Paulo (2014) ¹⁰	Entender melhor as etapas percorridas pelo medicamento durante sua trajetória de dispensação e distribuição, os processos de cada etapa do fluxo e os subprocessos mais complexos e importantes, visando a melhorias e benefícios tanto para os profissionais de saúde e para a instituição como, principalmente, para o paciente.	A coleta de dados realizada pelo método etnográfico de descrição e observação do fenômeno apresentou um contexto muito próximo da realidade diária das equipes e forneceu uma visão do complexo cenário da Farmácia Hospitalar do Complexo de Saúde do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, no período de abril a setembro de 2010.	Os profissionais envolvidos na dispensação e distribuição, e até na administração de medicamentos, cometem erros simples nesses processos, normalmente associados à falta de atenção ao processo e à distração que o meio lhes impõe, como a grande circulação de pessoas, atendimento telefônicos, troca de informações entre as equipes e outros. Apesar de não ser o objeto deste estudo, reconhece-se que o ambiente de trabalho da farmácia hospitalar pode contribuir indiretamente para os erros de administração de medicamentos, e outros estudos necessitam ser realizados para se entender melhor esse cenário	O estudo conduziu que o fluxo de dispensação e distribuição de medicamentos inclui 5 etapas: (1) almoxarifado da farmácia, (2) preparação, (3) dispensação, (4) distribuição nas enfermarias e (5) devolução. São 18 processos envolvidos, e os pontos críticos de maior atenção são o processo de unitarização dos medicamentos, o de triagem dos receituários, o de separação da prescrição e o registro do medicamento. É de vital importância a construção de um planejamento estratégico voltado para a prescrição, distribuição e dispensação de medicamentos, com investimento de curto, médio e longo prazo, com o objetivo de garantir plena segurança aos usuários do sistema de saúde. Concluiu ainda que a informatização da área Médica, como em qualquer atividade, tornou-se de suma importância na atualização e na consolidação de dados, já que na farmácia hospitalar, há muitas áreas em que a melhoria da qualidade e da produtividade está associada à utilização de um sistema informatizado mais eficiente no processamento e no controle de dados, tornando-o imprescindível.

Nascimento et al (2013) ¹¹	Avaliar a existência de associações entre variáveis de serviços de farmácia hospitalar.	Foram utilizadas 30 variáveis do projeto Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil relativas à caracterização geral do hospital, caracterização geral do serviço de farmácia hospitalar e etapas da assistência farmacêutica. A dimensão 1 da análise de correspondência múltipla explicou 90,6% da variabilidade, diferenciando os serviços de farmácia hospitalar conforme a presença de atividades, sugerindo assim um eixo de caracterização da estrutura dos serviços de farmácia hospitalar.	Os resultados indicaram uma relação direta entre cumprimento das atividades e tipo de hospital e farmacêuticos com especialização. A análise de agrupamentos identificou seis grupos relativos ao porte do hospital, tendo maior cumprimento de atividades os serviços de farmácia hospitalar em unidades de grande porte e com farmacêutico (maior tempo dedicado ao serviço de farmácia hospitalar e maior nível de treinamento).	Concluiu-se que as técnicas foram capazes de identificar as associações e um elenco conciso de variáveis para uma avaliação abrangente dos serviços de farmácia hospitalar no país.
Rabelo e Borela (2013) ¹²	O objetivo deste estudo foi propor a inserção o profissional farmacêutico no controle da dor de origem oncológica visando o uso racional e o monitoramento das reações adversas a medicamentos.	Para o controle efetivo do quadro algico, implementação de medidas analgésicas e avaliação da eficácia terapêutica da dor faz-se essencial o uso correto da "Guia para Tratamento da Dor no Câncer" da Organização Mundial de Saúde (OMS), o qual proporciona diretrizes para o controle da dor na maioria dos pacientes com câncer avançado, e ainda, é fundamental o relato da experiência dolorosa do paciente aos profissionais da saúde.	As escalas de mensuração da dor aliadas ao protocolo preconizado pela OMS tem-se mostrado um instrumento essencial para o uso racional de medicamentos.	O profissional farmacêutico, além de cumprir com sua atividade corrente, está capacitado para interagir nas equipes multidisciplinares, auxiliando no tratamento algico de pacientes oncológicos, avaliando o cumprimento desse protocolo estabelecido pela OMS no controle da dor.
Miranda et al (2012) ¹³	Demonstrar a atuação e a importância do farmacêutico clínico na Unidade de Primeiro Atendimento na identificação, classificação e levantamento do número de intervenções realizadas pelo farmacêutico clínico.	Foi realizado um estudo retrospectivo no período de 1º de janeiro de 2010 a 31 de dezembro de 2010, na Unidade de Primeiro Atendimento Morumbi do Hospital Israelita Albert Einstein. As intervenções foram realizadas pelo farmacêutico clínico por meio da atuação junto à equipe interdisciplinar e busca ativa nos prontuários, com a análise diária da prescrição médica no período de oito horas (10h00 e 19h00) de segunda à sexta-feira.	Foi avaliado o total de 3.542 prescrições médicas e ocorreram 1.238 intervenções. As classificações e as quantidades das intervenções foram: via de administração: 105 (8,48%); frequência: 73 (5,89%); dose: 431 (35%); função renal: 14 (1,13%); compatibilidade: 50 (4%); diluição: 121 (9,77%); legibilidade: 39 (3,15%); farmacovigilância: 7 (0,56%); reação adversa a medicamentos: 7 (0,56%); alergia: 35 (2,82%); tempo de infusão: 76 (6,13%); indicação: 52 (4,20%); reconciliação medicamentosa: 2 (0,16%); medicamentos via sonda: 38 (3%); aprazamento: 7 (0,56%); protocolo específico de anticoagulantes: 44 (3,55%); protocolo específico de hipoglicemiantes: 42 (3,99%).	O estudo permitiu demonstrar a importância do farmacêutico clínico atuando na Unidade de Primeiro Atendimento. Pela classificação e pelo número das intervenções realizadas, foi possível observar que o Serviço de Farmácia Clínica teve grande impacto no aumento da segurança ao paciente e prevenção de eventos adversos.
Ferracini et al (2011) ¹⁴	Demonstrar o desenvolvimento e a contribuição da farmácia clínica no uso seguro e racional de medicamentos em um hospital terciário de grande porte.	O trabalho envolveu a participação do farmacêutico clínico em todas as questões relacionadas ao uso de medicamentos no hospital. No início, estava relacionado à análise da prescrição médica, visita horizontal e implantação de protocolos. Posteriormente, outras atividades foram incorporadas como: farmacovigilância, participação em comissões e rotinas gerenciadas. Após a identificação do problema relacionado ao medicamento, o farmacêutico contatava o médico e, após a intervenção, registrava a conduta na prescrição e o no prontuário do paciente.	Houve aumento no número de farmacêuticos clínicos, chegando a 22 em 2010. Houve também aumento dos tipos e de número de intervenções realizadas (de 1.706 em 2003 para 30.727 em 2010) e observamos 93,4% de adesão pela equipe médica em 2003, chegando a 99,5% em 2010.	A farmácia clínica demonstrou impacto positivo em relação ao número de intervenções realizadas, promovendo uso racional de medicamentos e aumento da segurança do paciente. O farmacêutico foi inserido e garantiu seu espaço junto à equipe multidisciplinar e no processo de segurança do paciente dentro da instituição.

Borges Filho et al (2010) ¹⁵	Destacar as contribuições do farmacêutico e da farmácia clínica hospitalar na busca pela redução da utilização de albumina humana 20% com indicação não-fundamentada no Hospital Israelita Albert Einstein.	Durante um período de 30 dias (dezembro, 2006), foi realizada uma análise prospectiva preliminar utilizando-se as prescrições médicas de pacientes com Albumina humana, e avaliaram-se as indicações terapêuticas em relação às diretrizes estabelecidas pela resolução ANVISA RDC 115. A partir dessas informações, foi elaborado um projeto de atuação e foi instituída uma rotina de acompanhamento diário das prescrições pelos farmacêuticos a partir de Janeiro de 2007.	De Janeiro a Outubro de 2007, foram consumidos 14.799 frascos de albumina 20%. Destes, 4.191 com indicação não fundamentada, correspondendo a uma perda de R\$ 1,36 milhões. Em 2008 (de janeiro a outubro), foram prescritos 13.519 frascos de albumina 20%. Destes, 1.648 com indicação não fundamentada, o que responde por uma perda de R\$ 535 mil. A relação entre o risco da perda e quantidade consumida de janeiro a outubro de 2007 foi de 91,99. Já no mesmo período de 2008 foi de 39,60. De janeiro a outubro de 2007, a média do percentual de albumina prescrita com indicação não-fundamentada foi de 28%. No mesmo período em 2008, este percentual caiu para 13%. Uma redução de 54%.	O envolvimento do Farmacêutico no processo de verificação da indicação e justificativa do uso do medicamento representou a garantia de processos seguros ao paciente, garantindo que ele receba o medicamento certo para a indicação correta, reduzindo com isto a probabilidade de eventos adversos e contribuindo para diminuir burocracias e gastos desnecessários nesta instituição.
---	---	--	---	--

Resultados

A tabela 01 mostra que as referências publicadas no idioma inglês representam 89% da amostra sendo o idioma com maior quantidade de publicações, já o Português ficou representado por 11% dos trabalhos e o espanhol não apresentou nenhuma publicação.

Tabela 1 - Distribuição do número absoluto e percentagem dos estudos, por idioma, Brasil, 2019.

Idiomas	Número inteiros	%
Inglês	16	89,0
Português	2	11,0
Espanhol	0	0,0
Total	18	100,0

A tabela 2 apresenta a distribuição dos 18 artigos selecionados conforme seu país de origem. Assim, 5 (28%) artigos são dos Estados Unidos, 5 (28%) da china e os demais países, Índia, Brasil, Tailândia, Vietnã, Mali, Moçambique, Líbano e França apresentam 1 (6%) cada. Demonstrado que os Estados Unidos tiveram maior quantidade de pesquisas sobre o assunto abordado.

Tabela 2 - Distribuição do número absoluto e percentagem dos estudos, por país de origem, Brasil, 2019.

País de origem	Número absoluto	%
Estados Unidos	5	28,0
China	5	28,0
Índia	1	6,0
Brasil	1	6,0
Tailândia	1	6,0
Vietnã	1	6,0
Mali	1	6,0
Moçambique	1	6,0
Líbano	1	6,0
França	1	6,0
Total	18	100,0

Ao observar a tabela 3 percebe-se que a base de dados PUBMED, como demonstrado na tabela se sobressaiu em relação às demais bases, contribuindo com doze artigos, (67%) de todo material utilizado, no entanto as bases de dados LILACS E CINAHL também contribuíram significativamente, com 11% e 22% respectivamente, ainda que em menor frequência, foram fundamentais para o estudo.

Tabela 3- Distribuição do número absoluto e percentagem dos estudos, por fonte da publicação, Brasil, 2019.

Fonte	Número Absoluto	%
PUBMED	12	67,0
LILACS	2	11,0
CINAHL	4	22,0
Total	18	100,0

O quadro 1 representa uma síntese dos estudos utilizados na amostra que passou pelo processo de análise, descrevendo o autor, ano de publicação, título do artigo, abordagem metodológica, grau de evidência e Base de dados e periódico.

Quadro 1 – Síntese dos estudos incluídos na revisão integrativa, nas bases de dados LILACS, PUBMED e CINAHL, no período de 2015 a 2019, Brasil, 2019.

Autor Base de dados/Periódico Idioma	Ano	Abordagem metodológica	Principais resultados
REISNER et al. Pubmed/ Journal of the International AIDS Society	2019	Quantitativo	De 857 HSHs, 55,2% tinham indicações para a PrEP. Fatores de Risco: Múltiplos parceiros sexuais.
ARMSTRONG et al. Pubmed/ International Journal of Drug Policy	2015	Quantitativo	Em uma amostra de 420 HSHs, um terço (37%) dos homens relatou história de sexo anal com homens, dos quais apenas 16% usaram camisinha no último sexo anal.
DUAN et al. Pubmed/Drug and Alcohol Dependence	2017	Quantitativo	Entre os HSH pesquisados em 1935, 12,7% relataram uso de drogas recreativas nos últimos seis meses. O uso recreativo de drogas foi significativamente associado ao maior risco de HIV e infecções por sífilis.
HE et al. Pubmed/BMC Infectious Diseases	2018	Quantitativo	Um total de 608 HSH foram rastreados, os quais 406 HSH HIV negativos. Prevalência de relações sexuais anais desprotegidos com parceiros sexuais masculinos regulares, e parceiros do sexo masculino não regular nos últimos seis meses foi de 53,9%, 23,6, respectivamente.
STRÖMDAHL et al. Pubmed/ Eurosurveillance	2015	Quantitativo	Uma sistemática revisão incluindo cinco estudos de coorte (n = 8.825) relataram que o uso de preservativo reduziu a transmissão do HIV (risco relativo (RR): 0,36; intervalo de confiança de 95% (IC) 0,20-0,67) [27-32].
WILLIAMS et al. Pubmed/ American Journal of Public Health	2015	Revisão sistemática	Entre HSH HIV positivos (n = 337), a relação sexual entre 12 e 16 anos foi positivamente associado a ter mais de 3 parceiros masculinos nos últimos 6 meses.

THIENKRU et al. Pubmed/ AIDS Behavior	2018	Quantitativo	A incidência de HIV foi de 7,4 por 100 pessoas-ano. Em análises multivariáveis, relatando o uso de um medicamento para disfunção erétil em combinação com medicamentos para clubes, tendo relações anal receptivas ou inseridas e receptivas com homens, tendo infecção por hepatite A, tendo Chlamydia trachomatis retal, tendo infecção por hepatite B antes da soroconversão do HIV e relatando nem sempre o uso de preservativo com parceiros masculinos está associado significativamente à incidência do HIV em HSH.
LE et al. Pubmed/ BMC Public Health	2016	Estudo de coorte	Os HSHs que praticam sexo anal receptivo e que se sentiam em risco de infecção pelo HIV, apresentavam maior risco de Infecção por HIV.
ZHANG et al. Pubmed/ AIDS Care	2017	Quantitativo	Depois de considerar possíveis fatores de confusão e efeitos variáveis no tempo, nossos modelos indicaram que o uso de drogas e álcool aumenta os riscos de HIV em HSH.
CHAN et al. Pubmed/ AIDS PATIENT CARE and STDs	2015	Estudo de Coorte	Em um grupo de 538 HSHs os que apresentavam 7% teve a maior prevalência de HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis, 16%), > 10 parceiros de sexo anal nos 12 meses (69%), parceiros anônimos (100%), uso de drogas / álcool durante o sexo (76%) e DST anteriores (40%). Os HSH que podem se beneficiar mais com A PrEP inclui aqueles que têm > 10 parceiros sexuais por ano, parceiros anônimos, uso de drogas / álcool durante o sexo e DST anteriores.
LAHUERTA et al. Pubmed/ AIDS Behavior	2018	Qualitativo	Os fatores associados a maiores chances de HIV incluíram idade mais jovem, receptividade com o último parceiro, quebra de preservativo durante o sexo anal nos últimos 6 meses.
LUO et al. Pubmed/BMJ Open	2015	Quantitativo	A população HSH em <i>Hangzhou</i> tem uma alta prevalência de HIV / sífilis infecção, baixos riscos percebidos de HIV e mais envolvimento em sexo inseguro com seus clientes e parceiros, além de uma baixa taxa de uso de preservativo. Esses riscos fatores podem explicar sua infecção relativamente alta taxa de HIV / sífilis.
YANG et al. Pubmed/ AIDS RESEARCH AND HUMAN RETROVIRUSES	2016	Quantitativo	HSH com um conhecimento abrangente de O HIV apresentava risco reduzido de diagnóstico, enquanto aqueles com mais parceiros sexuais masculinos, mais homens experiências sexuais (incluindo relações sexuais anal / receptivas ou / e insercionais, <i>rimming</i> e <i>fisting</i>) e uma corrente infecção por sífilis estavam em maior risco de diagnóstico de HIV.
MARTINEZ et al. Cinahl/ Trials	2018	Caso-controle.	Principais métodos de prevenção uso de preservativos e atos protegidos pela PrEP e TasP.
CUMMINGS et al. Cinahl/ AIDS and Behavior	2018	Randomizado	Em uma amostra de 563 HSH, 56,8% tiveram sexo anal receptivo com homens 12 meses antes, incluindo 1.587 atos sexuais desprotegidos com homens.
AUNON et al. Cinahl/Social Work in Public Health	2015	Quantitativo	Demonstrou que os HSH que praticavam sexo em troca de dinheiro optaram por não usar preservativos com parceiros sexuais não-clientes, em um esforço para diferenciar sexo por trabalho versus prazer.
MORA; BRIGEIRO; MONTEIRO LILACS/Saúde Coletiva	2018	Qualitativo	Aponta a testagem para HIV como método de prevenção em HSHs.
CALAIS; PERUCCHI LILACS/ Psicologia em Revista.	2017	Revisão sistemática	Defende o método de prevenção combinada como meio de prevenção para o HIV em HSHs.

Discussão

Os achados deste estudo são capazes de evidenciar os fatores de risco e as estratégias preventivas para a prevenção, controle e o enfrentamento do HIV/AIDS em homens que fazem sexo com outros homens.

No que tange aos fatores de risco, a localização e compreensão dos fatores de risco para o HIV é essencial para que sejam fornecidas as bases para a implementação de políticas direcionadas à prevenção. Em se tratando de Homens que fazem Sexo com outros Homens (HSH) a contaminação deste público os expõe à uma epidemia global de grave impacto e que continua se expandindo na maioria dos países, o que indica a necessidade de avanços no conhecimento sobre os fatores relacionados.¹⁸ Das produções científicas pesquisadas, apontaram os principais fatores de riscos que contribuem para a contaminação por HIV em HSH: múltiplos parceiros sexuais, relação sexual desprotegida, sífilis, uso de álcool e drogas ilícitas, e sexo anal receptivo, resultado semelhante ao encontrado em uma metanálise de 12 estudos na China.¹⁹ Como vem sido apontado a multiplicidade de parceiros sexuais é um fator associado à infecção por HIV. Pois quanto maior a quantidade de parceiros sexuais sejam homens ou mulheres, maior é a chance não só de transmissão, mas também de contração do HIV entre HSH e de seus parceiros.²⁰⁻²¹

A multiplicidade de parceiros aumenta o risco não apenas de contração de HIV, mas também de outras IST e é um preditor significativo do comportamento de busca à tratamento de saúde, pois pessoas com apenas um parceiro sexual tem maior propensão a buscar tratamento de saúde mais precocemente.²²⁻²³ Em estudo realizado na China identificou-se que ter múltiplos parceiros sexuais masculinos tem associação direta com a infecção pelo HIV, no mesmo estudo mais de 10% dos participantes da pesquisa relataram ter pelo menos cinco parceiros sexuais nos últimos 6 meses que antecederam à pesquisa o que se torna muito preocupante.

As pessoas que tem vários parceiros sexuais apresentam mais chances de se envolver em outros comportamentos sexuais de risco do que aqueles que têm apenas um parceiro.²⁴ Isso está de acordo com um estudo realizado em Addis Abeba, no qual praticar sexo desprotegido foi maior entre aqueles que tinham múltiplos parceiros sexuais em comparação com aqueles que tinham um único parceiro.²⁵

A relação sexual desprotegida é uma prática muito comum entre os HSH que em algumas vezes, desconhecem a situação sorológica do parceiro, o que torna essa atitude um importante fator de risco para a contração de HIV. De forma geral, as relações sexuais sem proteção na presença de carga viral detectável especialmente quando não se tem o conhecimento da própria situação sorológica são responsáveis pelas novas infecções pelo HIV entre HSH.²⁶⁻²⁷

O sexo anal apresenta um risco dez vezes maior para transmissão do HIV, quando equiparado ao sexo vaginal sem preservativo. Em muitas situações, relações sexuais desprotegidas pode ser uma escolha consciente e desejada, é o que pode ser observado em práticas sexuais *barebacking*, no qual os HSH praticam o sexo anal sem o uso do preservativo de forma intencional, por ser considerada mais prazerosa.²⁸

Muitos HSH ainda têm em mente que relação sexual anal desprotegida com um parceiro que seja regular é seguro e eles não reconheceram o risco de tais relações dentro de relacionamentos regulares, embora, grande parte das infecções pelo HIV seja transmitida pelos parceiros sexuais regulares.²⁹⁻³⁰

Apesar da conscientização da importância do preservativo os HSH não se sentem vulneráveis ao HIV e alegam algumas razões para justificarem as relações sexuais desprotegidas tais como a possibilidade do preservativo de quebrar a diminuição do prazer. E acabam oferecendo resistência ao uso de preservativos por conta de acreditarem que o parceiro não é HIV positivo, vergonha de comprar preservativos, não ser capaz de usá-los, falta de dinheiro e falsas crenças.³¹

Mesmo com toda a informação existente e amplamente divulgada sobre os preservativos, e sua distribuição de forma gratuita a quantidade de HSH que se envolvem em práticas sexuais desprotegidas é muito alta.³² O fato de ter tido sífilis ou alguma IST ulcerativa aumenta o risco de contaminação por HIV.²⁰ Em um estudo realizado entre 2013 e 2015, cerca de 70,7% dos HSH com sífilis teve co-infecção pelo HIV, assim como úlcera genital.³³⁻³⁴

A presença de outras IST facilita o risco da transmissão do HIV devido à interrupção de barreiras protetoras e pelo recrutamento de células imunitárias suscetíveis ao local da infecção. Dentre as IST, a sífilis destaca-se devido ao aumento da carga viral do HIV no plasma sanguíneo do paciente e a diminuição da contagem de células TCD4, o que pode contribuir para o avanço da infecção para AIDS.³⁵

Segundo a OMS, 2014 o álcool é uma substância psicoativa com propriedades que produzem dependência e que há séculos e em diversas culturas é muito utilizada. O uso do álcool pode ser prejudicial e causa grande número de problemas de saúde, e também encargos sociais e econômicos nas sociedades.

Um fator relacionado às práticas sexuais de HSH e associado à infecção pelo HIV e outras DST é o uso inconsistente de preservativo pode ocorrer devido ao uso de álcool e ou substâncias psicoativas antes e durante o sexo, o que pode aumentar a exposição à infecção pelo HIV.¹⁸

Destarte, o uso de drogas ilícitas tem sido associado ao aumento da prevalência de gravidez não planejada e de IST, além da infecção pelo HIV. Desde o final dos anos oitenta que a relação entre drogas ilícitas vem preocupando por causa do aumento da prevalência do HIV/AIDS e outras IST nessa população.³⁶⁻³⁷

Em um estudo realizado com usuários de drogas tratados em tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial voltado para o atendimento aos usuários de álcool e drogas, (CAPSad) apontou que a pesar de a droga está associada ao sexo e isso fazer sentido para os participantes de tal pesquisa, na prática o uso do preservativo foi inconsistente, e os mesmos apresentavam alta prevalência de ISTs.³⁸ Além disso, a presença da preferência pelo sexo anal receptivo também foi identificado em outros cenários e revelou que aqueles que preferem sexo anal receptivo tem maior probabilidade de serem diagnosticados com HIV, isso se dá porque o sexo anal desprotegido acarreta em um maior risco de transmissão do HIV.³⁹

Por fim, a principal forma de transmissão do HIV no Brasil é a via sexual, sendo a prática sexual anal receptiva desprotegida a situação de mais riscos para a aquisição do vírus.⁴⁰ Em decorrência da fragilidade do epitélio da mucosa anorretal, existe aumentado risco de ruptura da barreira epitelial durante o ato sexual, esse fato, associado à ausência de uma barreira de anticorpos protetores na mucosa retal, facilita a entrada do vírus no hospedeiro.

No que tange às estratégias preventivas para o HIV envolvendo os Homens que fazem Sexo do outros Homens (HSH), identificou-se que nas pesquisas selecionadas como base para o presente trabalho, as principais estratégias preventivas apontadas são: PrEP, TasP, Testagem para HIV, uso consistente do preservativo e prevenção combinada.

A profilaxia pré-exposição (PrEP), comercializada como “truvada”, é uma combinação de dois medicamentos em um único comprimido: o fumarato de tenofovir desproxila (TDF) e a entricitabina (FTC), e sua utilização é feita diariamente, por via oral.⁴³ Seu uso é particularmente recomendado para populações-chave vulneráveis a infecção, dentre os quais se destacam HSH e entre as atuais estratégias de prevenção biomédica contra a infecção pelo HIV, a PrEP, vem se destacando pela eficácia apresentada nos ensaios clínicos desenvolvidos, com redução no risco de infecção em até 92%.⁴⁴

A utilização da PrEP pode ser um método útil para prevenir a infecção pelo HIV e além de proteger diretamente os indivíduos que a tomam, também pode ter um efeito indireto sobre as pessoas que não são da PrEP, uma vez que um número reduzido de infecções por HIV consequentemente levará à diminuição da transmissão. As pessoas que tomam PrEP podem se sentir protegidas contra a infecção pelo HIV e, consequentemente, usarem menos preservativos. Por outro lado, os usuários de PrEP podem ser amplamente aconselhados, estar mais conscientes de seus comportamentos de risco e dos riscos de sexo desprotegido e, portanto, podem ter maior probabilidade de usar preservativos.⁴⁵

Nos países onde a transmissão do HIV ocorre entre HSH a PrEP não deve ser considerada como a única opção de intervenção, pois são necessárias outras opções de prevenção do HIV.⁴⁵ A PrEP é recomendada devido ao resultado positivo de benefícios e danos com base em evidências de alta qualidade, aceitabilidade na revisão de valores e preferências, viabilidade em ambientes de estudo, e potencial custo-benefício, no entanto não existem dados sobre os efeitos a longo prazo do TDF / FTC na saúde em indivíduos não infectados pelo HIV ou entre aqueles que ficam infectados pelo HIV enquanto estão na PrEP.

Diferentemente do que ocorre em outros países onde o medicamento é comercializado em 2015, o Ministério da Saúde anunciou o desenvolvimento do primeiro estudo nacional com HSH visando à distribuição de PrEP gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em hospitais e em postos especializados no tratamento e prevenção de IST/AIDS.⁴⁶

Antes de prescrever a utilização da PrEP os serviços de saúde que disponibilizarem o tratamento devem educar e aconselhar os potenciais usuários sobre os riscos e benefícios de PrEP e também podem conduzir uma avaliação risco-benefício individualizado para seja avaliado a possível elegibilidade. Para que o candidato possa utilizar a PrEP alguns critérios devem ser atendidos que são eles: ser HIV negativo; não ter nenhuma suspeita de infecção aguda pelo HIV; fazer parte da população com risco substancial de infecção pelo HIV; não ter

contraindicações para medicamentos da PrEP (por exemplo, TDF / FTC); ter vontade de usar a PrEP como prescrito, incluindo testes periódicos de HIV.⁴⁷

A TasP é um termo utilizado para descrever um método de prevenção da infecção por HIV (independentemente da contagem de células CD4) que usa a Terapia antirretroviral em indivíduos infectados por HIV, pois com a redução da carga viral na pessoa infectada pelo vírus há a diminuição da probabilidade de transmissão do HIV.⁴⁸

O tratamento antirretroviral não pode ser visto como único meio de prevenção. A política de prevenção deve ser combinada a outras formas de redução da transmissão do vírus, como o tratamento de outras infecções sexualmente transmissíveis que aumentam a probabilidade de transmissão do HIV, o aconselhamento sobre as formas de transmissão e métodos de prevenção disponíveis, política de redução de danos para pessoas que injetam drogas.⁴⁹

A intenção da TasP é que além de terem uma melhor qualidade de vida, apresentam menor quantidade de vírus em circulação em seus corpos (com carga viral baixa ou mesmo indetectável), e isso causa grande impacto pois reduz a transmissão do HIV na comunidade.⁵⁰

Desde 2005 que os testes rápidos são ofertados no Brasil, em cumprimento à Portaria nº 34/2005 que discorre sobre a obrigatoriedade do uso de testes rápidos para diagnóstico da infecção pelo HIV em situações especiais como risco ocupacional, gestantes que não foram submetidas ao teste no pré-natal, população de difícil acesso e também pode ser utilizado nos casos em que haja necessidade.⁵¹ No entanto a inserção de testes rápidos nos protocolos publicados pelo Ministério da Saúde, para diagnóstico das IST, é relativamente recente e os profissionais responsáveis ainda não apresentam segurança suficiente para a interpretação e conduta após a realização dos mesmos.⁵¹

Os HSH são uma das populações com uma concentrada epidemia de HIV, que é desproporcional às demais populações o que faz com que a importância da realização periódica de testes anti-HIV, como estratégia de prevenção na resposta programática à epidemia de HIV/AIDS, seja discutida em escala mundial.⁵¹

Os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), implantados no Brasil desde 1989, oferecem gratuitamente o teste anti-HIV e realizam ações de diagnóstico e prevenção de IST as ações de aconselhamento realizadas nestes locais tem como finalidades a passar informações aos usuários sobre HIV/aids e orientá-los em relação às medidas de prevenção e ao enfrentamento da soropositividade e da doença, no entanto as estimativas da OMS apontam que apenas 0,2% dos adultos dos países de baixa e média renda realizam o teste e o aconselhamento para o diagnóstico da infecção pelo HIV.⁵³

Os testes rápidos diminuem a transmissão das IST e também do número de agravantes e mortalidade, tendo assim grande impacto na saúde pública, pois não necessitam de uma estrutura laboratorial como os outros testes padrões e abrangem um número maior de pessoas, permitindo assim o diagnóstico e tratamento de indivíduos que de outra forma não seriam diagnosticados.⁵⁴

Os preservativos são métodos seguros, de baixo custo e sem efeitos colaterais. O Ministério da Saúde recomenda que seu uso deve ser estimulado mesmo nos casos em que outros métodos de prevenção estejam em curso, como a Profilaxia Pós-Exposição (PEP) ou PrEP e sua oferta deve ser feita sem restrições, sem limitações de quantidades de retiradas e sem exigência de

documentos de identificação, para que assim não seja dificultado o acesso das pessoas a esses insumos.⁵⁵

O uso consistente do preservativo é uma medida preventiva importante também para as pessoas vivendo com o HIV/AIDS, pois entre casais sorodiscordantes e soroconcordantes tem o intuito de evitar reinfecção de cepas já resistentes aos antirretrovirais, diminuir carga viral durante as relações sexuais e evitar a transmissão de outras infecções sexualmente transmissíveis.⁵⁶

A utilização do preservativo constitui um método eficaz na prevenção de ISTs incluindo o HIV contanto que seja usado de forma correta e frequente, e sua utilização de forma adequada está diretamente relacionada ao conhecimento, às atitudes e à prática, ou seja, ao saber, sentimentos e a comportamentos em relação às ISTs.⁵⁷

A prevenção combinada não deve ter uma abordagem apenas biomédica, mas também contemplar dimensões culturais, sociais e estruturais da epidemia. Não se trata de uma mera combinação de métodos e tecnologias, mas uma combinação destes métodos com fatores estruturais, com aspectos sociais (ambientes sociais e culturais favoráveis, como menos estigma e discriminação) e comportamentais (ampliação do nível de conhecimento sobre os novos métodos, escolhas individuais e coletivas).⁵⁸

A adoção efetiva de múltiplas abordagens preventivas depende também do acesso de indivíduos e comunidades a informações sobre os métodos disponíveis, além da conscientização sobre os métodos potencialmente mais eficazes à luz de suas situações específicas e do empoderamento para tomar decisões sobre as opções de prevenção que fazem mais sentido para suas vidas.⁵⁹

A prevenção combinada tem vários desafios para que se tenha êxito, Além de levar o teste a todas as pessoas, retirar os critérios clínicos para início da TARV, também se deve estimular que todas as pessoas que forem diagnosticadas com HIV entrem, o quanto antes, em tratamento, respeitando-se, sempre, a autonomia dessas pessoas em relação a essa escolha.⁵⁶

Conclusão

O estudo permitiu identificar como principais fatores de riscos para a infecção por HIV em HSH: múltiplos parceiros sexuais, relação sexual desprotegida, sífilis, uso de álcool e drogas ilícitas, e sexo anal receptivo e como principais estratégias preventivas, PreP, TasP, Testagem para HIV, uso consistente do preservativo e prevenção combinada.

Ao avaliar as produções científicas relacionadas aos fatores de riscos e estratégias preventivas do HIV/AIDS em HSH no referido período, observou-se que é de fundamental importância que a contaminação por HIV/AIDS na população aqui abordada tem no contexto atual da nossa sociedade e a continuidade do assunto poderá, evidentemente, fornecer subsídios para maiores discussão e direcionamentos de ações e conduta diante da temática visando a diminuição das consequências advindas da infecção pelo HIV/AIDS.

Destaca-se ainda, a necessidade de serem incentivadas ações que visem a ampliação da educação em saúde com base na conscientização das populações-chaves e demais populações, priorizando ações de prevenção e proteção a toda sociedade.

Ressalta-se que, conhecer os fatores de riscos e estratégias preventivas do HIV/AIDS em HSH nem sempre é suficiente para diminuir a incidência desse fenômeno. É preciso também ações que facilitem e estimulem o acesso aos serviços de saúde, para que todos possam ter acesso à orientação, métodos de prevenção, e tratamento de tal problema.

Sendo assim, considerando a relevância do assunto e os altos índices de infecção do HIV/AIDS nos HSH na contemporaneidade, os achados citados nesse estudo poderão servir de subsídios para outros estudos futuros com objetivo de implementação de práticas sexuais seguras, implementação de políticas públicas e conscientização de toda a população.

Agradecimento

Essa pesquisa não recebeu financiamento para sua realização.

Referências

1. Chamrathirong A, Ford K, Punpuing S, Prasartkul P. A workplace intervention program and the increase in HIV knowledge, perceived accessibility and use of condoms among young factory workers in Thailand. *SAHARA J*. 2017;14(1):132-139. doi:10.1080/17290376.2017.1387599
2. UNAIDS. Data Global AIDS update; 2019. Geneva: World Health Organization. [internet]. 2019. [cited 2020 Aug 03]. Available from: <https://unaids.org.br/estatisticas/>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2019. [internet]. 2019. [cited 2020 Aug 03]. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hivaids-2019>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico-Aids. Programa Nacional de DST e Aids. Brasília-DF, 2013.
5. Brignol S, Dourado I, Amorim LD, Kerr LRFS. Vulnerability in the context of HIV and syphilis infection in a population of men who have sex with men (MSM) in Salvador, Bahia State, Brazil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2015 May [cited 2020 Nov 13]; 31(5): 1035-1048. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000500015&lng=en. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00178313>.
6. Francisco Luz Nunes Queiroz AA, Lopes de Sousa ÁF, Evangelista de Araújo TM, Milanez de Oliveira FB, Batista Moura ME, Reis RK. A Review of Risk Behaviors for HIV Infection by Men Who Have Sex With Men Through Geosocial Networking Phone Apps. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2017 Sep-Oct;28(5):807-818. doi: 10.1016/j.jana.2017.03.009. Epub 2017 Apr 4. PMID: 28456472.
7. Brignol S, Dourado I. Inquérito sociocomportamental sobre as práticas sexuais desprotegidas entre homens que fazem sexo com homens usuários da Internet. *Rev. bras. epidemiol*. 2011; 14(3): 423-434. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2011000300007>.
8. Emlet CA, Fredriksen-Goldsen KI, Kim HJ. Risk and protective factors associated with health-related quality of life among older gay and bisexual men living with HIV disease. *Gerontologist*. 2013;53(6):963-972. doi:10.1093/geront/gns191
9. Fox J, Fidler S. Sexual transmission of HIV-1. *Antiviral Research*. 2010 Jan;85(1):276-285. <https://doi.org/10.1016/j.antiviral.2009.10.012>
10. Rongkavilit C, Wright K, Chen X, Naar-King S, Chuenyam T, Phanuphak P. HIV stigma, disclosure and psychosocial distress among Thai youth living with HIV. *Int J STD AIDS*. 2010 Feb;21(2):126-32. doi: 10.1258/ijsa.2009.008488. PMID: 20089999.

11. Pachankis JE, Hatzenbuehler ML, Hickson F, et al. Hidden from health: structural stigma, sexual orientation concealment, and HIV across 38 countries in the European MSM Internet Survey. *AIDS*. 2015;29(10):1239-1246. doi: <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000000724>
11. Soares JP, Silva ACO, Silva DM, Freire MEM, Nogueira JA. Prevalência de fatores de risco para o HIV/AIDS em populações vulneráveis: uma revisão de literatura. *Arq catarin med*. 2017[cited 2020 Nov 13];(46):4,182-194. Available from: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/126/216>
12. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS. [internet]. Brasília;2017. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2017>
14. Mendes KDS, Silveira RCC, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto - enferm*. [Internet]. 2008 Dec [cited 2020 Nov 13] ; 17(4): 758-764. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
15. Ercole FF, Melo LS, Alcofrado CLGC. Revisão Integrativa versus Revisão Sistemática. *Revista Mineira de Enfermagem*. 2014[Cited 2020 Nov 13];(18):1,9-12. Available from: <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/904>
16. Botelho LLR, Cunha CCA, Macedo M. O Método da Revisão Integrativa nos Estudos Organizacionais. *Revista Eletrônica Gestão e Sociedade*. 2011;(5):11,121-136. DOI: <https://doi.org/10.21171/ges.v5i11.1220>
17. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice and cultivating a spirit of inquiry. In: LIPPINCOTT, Williams & Wilkins. *Evidence Basic practice in Nursing and health care*. 1ª ed. Estados Unidos, 2015.
18. Beyrer C, Sullivan PS, Sanchez J, et al. A call to action for comprehensive HIV services for men who have sex with men. *Lancet*. 2012;380(9839):424-438. doi:10.1016/S0140-6736(12)61022-8.
19. Rocha GM, Gomes RRFM, Camelo LV, Ceccato MGB, Guimarães MDC. Unprotected receptive anal sex among men who have sex with men, Belo Horizonte, MG. *Rev Med Minas Gerais* 2013; 23(4): 437-445. DOI: 10.5935/2238-3182.20130069.
20. Brignol S, Kerr L, Amorim LD, Dourado I. Fatores associados a infecção por HIV numa amostra respondent-driven sampling de homens que fazem sexo com homens, Salvador. *Rev. bras. epidemiol*. 2016; 19(2): 256-271. Doi: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600020004>.
21. Hewko SJ, Cummings GG, Pietrosanu M, Edwards N. The Impact of Quality Assurance Initiatives and Workplace Policies and Procedures on HIV/AIDS-Related Stigma Experienced by Patients and Nurses in Regions with High Prevalence of HIV/AIDS. *AIDS Behav*. 2018;22(12):3836-3846. doi: <https://doi.org/10.1007/s10461-018-2066-9>
22. Tsadik M, Lam L, Hadush Z. Delayed health care seeking is high among patients presenting with sexually transmitted infections in HIV hotspot areas, Gambella town, Ethiopia. *HIV AIDS (Auckl)*. 2019; 11:201-209. doi: <https://doi.org/10.2147/HIV.S210977>.
23. Ye M, Giri M. Prevalence and correlates of HIV infection among men who have sex with men: a multi-provincial cross-sectional study in the southwest of China. *HIV AIDS (Auckl)*. 2018;10:167-175. doi: <https://doi.org/10.2147/HIV.S176826>
24. Mosisa G, Woldemichael K, Ayalew F. Risky sexual behavior and associated factors among antiretroviral therapy attendees in Nekemte Referral Hospital, Western Ethiopia: a cross-sectional study. *HIV AIDS (Auckl)*. 2018;10:125-131. doi: <https://doi.org/10.2147/HIV.S159670>
25. Dessie Y, Gerbaba M, Bedru A. et al. Risky sexual practices and related factors among ART attendees in Addis Ababa Public Hospitals, Ethiopia: A cross-sectional study. *BMC Public Health* 11, 422 (2011). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-422>

26. Da Fonte VRF, Pinheiro CD'OP, Barcelos NS, Costa CMA, Ribeiro FMT, Spindola T. Factores asociados con el uso del preservativo entre hombres jóvenes que tienen sexo con hombres. *Enferm. glob.* 2017;16(46):50-93. Doi: doi.org/10.6018/eglobal.16.2.245451.
27. He J, Xu H, Cheng W. et al. Intimate relationship characteristics as determinants of HIV risk among men who have sex with regular male sex partners: a cross-sectional study in Guangzhou, China. *BMC Infect Dis.* 2018;18,150. Doi: doi.org/10.1186/s12879-018-3044-6
28. Thienkrua W, van Griensven F, Mock PA, et al. Young Men Who Have Sex with Men at High Risk for HIV, Bangkok MSM Cohort Study, Thailand 2006-2014. *AIDS Behav.* 2018;22(7):2137-2146. doi: <https://doi.org/10.1007/s10461-017-1963-7>
29. Mboumba Bouassa RS, Mbeko Simaleko M, Camengo SP, et al. Unusual and unique distribution of anal high-risk human papillomavirus (HR-HPV) among men who have sex with men living in the Central African Republic. *PLoS One.* 2018;13(5):e0197845. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197845>
30. Gállego-Lezáun C, Arrizabalaga Asenjo M, González-Moreno J, et al. Syphilis in Men Who Have Sex With Men: A Warning Sign for HIV Infection. *Actas Dermosifiliogr.* 2015;106(9):740-745. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ad.2015.05.010>
31. Callegari FM, Pinto-Neto LF, Medeiros CJ, Scopel CB, Page K, Miranda AE. Syphilis and HIV co-infection in patients who attend an AIDS outpatient clinic in Vitoria, Brazil. *AIDS Behav.* 2014;18 Suppl 1(01):S104-S109. doi: <https://doi.org/10.1007/s10461-013-0533-x>
32. Heil SH, Jones HE, Arria A, Kaltenbach K, Coyle M, Fischer G, Stine S, Selby P, Martin PR. Unintended pregnancy in opioid-abusing women. *J Subst Abuse Treat.* 2011;40(2):199-202. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2010.08.011>
33. Andrade TM. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2011 [cited 2020 Aug 07] ; 16(12): 4665-4674. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300015>.
34. Giacomozzi AI. Representações sociais da droga e vulnerabilidade de usuários de CAPS ad em relação às DST/HIV/AIDS. *Estud. pesqui. psicol.* [online]. [citado 2020-08-07], 2011;11(3):776-795 . Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812011000300004&lng=pt&nrm=iso >
35. Zhang Y, Chen P, Lu R, et al. Prevalence of HIV among men who have sex with men in Chongqing, China, 2006-2009: cross-sectional biological and behavioural surveys. *Sexually Transmitted Infections* 2012;88:444-450. DOI: <https://doi.org/10.1136/sextrans-2011-050295>
36. McDaid LM, Hart GJ. Contact with HIV prevention services highest in gay and bisexual men at greatest risk: cross-sectional survey in Scotland. *BMC Public Health.* 2010; 10: 798. doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-798>
37. McCormack S, Dunn DT, Desai M, et al. Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD): effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic open-label randomised trial. *Lancet.* 2016;387(10013):53-60. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00056-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00056-2)
38. Grant RM, Lama JR, Anderson PL, et al. Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. *N Engl J Med.* 2010;363(27):2587-2599. doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1011205>
39. Vissers DC, Voeten HA, Nagelkerke NJ, Habbema JD, de Vlas SJ. The impact of pre-exposure prophylaxis (PrEP) on HIV epidemics in Africa and India: a simulation study. *PLoS One.* 2008;3(5):e2077. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0002077>
40. PrEP Brasil Profilaxia Pré Exposição. Estudo PrEP Brasil. Disponível em: <http://prepbrasil.com.br/pesquisa-prep-brasil/> Acesso em 28 Nov 2019.

41. Organização Mundial da Saúde et al. Ferramenta de implementação da OMS para profilaxia pré-exposição (PrEP) da infecção pelo HIV: módulo 1: clínico =. Organização Mundial da Saúde, 2017. Available from: <https://www.who.int/hiv/pub/prep/prep-implementation-tool/pt/>
42. Organização Mundial da Saúde et al. OMS Relatório Global de Status sobre Álcool e Saúde-2014 . OMS: Genebra. 2014. Available from: <https://cisa.org.br/index.php/pesquisa/dados-oficiais/artigo/item/73-relatorio-global-sobre-alcool-e-saude-2014>
43. Contreiras, H. PrEP e o direito à saúde LGBT in: Cadernos da Defensoria Pública do Estado de São Paulo. São Paulo, vol.1, p. 5-13, dez 2016.
44. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo de infecção pelo hiv em adultos. Brasília.2017. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos>
45. Moraes JT, Nascimento RLF. Strategic planning and implementation of rapid testing for HIV, syphilis and viral hepatitis in the capital of a Brazilian state: Experience report. Rev Bras Promoc Saúde. 2016;29(1): 139-144. DOI: <https://doi.org/10.5020/18061230.2016.p139>
46. Barth PO, Beck ST. Importância da implantação de testes rápidos para o diagnóstico de doenças com impacto na saúde pública: revisão. Ciências da Saúde.2018; 19(3): 537-548. Available from: <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumS/article/view/2710/2264#>
47. Redoschi BRL, Zucchi EM, Barros CRS, Paiva VSF. Uso rotineiro do teste anti-HIV entre homens que fazem sexo com homens: do risco à prevenção. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2017 [cited 2020 Aug 08]; 33(4): e00014716. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000402001&lng=en. Epub May 18, 2017. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00014716>
48. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Contribuição dos centros de testagem e aconselhamento para universalizar o diagnóstico e garantir a equidade no acesso aos serviços. Brasília-DF, 2008.
50. Reis RK, Melo ES, Gir E. Fatores associados ao uso inconsistente do preservativo entre pessoas vivendo com HIV/Aids. Rev. Bras. Enferm. 2016; 69(1):47-53. Doi: doi.org/10.1590/0034-7167.2016690106i.
51. Souza MN, Paula CS, Miguel MD, Zanetti VC, Miguel OG, Zanin SMW. Acompanhamento farmacoterapêutico a pacientes usuários de enfuvirtida. Rev Ciênc Farm Básica Apl. 2010;31(3):235-239. Available from: http://www.ceatenf.ufc.br/ceatenf_arquivos/Artigos/Acompanhamento%20farmacoterapeutico%20a%20pacientes%20usuarios%20de%20enfuvirtida.pdf
52. The trouble with 'Categories': Rethinking men who have sex with men, transgender and their equivalents in HIV prevention and health promotion. Glob Public Health. 2016;11(7-8):819-23. doi: <https://doi.org/10.1080/17441692.2016.1185138>.
53. Parker R, Aggleton P, Perez-Brumer AG. The trouble with 'Categories': Rethinking men who have sex with men, transgender and their equivalents in HIV prevention and health promotion. Global Public Health. 2016; 11(7-8): 819-23. Doi: <https://doi.org/10.1080/17441692.2016.1185138>

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

Relações de Amizade, nível de tolerância e fatores associados no contexto do ensino superior

Friendship relationships, tolerance level and associated factors in the context of higher education

Relaciones de amistad, nivel de tolerancia y factores asociados en el contexto de la educación superior

Osmar Pereira dos Santos¹, Iel Marciano de Moraes Filho², Gabriel José do Nascimento Silva³, Iracilda Souza Feitoza⁴, Francisca Nayara Nava do Nascimento⁵, Marcus Vinicius da Rocha Santos da Silva⁶, Thais Pereira Lima⁷, Amanda Krishna Pinheiro Gonçalves⁸, Thais Vilela de Sousa⁹

Como citar: Santos OP, Moraes-Filho IM, Silva GJN, Feitoza IS, Nascimento FNN, Silva MVR, et al. Relações de Amizade, nível de tolerância e fatores associados no contexto do ensino superior. REVISA. 2021; 10(3): 521-30. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n3.p521a530>

REVISA

1. Faculdade União de Goyazes. Trindade, Goiás, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-7962-622X>

2. Universidade Paulista. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-0798-3949>

3. Faculdade União de Goyazes Trindade. Trindade, Goiás, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-2184-6091>

4. Faculdade União de Goyazes Trindade. Trindade, Goiás, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-7361-1492>

5. Faculdade União de Goyazes Trindade. Trindade, Goiás, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-9847-9117>

6. Conselho Regional de Enfermagem do Paraná. Curitiba, Paraná, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-5905-6434>

7. Universidade Paulista. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-6657-2998>

8. Universidade de Brasília. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-8549-0445>

9. Universidade Federal de Goiás. Goiânia, Goiás, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-7498-516X>

Recebido: 22/04/2021
Aprovado: 29/06/2021

RESUMO

Objetivo: analisar a importância das amizades no processo de tolerância durante o período acadêmico. **Método:** Estudo transversal, analítico e quantitativo, realizado com 276 discentes da área de saúde de uma instituição privada do estado de Goiás. Foram aplicados formulário sociodemográfico e o instrumento de Avaliação da Tolerância nas Relações de Amizade. A análise deu-se por meio de estatística descritiva e regressão linear, com método backwar. **Resultados:** As relações interpessoais de amizades facilitam a permanência dos discentes no curso. A religião, o curso de graduação escolhido e o período do curso em que o aluno está matriculado foram fatores que contribuíram para o aumento da tolerância às relações de amizade. **Conclusão:** Os achados principais sugerem que dois fatores são importantes para a manutenção da tolerância características sociodemográficas e relação interpessoal entre os amigos.

Descritores: Amizade; Relações interpessoais; Desenvolvimento de pessoal; Serviços de saúde escolar.

ABSTRACT

Objective: to assess the importance of friendships in the tolerance process during the academic period. **Method:** Cross-sectional, analytical and quantitative study, carried out with 276 students in the health area of a private institution in the state of Goiás. A sociodemographic form and the instrument of Assessment of Tolerance in Friendship Relationships were applied. The analysis was carried out through descriptive statistics and linear regression, with the backwar method. **Results:** Interpersonal friendship relationships facilitate the permanence of students in the course. Religion, the chosen undergraduate course and the period of the course in which the student is enrolled were factors that contributed to the increased tolerance for friendship relationships. **Conclusion:** The main findings suggest that two factors are important for the maintenance of tolerance, sociodemographic characteristics and interpersonal relationships among friends.

Descriptors: Friendship; Interpersonal relationships; Staff development; School health services.

RESUMEN

Objetivo: analizar la importancia de las amistades en el proceso de tolerancia durante el período académico. **Método:** estudio transversal, analítico y cuantitativo, realizado con 276 estudiantes del área de la salud de una institución privada del estado de Goiás. Se aplicó un formulario sociodemográfico y el instrumento de Evaluación de la Tolerancia en las Relaciones de Amistad. El análisis se realizó mediante estadística descriptiva y regresión lineal, con el método backwar. **Resultados:** las relaciones de amistad interpersonal facilitan la permanencia de los estudiantes en el curso. La religión, el curso de graduación elegido y el período del curso en el que está matriculado fueron factores que contribuyeron al aumento de la tolerancia a las relaciones de amistad. **Conclusión:** los principales hallazgos sugieren que dos factores son importantes para el mantenimiento de la tolerancia, las características sociodemográficas y las relaciones interpersonales entre amigos.

Descriptores: Amistad; Relaciones interpersonales; Personal de desarrollo; Servicios de salud escolar.

ORIGINAL

Introdução

A interrelação entre componentes afetivos, íntimos, recíprocos e espontâneos entre duas ou mais pessoas, caracteriza a amizade.¹⁻² O conceito de amizade é complexo e repleto de facetas, podendo ser definido de diversas formas, principalmente quando se avalia a importância do fator de proteção entre amigos durante a convivência harmônica. Estudos revelam que a falta de laços de amizade torna-se um fator de risco, desencadeando alterações socioemocionais e comportamentais durante qualquer fase da vida dos indivíduos.²⁻⁴

Assim, compartilhar experiências e interesses, suportar as surpresas e os obstáculos sociais e desenvolver sentimentos e emoções são ações proporcionadas pela amizade, cuja importância está relacionada com a felicidade e o bem-estar subjetivo. Nesse contexto, as relações interpessoais são satisfatórias e harmônicas somente quando as relações entre amigos permitem que as pessoas aprendam com suas habilidades compartilhadas.^{1,5}

Dessa maneira, as amizades podem ser estabelecidas a partir de quatro fatores: ambiental, situacional, individual e diádico. O fator ambiental está relacionado com a proximidade residencial entre os sujeitos, facilitando o convívio. O situacional refere-se à interação, frequência, disponibilidade e dependência. Seguidamente, o fator individual é composto por regras de inclusão e exclusão praticadas na pré-seleção de candidatos a amigos. Por fim, o fator diádico diz respeito à correlação entre as primeiras impressões que o sujeito induz sobre o outro e a abertura para tratar de assuntos íntimos com o amigo.⁶⁻⁷

De tal modo, dentro dos conceitos de amizade também estão inseridas as relações afetivas entre pessoas ao compartilhar seus medos, esperanças, frustrações e interesses, maximizando o vínculo amigável entre os integrantes.¹ Logo, a rede de amigos comumente se amplia e pessoas de faixas etárias similares e de mesmo gênero tendem a se aproximar. Portanto, a amizade envolve fatores como idade, sexo, religião, ideologias, escolaridade, etnias e raça.^{2,4}

Estudos relatam que as relações de amizade durante a infância e adolescência são um alicerce para o aprimoramento do processo de socialização, cuja função é desenvolver habilidades sociais e comportamentais importantes para o convívio em sociedade.^{1,8-9} Destaca-se que, com o passar dos anos e início da vida adulta, grande parte das amizades construídas durante essas fases são naturalmente dissolvidas, devido ao fato dos indivíduos adquirem novas prioridades e necessidades sociais.¹⁰

Sob esse viés, a adaptação a uma nova realidade é o primeiro desafio que estudantes enfrentam ao ingressarem em uma instituição de ensino superior (IES). Tal adaptação será exitosa ou não, conforme a capacidade dos alunos de compreenderem sua relação pessoal com o curso, presença ou ausência de fatores estressantes tal como a ansiedade perante as exigências acadêmicas, vínculo do aluno com sua instituição e, principalmente, a capacidade de estabelecer novas relações de amizade.^{2,11}

A ausência de uma rede de apoio pode submeter os indivíduos a problemas sociocomportamentais. Assim, no contexto acadêmico, o suporte dos colegas e funcionários da universidade, bem como dos familiares, auxilia no processo de adaptação do aluno.⁹ Esses laços são considerados fatores de

proteção individual na transição para o meio acadêmico, uma vez que a busca de auxílio por pares facilita o enfrentamento dos obstáculos da academia^{3,9}.

Ademais, no ensino superior, a relação entre pares e os primeiros vínculos são geralmente estabelecidos nas semanas iniciais de aula.¹²⁻¹³ Tal vínculo colabora para a sensação de bem-estar acadêmico dos estudantes, estabelecendo a primeira rede de suporte emotivo. Por meio dessa rede, os estudantes podem desenvolver suas atividades acadêmicas, pois estão amparados e prontos para enfrentarem situações problemáticas.^{2,4}

Pelo exposto, este estudo buscou a compreensão de como as amizades, sobretudo as mais íntimas, atuam no processo de tolerância durante o período acadêmico, e por conseguinte, teve como objetivo analisar a importância das relações de amizade no processo de tolerância durante o contexto do ensino superior.

Método

Trata-se de estudo de abordagem quantitativa do tipo transversal analítico realizado em uma Instituição de Ensino Superior (IES) privada no interior do estado de Goiás entre março e abril de 2019.

Verificou-se que a população total de alunos da IES investigada corresponde a 1664 alunos. Ao realizar cálculo amostral por curso, obteve-se o número de 313 alunos. Posto isso, a população de acesso foi de 327 discentes dos seguintes cursos: Biomedicina (bacharelado), Ciências Biológicas (bacharelado), Ciências Biológicas (licenciatura), Educação Física (bacharelado), Educação Física (licenciatura), Enfermagem (bacharelado), Farmácia (bacharelado), Fisioterapia (bacharelado), Medicina Veterinária (bacharelado), Nutrição (bacharelado), Odontologia (bacharelado) e Terapia Ocupacional (bacharelado).

Foram excluídos aqueles que estavam exclusivamente cursando estágios curriculares, por permanecerem ausentes no período da coleta de dados. A coleta de dados deu-se dentro da IES, no ambiente educacional e no horário de aula. Três pesquisadores da equipe adentraram as salas de aula já tendo feito contato prévio com o professor da disciplina e convidavam os estudantes para participar da pesquisa. Os estudantes que sinalizavam interesse receberam explicações a respeito do objetivo do estudo e foram orientados acerca dos aspectos éticos. Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, lhes foram entregues o instrumento de coleta de dados para o preenchimento e a equipe de pesquisadores então aguardou, disponibilizando o tempo que os participantes julgaram necessário para a finalização. Esse procedimento foi realizado de forma subsequente em todas as salas de aula correspondentes as turmas elegíveis.

Os dados foram coletados por meio dos seguintes instrumentos autoaplicáveis: questionário sociodemográfico produzido pelos autores, envolvendo as seguintes variáveis: data de nascimento, sexo, estado civil, presença de filhos, curso de graduação, religião e período em curso. Utilizou-se também, o Instrumento de Avaliação da Tolerância nas Relações de Amizade (ATRA), construído para avaliação da tolerância nas relações de amizade.¹⁴ Sua construção é baseada na análise semântica de evidências, orientada por França e Schelini¹⁵ e fundamentada no processo de construção de escalas psicométricas de Reppold et al.¹⁶

O instrumento é composto por 21 itens dispostos em escala tipo *likert* de cinco pontos, em que: 1 – concordo totalmente; 2 – concordo parcialmente; 3 – não concordo e nem discordo; 4 – discordo parcialmente; e 5 – discordo totalmente. A partir da soma das pontuações assinaladas em cada item, obtêm-se os escores do grau da tolerância de amizade, sendo que quanto menor a pontuação maior a tolerância das relações de amizade no âmbito acadêmico. A partir da média geral para a população pesquisada, a tolerância de amizade é dicotomizada em: alta tolerância (quando o indivíduo apresenta escore inferior à média da população) e baixa tolerância (quando o indivíduo apresenta escore superior à média da população). Os itens de maior média representam as situações em que há menor tolerância nas relações de amizade dos estudantes.

Para organização e análise dos dados, foi construído um banco no programa Excel (Office 2018) e utilizado o programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 20.0. As variáveis quantitativas foram expostas em medidas descritivas: valores mínimos e máximos, média e desvio padrão. Utilizou-se regressão linear simples, com método *backward* para seleção das variáveis, o R^2 ajustado como indicador de ajuste do modelo e o ANOVA (Teste F) como indicador de significância. A correlação parcial e o respectivo valor de p foram utilizados como critérios de exclusão de variáveis nos modelos testados. Em cada modelo, variáveis com a menor correlação parcial foram excluídas até a obtenção do modelo final. O efeito de cada preditor sobre o desfecho “nível de tolerância nas relações de amizade” foi avaliado por meio dos valores de Beta, adotando-se significância estatística de 5%. Foram avaliados os pressupostos de linearidade das relações e normalidade dos erros para definição do modelo final. Os resíduos (diferença entre valor observado e esperado) foram avaliados em cada modelo mediante o Fator de Inflação da Variância (VIF). O alfa de Cronbach foi aplicado para análise da confiabilidade dos instrumentos aplicados.

Este estudo faz parte de uma pesquisa matricial intitulada “Relação de amizade no processo de tolerância durante o período acadêmico”. O projeto atendeu às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução CNS 466/12). Após a obtenção da autorização para a coleta de dados na instituição pesquisada a pesquisa foi submetida para apreciação no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Faculdade União de Goyazes, com CAAE nº 20070219.5.0000.9067 e parecer de aprovação n. 3.570.493.

Resultados

De acordo com a Tabela 1, verifica-se a predominância de discentes do sexo feminino (69,7%), solteiras (79,2%), católicas (43,5%) e evangélicas (25,4%), cursando Odontologia (24,8%), Educação Física (16,2%), Enfermagem (11,0%) e Fisioterapia (10,7%). Ademais, há concentração de discentes matriculados no 2º (12,2%), 4º (31,5%), 6º (16,2%) e 8º (12,5%) períodos do curso e com idade média de 22,5 anos (Dp: 5,31 anos). Para verificação de consistência interna, foi realizada a análise do Alfa de Cronbach para esta observação em específico, demonstrando valor de 0,66 para os 21 itens do ATRA o que atesta confiabilidade satisfatória ao instrumento e validade desses resultados.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos universitários. Brasil. 2019.

Variáveis sociodemográficas*		n(%)
Sexo	Feminino	228(69,7%)
Situação conjugal	Solteiro	259 (79,2%)
	Casado	53 (16,2%)
Religião	Católico	152 (46,5%)
	Evangélico	83(25,4%)
	Cristão	34 (10,4%)
	Sem religião	20(6,1%)
Curso	Odontologia	81 (24,8%)
	Educação Física (Bacharelado)	53(16,2%)
	Enfermagem	36(11,0%)
	Fisioterapia	35(10,7%)
Período do curso	2º período	40 (12,2%)
	4º período	103 (31,5%)
	6º período	53 (16,2%)
	8º período	41 (12,5%)
	Mínimo-Máximo	Média(Dp**)
Idade(anos)	17,0 - 47,0	22,5(5,31)

*Somente as categorias predominantes para cada variável são apresentadas.

** Desvio-padrão

Na Tabela 2, apresentam-se os dados da avaliação da tolerância nas relações de amizade entre os universitários. Houve predomínio do baixo nível de tolerância nas relações de amizade (53,2%) além de o item de maior média ter sido “Eu brigo frequentemente com meus amigos” (3,97), seguido por manter relações por comodidade; conviver melhor com amigos que têm os mesmos gostos; e aceitar brincadeiras excessivas que os amigos fazem são as situações nas quais os discentes são mais tolerantes em suas relações de amizade.

Tabela 2. Avaliação da tolerância nas relações de amizades entre os universitários. Brasil, 2019.

Tolerância nas Relações de Amizade		
Classificação Geral	n	%
Baixo	172	53,2
Alto	155	47,4
Total	327*	100%
Itens de maior média no ATA		
Item	Média	Dp**
Eu brigo frequentemente com meus amigos.	3,97	1,23
Brigo mais com os amigos que vejo frequentemente.	3,79	1,36
Já mantive/mantenho relações por comodidade.	3,40	1,52
Convivo melhor com meus amigos que têm os mesmos gostos que eu.	3,23	1,52
Aceito brincadeiras excessivas que meus amigos fazem comigo.	3,12	3,03

* Um sujeito não respondeu ao item/ ** Desvio-Padrão

Na Tabela 3, descrevem-se os resultados da análise de regressão linear para verificar o impacto das características sociodemográficas sobre a tolerância nas relações de amizade nos universitários. Verifica-se que a religião, o curso de graduação escolhido e o período do curso em que o aluno está matriculado são fatores que contribuem para o aumento da tolerância às relações de amizade. Esse modelo explicou 41% da variância do desfecho, ou seja, o grupo de preditores supracitado explica 41% da tolerância das relações de amizade no contexto acadêmico.

Tabela 3. Impacto das características sociodemográficas sobre a tolerância nas relações de amizade de nos universitários. Brasil, 2019.

Coeficientes*	Beta (β)	T valor	P valor**
Constante	2,343	23,11	<0,001
Estado Civil (Solteiro)	-0,048	-1,099	0,273
Religião	0,057	3,059	0,002*
Curso de Graduação	0,041	6,192	<0,001*
Período do Curso	0,046	4,125	<0,001*

* Associação estatisticamente significativa.

** $r^2=0,414$; ANOVA (Test F): <0,001.

Discussão

Em seus estudos, Ricoldi e Artes¹⁷ referem que cerca de 56% dos estudantes do ensino superior são do sexo feminino e cursam as áreas das ciências da saúde. A religião praticada também foi fator importante, uma vez que crenças iguais levam a interesses e opiniões similares, melhorando a tolerância entre aqueles que convergem as religiões e assim, diminuindo entre aqueles que se divergem religiosamente.¹⁸⁻¹⁹

No que tange ao curso e ao período em que o aluno está matriculado também foram apontados como fatores importantes. Atualmente, muitos cursos são caracterizados pelas condições econômicas dos alunos, isto é, existem cursos constituídos, em sua maioria, por alunos de renda mais alta e outros por alunos de menor renda. Essa dicotomia favorece a exclusão social, fator gravíssimo para as tolerâncias em ambientes acadêmicos.⁸ Apesar de não ter sido observado esse aspecto na maioria dos participantes deste estudo, corroborando os achados de Moraes Filho et al.¹⁴, é importante ressaltar a influência das condições econômicas dos estudantes nas taxas de tolerância nas relações de amizade.

Os resultados desta pesquisa apontam situações preocupantes no que se refere à importância da amizade no processo de tolerância durante o período acadêmico, pois 53,2% dos entrevistados possuem baixa tolerância nas relações de amizade. Como demonstrado por Souza e Hutz⁶, preservar boas relações de amizade na vida adulta é fundamental para o bem-estar social e psicoemocional. Consequentemente, a tolerância frente às diferenças também pode designar a importância do processo de abertura ao outro, através das diferenças e questionamentos.²⁰

Não obstante, o ingresso no ensino superior é uma transição que traz potenciais repercussões para o desenvolvimento psicológico dos jovens estudantes. Inicialmente, ela representa a primeira tentativa importante de implementar um senso de identidade autônomo por meio da escolha profissional, uma tarefa típica do desenvolvimento na passagem da adolescência para a vida adulta.^{9,21}

Nesta investigação, foi verificado que brigar frequentemente com os amigos; brigar mais com os amigos vistos frequentemente; manter relações por comodidade; conviver melhor com amigos que têm os mesmos gostos; e aceitar brincadeiras excessivas que os amigos fazem são as situações nas quais os discentes aparentam ser mais tolerantes em suas relações de amizade. Porém, na avaliação geral, há predomínio de baixa tolerância nas relações de amizade (53,2%) na população analisada.

Como afirmado por Marsiglia²², nos ambientes educacionais há uma tendência de conhecer pessoas novas, de diversas crenças, culturas e condições sociais. É nesse momento que as experiências e vivências são compartilhadas, criando-se os vínculos de amizade. A amizade é conceituada como um relacionamento pessoal e privativo, a qual não pode receber imposição de valores e normas culturais.⁹ Todavia, tais imposições são um problema presente e constante nas amizades da vida adulta, em especial, durante a vida acadêmica. Por conseguinte, infere-se que esse seja um dos motivos para a baixa tolerância nas relações de amizade observada neste estudo.

Para mais, ao iniciar uma amizade, o sujeito de forma progressiva, conhece a essência, caráter e aspectos sociais de seu novo amigo. No entanto, conflitos de interesses podem surgir, provocando desentendimentos. Além disso, pessoas com mais intimidade se sentem mais à vontade para emitir suas opiniões acerca de outrem.^{9,23} Corroborando esta ideia, Moraes Filho et al.⁵ constataram que as relações de amizade consideradas mais próximas desencadeiam frequentemente situações de brigas, proporcionando uma menor tolerância nas relações de amizade entre os estudantes universitários. Tais achados vão ao encontro dos resultados desta investigação, em que os entrevistados relataram brigas frequentes com seus colegas. Embora haja uma menor tolerância nas relações de amizade mais próximas, Conte e Fialho² trazem que conflitos e discussões entre amigos são naturais e importantes por melhorarem a autocrítica e o aperfeiçoamento individual, tendo em vista que relações de amizade não buscam anular as diferenças, mas sim, favorecer a diversidade.

Dessa maneira, os entrevistados relataram não manter suas relações de amizade apenas pela comodidade, não sendo, portanto, fator primordial da tolerância. Contudo, neste quesito foi observado uma média de 3,4% nesta pesquisa, contra 30% dos resultados de outra investigação.¹⁴ O mesmo estudo aponta que os participantes possuem poucas relações desgastadas, cuja característica é o abandono de sentimentos agradáveis e surgimento de indivíduos bloqueados para novas oportunidades ao longo da vida. Ainda assim, as relações por comodidade podem apresentar uma taxa de tolerância satisfatória. Apesar disso, alguns requisitos na relação se tornam ausentes, dificultando uma relação totalmente saudável, com ausência de estímulos, companheirismo, reciprocidade e segurança emocional, elementos importantes para o desenvolvimento da intimidade.

Vale destacar que parte dos entrevistados convive melhor com amigos que possuem o mesmo gosto ou interesse. Dessa forma, o curso de graduação escolhido, a religião, o maior número de filhos e, principalmente, o interesse em permanecer no curso são fatores predisponentes para alta tolerância nas relações de amizade.^{5,9}

Souza e Hutz⁶ afirmam que as amizades adultas são caracterizadas não apenas pela homogeneidade de traços da personalidade, mas também por interesses em comum. Esses interesses levam ao aumento de atividades compartilhadas, confiança, frequência de interação, duração, aceitação e respeito. Sugere-se que a média menor de pessoas que preferem interagir com os indivíduos com mesmos interesses diminui as taxas de tolerância no ambiente acadêmico. Entretanto, Duarte e Souza²³, tal como Garcia e Rangel²⁴ ressaltam a importância de interagir com indivíduos de distintas personalidades, permitindo a universalidade de ideias. Essa interação diminui preconceitos raciais, sociais, étnicos, religiosos, aumentando as taxas de tolerâncias durante o período acadêmico.

Também foi demonstrado que uma média de 3,12% dos participantes desta investigação tende a aceitar brincadeiras excessivas de seus amigos, de modo saudáveis ou não, conseqüentemente, a aceitação ou rejeição de tais brincadeiras está diretamente associada ao processo de intimidade, o qual se refere à sensibilidade aos estados e necessidades do outro, proporcionando abertura para expressar palavras honestas, fazer brincadeiras, emitir opiniões polêmicas e compartilhar sentimentos em comum.^{2,22} Sem embargo, vale salientar que existe uma linha muito tênue entre arrogância e sinceridade nesses vínculos, apesar de a intimidade ser elevada em algumas relações, muitas brincadeiras podem ferir emocionalmente outrem.²²

Dessa forma, um clima acadêmico desfavorável constitui uma fonte de vulnerabilidades à integração e segurança da comunidade educativa; fatores como a existência de expectativas positivas que concorram para a realização dos acadêmicos, bom clima de aula, pessoal acadêmico motivado, envolvimento ativo dos alunos e boas relações sociais entre pares têm um impacto benéfico no clima acadêmico e na efetividade do processo de ensino e aprendizagem, permitindo um caminhar com menor sofrimento e auxiliando na busca por estratégias que mitiguem confrontos negativos para a saúde mental durante a academia.^{7,25}

A limitação da pesquisa consiste na avaliação apenas de estudantes de uma IES privada. Portanto, não se sabe se os dados encontrados neste estudo serão semelhantes em estudantes de outros cenários acadêmicos, com fatores sociodemográficos divergentes e práticas educacionais dessemelhantes. Além disso, não há muitas investigações com esta abordagem na literatura científica, o que limitou a ampla discussão e o debate sobre o tema. Ademais, é de fundamental importância o estudo das relações durante o período acadêmico, pois estes universitários em um futuro recente trabalharão em conjunto de outros profissionais e o estabelecimento de vínculos efetivos e de respeito mútuo são de fundamental importância no desenrolar das práticas laborais diárias, proporcionando um ambiente harmônico com alta convivialidade.

Conclusão

Foi observado que os discentes apresentam baixa tolerância nas relações de amizade. Os achados principais sugerem que dois fatores são importantes para a manutenção da tolerância: características sociodemográficas e relação interpessoal entre os amigos. Nesses casos, a intimidade, as condições socioeconômicas, o curso de graduação e os interesses em comum foram os fatores mais importantes para a compreensão do processo de tolerância.

Ademais, boas relações de amizade são indispensáveis para a promoção de sensações de bem-estar e qualidade de vida. Igualmente, relações de amizade de qualidade são fundamentais para diversas modalidades da vida, como durante a prática profissional, relações amorosas, familiares e acadêmicas. Conviver com pessoas de diversas personalidades, culturas e crenças e compartilhar vivências e trajetórias, proporciona alta tolerância nas relações de amizade e o desenvolvimento de competências comportamentais essenciais para a convivência em sociedade.

Nesse sentido, as relações de amizade possuem papel fundamental na formação de uma rede de apoio social e psicológica que o discente necessita no contexto acadêmico, bem como auxilia na formação de indivíduos empáticos, coesos e tolerantes no que tange à aplicabilidade de suas ações e aprimoramento de relações.

Como perspectiva futura, compreende-se que os dados obtidos sobre tolerância e amizade no ambiente acadêmico possam ser comparados a dados referentes a outras culturas e analisados baseando-se em modelos teóricos propostos.

Agradecimento

Os autores não receberam financiamento para esse estudo.

Referências

1. Borsa JC. O papel da amizade ao longo do ciclo vital. Psico-USF [Internet]. 2013;18(1): 161-162.
2. Conte E, Fialho BP. A amizade nas relações de ensino e aprendizagem. Revista Perspectiva da UFSC. 2016;34(1):205-39.
3. Bardagi MP, Hutz CS. Rotina Acadêmica e Relação com Colegas e Professores: Impacto na evasão universitária. Psico. 2012;43(2): 174-84.
4. Santos AS, Oliveira CT, Dias ACG. Características das relações dos universitários e seus pares: implicações na adaptação acadêmica. Revista Psicologia: Teoria e Prática. 2015;17(1):150-63.
5. Moraes Filho IM, Cunha IMS, Silva KRG, Carvalho Filha FSS, Lima LM, Santos OP, et al. Tolerância nas relações de amizade em acadêmicos da área de saúde. Journal Health Npeps. 2020;5(2):213-225.
6. Souza LK, Hutz CS. Relacionamentos pessoais e sociais: amizade em adultos. Psicologia em Estudo. 2008;13(2): 257-65.
7. Moraes Filho IM, Sousa TV, Carvalho Filha FSS, Pereira MC, Vilanova JM, Silva RM. Fatores sociodemográficos e emocionais associados à tolerância nas relações de amizade na pandemia pela covid-19. Revista de Enfermagem da UFSM. 2020;11(2): 1-17.
8. Casado CCC. Interações e relações de amizade: um estudo longitudinal no contexto de uma escola inclusiva. Tese (Doutorado em Teoria e Pesquisa do Comportamento) – Universidade Federal do Pará;2012.

9. Soares AB, Gomes G, Maia FA, Gomes CAO, Monteiro MC. (2016). Relações interpessoais na universidade: o que pensam estudantes da graduação em psicologia? *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*. 2016; 7(1): 56-76.
10. Peron SI, Guimarães LS, Souza LK. Amizade na adolescência e a entrada na universidade. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*. 2010; 10(3): 664-81.
11. Almeida LS. Transição, adaptação acadêmica e êxito escolar no ensino superior. *Revista Galego-Portuguesa de Psicoloxía e Educación*. 2007; 15(2): 203-15
12. Teixeira MAP, Castro AKSS, Zoltowski APC. Integração acadêmica e integração social nas primeiras semanas na universidade: percepções de estudantes universitários. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*. 2012; 5(1): 69-85.
13. Guerreiro-Casanova DC, Polydoro SAJ. Autoeficácia e integração ao ensino superior: um estudo com estudantes de primeiro ano. *Psicologia: teoria e prática*. 2011; 13(1): 75-88.
14. Moraes Filho IM, Carvalho LF, Melo LE, Marcelo MR, Santos YM, Faria MRGV. Construção do instrumento para avaliação da tolerância nas relações de amizade. *Revista de Divulgação Científica Sena Aires*. 2019; 8(1): 71-9.
15. França AB, Schelini PW. Análise semântica e evidências de validade da escala metacognitiva para idosos. *Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment*. 2014; 13(3):333-41.
16. Reppold CT, Gurgel LG, Hutz CS. O processo de construção de escalas psicométricas. *Avaliação Psicológica*. 2014; 13(2): 307-310.
17. Ricoldi A, Artes A. Mulheres no ensino superior brasileiro: espaço garantido e novos desafios. *Exaequo*. 2016; (33): 149-61.
18. Sousa DA, Santos EC. Relacionamentos de amizade íntima entre jovens adultos. *Paidéia (Ribeirão Preto)*. 2012; 22(53): 325-33.
19. Silva DG, Giordani JP, Dell'Aglio DD. Relações entre satisfação com a vida, com a família e com as amizades e religiosidade na adolescência. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*. 2017; 8(1): 38-54.
20. Schlösser A. Elementos caracterizadores das representações sociais da amizade para universitários. *Revista de Psicologia*. 2020; 11(1): 12-23.
21. Lima JRN, Pereira AKAM, Nascimento EGCN, Alchieri JC. Percepção do acadêmico de enfermagem sobre o seu processo de saúde/doença durante a graduação. *Saúde & Transformação Social*. 2013; 4(4):54-62.
22. Marsiglia, T. Violência e tolerância na escola: perspectivas nas produções acadêmicas. Tese (Doutorado em Educação), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo; 2015.
23. Duarte MG, Souza LK. O que importa em uma amizade? A percepção de universitários sobre amizades. *Interpersona: An International Journal on Personal Relationships*. 2007; 4(2):271-90.
24. Garcia A, Rangel PMV. Amizades de universitários cabo-verdianos no Brasil. *Psicologia Argumento*. 2017; 29(65): 201-08.
25. Melin M, Pereira B, Reboló A. Promover a convivialidade escolar: o focus group como meio de formação. *Revista Diálogo Educação*. 2017; 17(53):889-908.

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

Engajamento de trabalhadores da Estratégia Saúde da Família durante a pandemia da Covid-19

Engagement of Family Health Strategy workers during pandemic the Covid-19

Compromiso de los trabajadores de la Estrategia de salud de la familia durante la pandemia de Covid-19

Gercileny Queiroz de Sousa¹, Bianca Guimarães Lima², Viviane Reis Nunes³, Mateus Portilho Pires⁴, Vinicius Gomes Barros⁵,
Ulisses Vilela Hipólito⁶, Mirian Cristina dos Santos Almeida⁷

Como citar: Sousa GQ, Lima BG, Nunes VR, Pires MP, Barros VG, Hipólito UV, et al. Engajamento de trabalhadores da Estratégia Saúde da Família durante a pandemia da Covid-19. REVisa. 2021; 10(3): 531-41. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n3.p531a541>

REVisa

1. Universidade Federal do Tocantins,
Curso de Enfermagem. Palmas, Tocantins,
Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-1885-3987>

2. Universidade Federal do Tocantins,
Curso de Enfermagem. Palmas, Tocantins,
Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-0907-9803>

3. Universidade Federal do Tocantins,
Curso de Enfermagem. Palmas, Tocantins,
Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-0187-7288>

4. Universidade Federal do Tocantins,
Curso de Enfermagem. Palmas, Tocantins,
Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-4580-4494>

5. Universidade de São Paulo, Escola de
Enfermagem. São Paulo, São Paulo, Brasil.
<http://orcid.org/0000-0003-1954-1387>

6. Universidade Federal do Tocantins,
Curso de Enfermagem. Palmas, Tocantins,
Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-0353-6479>

7. Universidade Federal do Tocantins,
Curso de Enfermagem. Palmas, Tocantins,
Brasil.
<http://orcid.org/0000-0002-9178-1345>

Recebido: 12/04/2021
Aprovado: 19/06/2021

RESUMO

Objetivo: Avaliar o engajamento nos trabalhadores da ESF do município de Palmas (TO) durante o enfrentamento da Covid-19. **Método:** Estudo transversal, quantitativo, realizado com 87 trabalhadores da Estratégia Saúde da Família, de Palmas - TO, entre dezembro de 2020 e fevereiro de 2021. Foi utilizado um questionário para identificação do perfil dos participantes e a Escala de Engajamento no Trabalho de Utrecht (UWES) e realizada as análises descritivas e inferenciais pertinentes. **Resultados:** Dos 87 trabalhadores, 83,92% são mulheres, com idade média de 40 anos, tempo de formação profissional médio de 10,75 anos e tempo médio de atuação na ESF de 8,64 anos. As médias encontradas para o Engajamento foram: 4,36 para Vigor, 4,71 para Dedicção, 4,15 para Absorção e 4,38 para o Escore Geral. Verificou-se significância estatística apenas para "considerar o trabalho estressante", onde os participantes que consideram o trabalho estressante apresentaram menores médias na dimensão Vigor e no Engajamento Profissional. **Conclusão:** Os participantes apresentaram alto nível de Engajamento Profissional, sendo que os que consideram o trabalho estressante, apresentaram menores índices de Vigor e Engajamento, demonstrando que é necessário intervir no cenário para manutenção e melhoria do Engajamento Profissional.

Descritores: Saúde do Trabalhador; Engajamento no Trabalho; Estratégia de Saúde da Família, Covid-19.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the engagement of Family Health Strategy (FHS) workers in the city of Palmas (TO) during the Covid-19 confrontation. **Method:** Cross-sectional study, with a quantitative approach, carried out with 87 workers of the FHS, from Palmas - TO, through non-probabilistic sampling between December 2020 and February 2021. A questionnaire was used to profile the workers, participants and the Utrecht Work Engagement Scale (UWES) and performed descriptive and inferential analyzes relevant to the study. **Results:** Of the 87 workers, 83.92% are women, with an average age of 40 years, average length of professional training of 10.75 years and average length of experience in the FHS of 8.64 years. The means found for Work Engagement were: 4.36 for Vigor, 4.71 for Dedication and 4.15 for Absorption, and 4.38 for the General Score. In the association of Engagement dimensions and sociodemographic and occupational characteristics, statistical significance was found only with the variable "considering work stressful", where participants who consider work stressful had lower averages in the Vigor dimension and in Work Engagement. **Conclusion:** Participants showed a high level of Work Engagement, and those who consider the work stressful had lower Vigor and Engagement rates, demonstrating that it is necessary to intervene in the scenario to maintain and improve Work Engagement.

Descriptors: Occupational Health; Work Engagement; Family Health Strategy; Covid-19.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el involucramiento de los trabajadores en la Estrategia Salud de la Familia (ESF) en la ciudad de Palmas (TO) durante el enfrentamiento Covid-19. **Método:** Estudio transversal, cuantitativo, realizado con 87 trabajadores de la ESF, Palmas - TO, entre diciembre de 2020 y febrero de 2021. Se utilizó un cuestionario para identificar el perfil de los participantes y la Escala de Compromiso Laboral de Utrecht (UWES) y realizó los análisis descriptivos e inferenciales pertinentes. **Resultados:** De los 87 trabajadores, el 83,92% son mujeres, con una edad media de 40 años, una duración media de formación profesional de 10,75 años y una experiencia media en la ESF de 8,64 años. Los promedios encontrados para Engagement fueron: 4,36 para Vigor, 4,71 para Dedicación, 4,15 para Absorción y 4,38 para Puntaje General. La significación estadística se encontró solo para "considerar el trabajo estresante", donde los participantes que consideran el trabajo estresante tuvieron promedios más bajos en la dimensión Vigor y en Compromiso Laboral. **Conclusión:** Los participantes mostraron un alto nivel de Compromiso Laboral, y aquellos que consideran el trabajo estresante tuvieron menores índices de Vigor y Compromiso, demostrando que es necesario intervenir en el escenario para el mantenimiento y mejora del Compromiso Laboral.

Descritores: Salud Laboral; Compromiso Laboral; Estrategia de Salud Familiar; Covid-19.

ORIGINAL

Introdução

O termo “trabalho” refere-se a qualquer atividade humana, individual ou coletiva, de caráter social, complexa e dinâmica, que não apenas permite, mas exige diferentes olhares para sua compreensão.¹ Pode ser considerado como valor essencial ao homem, exercendo importante papel na constituição de sua autorealização, contribuindo ainda para o desenvolvimento da sua identidade, possibilitando atingir metas e objetivos de vida.²

Por ocupar grande período de tempo no cotidiano dos indivíduos, o trabalho pode impactar profundamente suas vidas, tanto de forma positiva como negativa.³ Deste modo, torna-se necessário que os trabalhadores estejam engajados para o bom funcionamento das organizações, garantindo maior rendimento, eficácia, resolutividade e produtividade,⁴⁻⁵ além de contribuir para o bem estar pessoal.

O engajamento no trabalho está diretamente ligado a motivação dos trabalhadores dentro da instituição. É definido como experimentar altos níveis de vigor, dedicação e absorção, sendo caracterizado ainda como o estado positivo e inspirador de realização. O indivíduo alcança este fenômeno quando se encontra em bom estado físico, mental e emocional no ambiente em que trabalha.⁶⁻⁷

Para a saúde do trabalhador o engajamento, passa a ser um importante indicador de bem-estar físico e mental. Dentro da Estratégia Saúde da Família (ESF) ele se torna importante no investimento de esforços e dedicação para ofertar boa assistência aos usuários.

Sabe-se que desde o início da pandemia da COVID-19, doença causada pelo vírus SARS-CoV-2, os serviços de saúde demandam maior número de recursos humanos, materiais e intensificação do trabalho. Tal fato tem exigido alta performance dos trabalhadores, resultando em desgaste profissional decorrente do aumento do serviço, número de trabalhadores abaixo do necessário e materiais de trabalho escassos.⁸

Diante do exposto, este estudo justifica-se pela necessidade de verificar o engajamento no trabalho na ESF em tempos de pandemia, pois através deste é possível modular os efeitos do trabalho organizacional sobre o desempenho, bem-estar e a qualidade de vida geral do trabalhador, beneficiando tanto o indivíduo quanto a organização.⁹

Assim objetivou-se avaliar o engajamento nos trabalhadores da ESF do município de Palmas (TO) durante o enfrentamento da Covid-19.

Método

Trata-se de um estudo transversal e com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada nos Centros de Saúde da Comunidade (CSC), do município de Palmas - TO, que estão distribuídos entre oito territórios de saúde, conforme Portaria inst nº 518/SEMUS/Gab, de 14 de junho de 2016.¹⁰

Os CSC's abrigam as equipes da ESF, que atendem a população de áreas pré-determinadas. Dados do Ministério da Saúde de maio de 2019 sobre a cobertura da Atenção Básica à Saúde (ABS) indicam que Palmas (TO) possui 67 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) que proporciona cobertura de 79,20% da população de 291.855 pessoas.¹⁰

Este estudo foi executado por meio de amostragem não probabilística, por conveniência entre dezembro de 2020 e fevereiro de 2021. Foram convidados todos os trabalhadores da ESF da cidade de Palmas- TO, das seguintes categorias profissionais: agente comunitário de saúde, auxiliar/técnico de enfermagem, auxiliar/técnico em saúde bucal, cirurgião dentista, enfermeiro e médico.

Participaram os trabalhadores que atenderam os seguintes critérios de inclusão: estar exercendo o seu trabalho no período da coleta de dados e ser profissional da ESF. Os participantes que deixaram de responder mais de 30% das questões dos instrumentos de coleta de dados foram excluídos do estudo. Primeiramente, foi agendado, via telefone, com os gerentes responsáveis pelos CSC o dia e horário mais propício para convidar os trabalhadores da ESF. No dia acordado, foi realizado convite aos trabalhadores da ESF para participarem do estudo, quando foi informado sobre os objetivos do estudo, garantia de sigilo e outros aspectos, seguindo a legislação vigente sobre pesquisa com seres humanos. Os que concordaram verbalmente em participar do estudo, receberam o questionário juntamente com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em um envelope, sendo combinado dia e horário para devolução dos mesmos preenchidos, exclusivamente para a equipe de pesquisa, buscando garantir a confiabilidade e sigilo. Na data agendada, os pesquisadores retornaram para buscar os questionários preenchidos, sendo estabelecido até três tentativas, visto que alguns trabalhadores não haviam conseguido preencher o questionário até a data combinada para o retorno.

Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos: Questionário de Perfil dos Participantes da Pesquisa e Escala de Engagement no Trabalho de Utrecht (UWES).

O questionário de Perfil dos Participantes da Pesquisa envolveu questões sobre idade, sexo, estado civil, renda pessoal, participação na vida econômica da família, escolaridade/formação profissional, tempo de formação na área que atual, cargo, tempo de atuação na equipe atual, tipo de contrato de trabalho, média de horas trabalhadas por semana, existência de outro vínculo empregatício e se considera o trabalho estressante.

A Escala de Engagement no Trabalho de Utrecht (UWES), usada para avaliação do nível de engajamento no trabalho, foi traduzida e validada para o Brasil por Vasquez, 2015.⁵ A UWES é composta por 17 itens e apresenta estrutura fatorial em três dimensões: vigor, dedicação e concentração. No engajamento no trabalho, avaliado por 17 questões, distribuídas em escala Likert de sete pontos de 0 até 6, variando de nunca a sempre. O escore total de engajamento foi obtido pela soma de todas as respostas assinaladas, divididas pelo número total de itens. O engajamento é constituído a partir de um item comportamental-energético (vigor), um item emocional (dedicação), e o cognitivo (absorção).⁵

Os dados foram inseridos no Software Statistical Package for the Social Sciences for Windows (SPSS®) versão 22.0, com dupla digitação independente. Após a correção de erros e inconsistências, foi realizado as análises descritivas e inferenciais pertinentes ao estudo. O perfil dos trabalhadores da ESF e a escala de Engagement foram tratados com análise descritiva simples. Na análise inferencial, utilizou-se o teste U Mann-Whitney para as associações entre as dimensões do Engagement e as variáveis categóricas dicotômicas sexo, mais de um vínculo de trabalho e considerar o trabalho estressante; o teste de Kruskal Wallis para associação com as variáveis com três ou mais categorias: estado civil,

participação na vida econômica da família, escolaridade, cargo e tipo de contrato. Foram consideradas estatisticamente significativos os resultados com $p \leq 0,05$. A correlação de Pearson foi utilizada para análise das associações das dimensões do construto com as variáveis quantitativas idade, renda, tempo de formação em anos, tempo de atuação na Estratégia Saúde da família em anos e média de horas trabalhadas por semana. Para ordenar a magnitude das correlações, consideraram-se os valores das correlações entre 0,30 e 0,50 como moderada e, acima de 0,50, forte.¹¹

Os dados foram coletados após autorização da Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas (SEMUS) - TO e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Tocantins (UFT) em 01 de novembro de 2019 (Parecer 3.677.932 - CAAE 21331419.3.0000.5519).

Resultados

Participaram do estudo 87 trabalhadores da ESF do município de Palmas-TO, com idade média de 40 anos, sendo a idade mínima 24 anos e máxima de 58 anos. A renda pessoal variou de 1.100 reais e 15.000 reais, com tempo de formação profissional médio de 10,75 anos e tempo médio de atuação na ESF de 8,64 anos (Tabela 1).

Tabela 1- Distribuição dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família segundo as variáveis idade, renda pessoal, tempo de formação profissional e tempo de atuação na ESF. Tocantins, 2020/2021

	Idade	Renda Pessoal	Tempo de formação profissional em anos	Tempo de atuação na ESF em anos
Média	40,02	3.829,04	10,75	8,64
Desvio Padrão	9,515	2.656,47	6,99	7,51
Mínimo	24	1.100,00	0,33*	0,17**
Máximo	58	15.000,00	28,17	22,00

* Mínimo de 4 meses

** Mínimo de 2 meses

Tabela 2- Categorização dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família segundo as variáveis qualitativas demográficas e ocupacionais. Tocantins, 2020/2021

Variáveis	n=87	%
Sexo		
Feminino	73	83,91
Masculino	13	14,94
Não respondeu	1	1,15
Estado civil		
Solteiro	27	31,03
Casado ou união estável	46	52,87
Divorciado, separado ou viúvo	14	16,09
Participação na Vida Econômica da Família		
É responsável pelo sustento	37	42,53

Contribui parcialmente	43	49,42
Contribui esporadicamente	4	4,60
Não contribui	2	2,30
Não respondeu	1	1,15
Escolaridade		
Ensino médio incompleto	2	2,30
Ensino médio completo	41	47,13
Superior completo	29	33,33
Pós Graduação	15	17,24
Cargo		
Profissionais de enfermagem	42	48,28
Agente comunitário de saúde	28	32,18
Profissionais de saúde bucal	13	14,94
Não Respondeu	4	4,60
Tipo de Contrato de Trabalho		
CLT	3	3,45
Estatutário	40	45,97
Contrato por tempo determinado	16	18,39
Outro	3	3,45
Não respondeu	25	28,74
Quantidade de Vínculo de Trabalho		
Um	68	78,16
Dois	14	16,09
Três	3	3,45
Quatro	1	1,15
Não respondeu	1	1,15
Considera o Trabalho Estressante		
Sim	42	48,28
Não	40	45,98
Não respondeu	5	5,75

A Tabela 2 contém dados socioeconômicos dos participantes da pesquisa, apresentando que participação majoritária do sexo feminino (83,92%), sendo que mais da metade apresenta estado civil casado ou em união estável (52,87%), e a maioria é responsável ou contribui parcialmente na vida econômica familiar. Sobre a escolaridade, a maioria dos participantes possui o ensino médio completo ou nível superior, ocupando o cargo de profissionais da enfermagem (48,28%), que correspondem enfermeiros e técnicos de enfermagem. Verificou-se que 45,97% possuem vínculo trabalhista como estatutários, sendo que a maior parte possui apenas um vínculo de trabalho (78,16%). Quando ao considerar o trabalho estressante, 48,28% responderam afirmativamente.

Encontrou-se uma média de horas trabalhadas semanais 44,93, variando de 30 a 64 horas, com desvio padrão de 9,25 horas.

Tabela 3- Análise descritiva do Engajamento Profissional em trabalhadores da Estratégia Saúde da Família. Tocantins, 2020/2021.

	Vigor	Dedicação	Absorção	Engajamento Profissional
Média	4,36	4,71	4,15	4,38
Desvio Padrão	1,22	1,15	1,18	1,11
Mínimo	1,33	1,40	1,50	1,41
Máximo	6,00	6,00	6,00	6,00

A Tabela 3 inclui dados relacionados ao Engajamento profissional e suas dimensões: Vigor, Dedicação e Absorção, avaliadas em escala de likert de 0 a 6, com médias 4,36, 4,71 e 4,15 respectivamente. A média encontrada para o Engajamento Profissional foi de 4,38.

Tabela 4- Associação entre as variáveis sociodemografias e ocupacionais dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família e as dimensões do Engajamento Profissional. Tocantins, 2020/2021.

Variáveis	Vigor	Dedicação	Absorção	Engajamento Profissional
Idade	0,120	0,048	0,200	0,134*
Sexo	0,821	0,995	0,629	0,869**
Estado Civil	0,504	0,307	0,670	0,465***
Renda	-0,189	-0,180	-0,154	-0,182*
Participação na vida econômica da família	0,745	0,970	0,595	0,786***
Escolaridade	0,820	0,197	0,553	0,476***
Tempo de formação (anual)	0,022	-0,040	0,103	0,034*
Cargo	0,168	0,055	0,082	0,055***
Tempo de atuação na ESF (anual)	-0,233	-0,228	-0,175	-0,226*
Tipo de contrato de Trabalho	0,483	0,382	0,684	0,563***
Mais de um vínculo de Trabalho	0,161	0,110	0,288	0,109**
Média de horas trabalhadas (semanal)	-0,060	-0,028	0,016	-0,025*
Considera o Trabalho Estressante	0,000	0,240	0,052	0,010**

* Correlação de Pearson

**U Mann-Whitney

***Kruskal-Wallis

Na associação das dimensões do Engagement e as características sociodemograficas e ocupacionais verificou-se significância estatística apenas com a variável “considerar o trabalho estressante”, onde os participantes que consideram o trabalho estressante apresentaram menores médias na dimensão Vigor e no Engajamento Profissional. Destaque também para a dimensão absorção que apresentou $p=0,052$, com menores médias para quem considera o trabalho estressante.

Discussão

O estudo mostrou participação predominante de mulheres, com participação econômica ativa no contexto familiar e estado civil com união estável. Tal pode estar interligado à profissionalização estereotipada relacionando o papel da mulher com o cuidado, com destaque para a enfermagem que apresenta-se como a primeira profissão feminina universitária do Brasil, assegurando programas de saúde pública e desempenho de serviços de saúde.¹² Além disso, é real a necessidade de mais de um membro da família estar inserido no mercado de trabalho, para constituição da renda familiar.¹³

Em relação à faixa etária dos trabalhadores, observou-se que se trata de uma equipe mais experiente com idade média de 40 anos, resultado similar a outro estudo desenvolvido com a ESF.¹⁴ A capacidade laborativa é expressa pelo tempo médio de trabalho na ESF de cerca de 8 anos e 10 anos de formação profissional, denotando que além de experiência os trabalhadores conhecem o seu processo de trabalho e a comunidade onde estão inseridos, o que contribui de forma produtiva no processo laboral da ESF.

Seguindo o preconizado pelo Ministério da Saúde, a equipe da ESF do local onde foi desenvolvido o estudo é composta por ACS, profissionais da enfermagem (enfermeiro e auxiliar/técnico de enfermagem), profissionais em saúde bucal (cirurgião dentista e auxiliar/técnico em saúde bucal) e médicos. Todos foram convidados a participar da pesquisa, porém os trabalhadores que mais responderam os questionários foram os da enfermagem e ACS, não havendo participação de médicos.

A ESF é a principal porta no enfrentamento da pandemia da Covid19, visto que cerca de 80% dos casos são leves e moderados, fazendo com que o usuário procure a atenção básica como primeiro acesso¹⁵. Assim, os trabalhadores da ESF têm um significativo papel nesse enfrentamento, devido ao conhecimento do território de atuação e vínculo com os usuários, relacionamento da equipe, busca pela integralidade da assistência, monitoramento dos mais vulneráveis e o atendimento e acompanhamento de usuários sintomáticos respiratórios suspeitos e casos leves da Covid19, sendo de extrema relevância os serviços prestados, tanto para a contenção da pandemia, quanto para o não agravamento da doença.¹⁵

Nesse contexto, a equipe da ESF teve que alterar o seu processo de trabalho, passando a atender majoritariamente pacientes com suspeita ou confirmação da Covid19. Assim como outros trabalhadores, os ACS readequaram seu trabalho, conforme as necessidades da população, passando a responder as novas demandas que surgiram devido a situação de emergência, sendo necessário aquisição de novos saberes, aperfeiçoamento de práticas e utilização de novas ferramentas, como as tecnologias de informação e comunicação e as mídias sociais.¹⁶

Com a suspensão temporária das visitas domiciliares, muitos ACS passaram a contribuir ativamente na triagem/recepção dos pacientes suspeitos, consequentemente ficaram mais expostos a fatores estressantes, por estarem exercendo uma atividade que não era comum ao seu cotidiano, além de enfrentar o risco iminente de contaminação pela Covid19.

Em relação a carga horária dos trabalhadores, a média relatada foi de 44 horas semanais, no entanto, o local onde o estudo foi realizado preconiza a carga horária de 30 a 40 horas de trabalho, a depender do tipo de contrato, respeitando o que está determinado legalmente para atribuições profissionais.¹⁷ A carga

horária média encontrada foi superior devido a horas extras ocasionadas pela pandemia e presença de mais de um vínculo para alguns trabalhadores. Vale ressaltar que a maior parte dos trabalhadores da ESF participantes do estudo, possuem apenas um vínculo empregatício.

Em considerar o trabalho estressante, os dados encontrados em que cerca da metade dos participantes consideram o trabalho estressante e a outra metade como não estressante, visto que, com a pandemia houve um aumento da demanda de serviços prestados,⁸ e consequente intensificação da carga de trabalho, além do risco de contaminação. Esse é um aspecto positivo, já que mesmo com uma demanda maior e no centro de uma pandemia, muitos trabalhadores não consideraram seu trabalho estressante.

Em relação ao Engajamento no Trabalho e suas dimensões, o Vigor diz respeito à energia e força implicadas no exercício do mesmo, persistentes mesmo quando as coisas não dão certo; a Dedicção caracteriza a conexão do trabalhador com sua atividade laboral, em que ele atribui significado e propósito para o que realiza profissionalmente e a Absorção é o estado de imersão e concentração na tarefa, onde a pessoa esquece o contexto externo, perde a noção da passagem do tempo e se vincula plena e prazerosamente à atividade que está executando.¹⁸⁻¹⁹

O presente estudo demonstrou pontuações altas em Vigor, Dedicção, Absorção e consequentemente no escore Geral do Engajamento profissional. Estudo semelhante,²⁰ realizado antes da pandemia da Covid19, com trabalhadores da ESF de dois municípios de São Paulo, também encontrou níveis médios ou altos de engajamento no trabalho, sendo que o município com 100% de cobertura pela ESF apresentou índices bem parecidos aos encontrados em Palmas (TO), que também oferece cobertura total pela ESF.

Vale destacar que o Vigor e o Engajamento Profissional mostraram associação negativa com considerar o trabalho estressante, além da Absorção que apresentou valores bem próximos aos considerados estatisticamente significativos.

A pandemia tem estreitado o vínculo do trabalhador da ESF, podendo significar maior vulnerabilidade ao sofrimento, por vivenciar com mais intensidade a sensação de impotência diante dos problemas de saúde enfrentados e do número expressivo de mortes decorrentes. Algumas causas dessa vulnerabilidade são o medo e ameaças à integridade da própria saúde e ao não reconhecimento dos esforços pelo trabalho realizado. Nesse cenário os trabalhadores estão submetidos ao estresse ocupacional, decorrente dos riscos físicos, psicológicos e sociais no trabalho.²¹ Assim, o estresse pode influenciar negativamente na disposição para realização das atividades laborais, bem como no engajamento no trabalho.

Ademais, as dificuldades sociais, econômicas e psicológicas consequentes da pandemia levaram os trabalhadores a encarar níveis altos de insegurança no trabalho, podendo impactar no seu engajamento.²² Nesse aspecto, esse estudo demonstrou a resiliência dos trabalhadores em meio aos desafios causados pelo enfrentamento da pandemia da Covid19 na ESF, sabendo que trabalhadores com altos níveis de engajamento possuem melhor desempenho laboral, apresentam melhores níveis de saúde e experimentam emoções positivas com maior frequência, criando assim bons recursos pessoais que os possibilitam incentivar outros profissionais.²³

Conclusão

O perfil sociodemográfico dos trabalhadores da ESF segue acompanhando os estudos nacionais, com predominância de trabalhadores do sexo feminino, com união estável e participação ativa na economia familiar. Os trabalhadores que mais contribuíram com o estudo foram os profissionais da enfermagem e ACS.

O estudo mostrou uma média satisfatória, com resultados altos em Vigor, Dedicação, Absorção e consequentemente no escore geral de Engajamento Profissional. Na associação das características sociodemográficas e ocupacionais com às dimensões do Engajamento Profissional, “considerar o trabalho estressante” resultou em menores médias para o Vigor e o escore geral de Engajamento Profissional.

Ainda que tenham sido encontrados aspectos positivos com relação às variáveis relacionadas ao engajamento, denotando avaliação positiva da força de trabalho, é necessário intervir nos pontos críticos para manutenção e melhoria dos bons níveis de Vigor, Dedicação e Absorção. São necessários ainda, mais estudos sobre o impacto da pandemia nos trabalhadores da ESF.

Como limitações, destaca-se o próprio contexto de pandemia que dificultou o acesso aos trabalhadores devido as altas demandas, prejudicando o número da amostra alcançada.

Agradecimento

Ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) pelas Bolsas de Bianca Guimarães Lima (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico -CNPq) e de Mateus Portilho Pires (Universidade Federal de Tocantins).

Referências

- 1- Coutinho MC. Sentidos do trabalho contemporâneo: as trajetórias indenitárias como estratégia de investigação. Cadernos de Psicologia Social do Trabalho; 2009 [cited 2019 Set 01] 12(2) p. 189-202. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cpst/v12n2/a05v12n2.pdf>
- 2- Neves DE, Nascimento RP, Felix JR MS, Silva FA, Andrade ROB. Sentido e significado do trabalho: uma análise dos artigos publicados em periódicos associados à Scientific Periodicals Eletronic Library [Internet]. Rio de Janeiro: Cad. EBAPE.BR; 2018 [cited 2019 Set 20] 16(2) p. 318-330. Available from: <https://www.scielo.br/j/cebape/a/ncWvqK58zG8PqZC5ZQCGz9x/?format=pdf&lang=pt>
- 3- Machado PGB, Porto-Martins PC, Amorim C. Engagement no trabalho entre profissionais da educação [Internet]. Rev. Intersaberes; 2012 [cited 2019 Set 12] 7(13) p. 193-214 Available from: https://www.researchgate.net/publication/263089796_Engagement_no_trabalho_entre_profissionais_da_educacao
- 4- Schaufeli WB. What is engagement? In C. Truss, K. Alfes, R. Delbridge, A. Shantz, & E. Soane (Eds.), Employee Engagement in Theory and Practice. London: Routledge. 2013.

- 5- Vazquez ACS, Magnan ES, Pacico JC, Hutz CS. Normatização da versão Brasileira da Escala Utrecht de Engajamento no Trabalho [Internet]. Itatiba: Avaliação Psicológica; 2016 [cited 2021 Mar 8]. 15(2) p. 133-140. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v15n2/v15n2a02.pdf>
- 6- Bakker, AB. Um modelo de engajamento no trabalho baseado em evidências. *Current Directions in Psychological Science*; 2011. 20 (4), 265-269. doi: <https://doi.org/10.1177/0963721411414534>
- 7- Schaufeli WB, Dijkstra P, Vazquez AC. O engajamento no trabalho. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.
- 8- Ribeiro AP, Oliveira GL, Silva LS, Souza ER. Saúde e segurança de profissionais de saúde no atendimento a pacientes no contexto da pandemia de Covid-19: revisão de literatura [Internet]. *Revista brasileira de saúde ocupacional*; 2020 [Cited 2020 Jun 20]. 45(25) p. 1-12. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/XMb5ddFXbpwB3CQxtPD3VBD/?lang=pt&format=pdf>
- 9- Llorens S, Schaufeli W, Bakker A, Salanova M. Does a Positive Gain Spiral of Resources, Efficacy Beliefs and Engagement Exist? *Computers in Human Behavior*; 2007. 23(1), p. 825-841. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chb.2004.11.012>
- 10- Palmas (Município). Portaria inst nº 518/SEMUS/Gab, de 14 de junho de 2016. *Diário Oficial do Município de Palmas*. Nº 1.533 - Terça-feira, 28 de Junho de 2016, p.12-14.
- 11- Ajzen I, Fishbein M. *Understanding Attitudes and Predicting Social Behaviour*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall; 1980.
- 12- Matos IB, Toassi RFC, Oliveira MC. Profissões e Ocupações de Saúde e o Processo de Feminização: Tendências e Implicações [Internet]. *Rev. Athenea Digital*; 2013 [cited 2021 Jul 22] 13(2) p. 239-244. Available from: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/118035/000894801.pdf?sequence=1>
- 13- Baltar P, Leone ET. A mulher na recuperação recente do mercado de trabalho brasileiro [Internet]. *Revista brasileira de Estudos Populacionais*; 2008 [cited 2021 Ago 01] 25(2), p. 233-249. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-30982008000200003>
- 14- Moreira IJB, Horta JA, Duro LN, Borges DT, Cristofari AB, Chaves J, Bassani DCH, Cerizolli ED, Teixeira RM. Perfil sociodemográfico, ocupacional e avaliação das condições de saúde mental dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família em um município do Rio Grande do Sul, RS. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 26º de abril de 2016 [cited 31º de julho de 2021];11(38):1-12. Available from: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/967>
- 15- Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, Almeida APSC. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? *Epidemiol. Serv. Saude, Brasília*; 2020. 29(2):e 2020166[cited 2021 Ago 01]. doi: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200024>
- 16- Maciel FBM, Santos HLPC, Carneiro RAS, Souza EA, Prado NMBL, Teixeira CFSI. Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de Covid-19. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*. 2020; 25(2) p. 4185-4195. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.28102020>
- 17- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de

diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); 2016[cited 2021 Jul 22]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

18- Bakker AB, Schaufeli WB, Leiter MP, Taris TW. Engajamento no trabalho: um conceito emergente em psicologia da saúde ocupacional. *Work & Stress*; 2008. 22 (3) p.187-200 doi: <https://doi.org/10.1080/02678370802393649>

19- Schaufeli WB, Salanova M, González-romá V, Bakker AB. A Medição de Engajamento e Burnout: Uma Abordagem Analítica de Fator Confirmatório de Duas Amostras. *Journal of Happiness Studies*. 2002; 3 p. 71-92. <https://doi.org/10.1023/A:1015630930326>

20- Lourenção LG, Silva AG, Borges MA. Níveis de engagement em profissionais da atenção primária à saúde: estudo comparativo em dois municípios brasileiros [Internet]. *Esc. Anna Nery*; 2019 [cited 2019 Set 03]. 23(3) p. 1-9. Available from: <https://www.scielo.br/j/ean/a/QcrVJyN7wnVRD35Zr6bmzhh/?format=pdf&lang=pt>

21- Cordioli DFC, Cordioli Jr JR, Gazzeta CE, Silva AG, Lourenção LG. Occupational stress and work engagement in primary health care workers. *Rev Bras Enferm*. 2019; 72(6) 1658-1665 p. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0681>

22- Frare AB, Beuren IM. Efeitos da informação na insegurança e engajamento no trabalho em tempos de pandemia. *RAE-Revista de Administração de Empresas*. 2020; 60(6) 400-412 p. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-759020200604>

23- Bekker AB, Demerouit B. Towards A modelo f work engagement [Internet]. *Revista Career Development International*; 2008 [cited 2019 Ago 25]. 13(3) p.209-223. Available from: https://www.isonderhouden.nl/doc/pdf/arnoldbakker/articles/articles_arnold_bakker_164.pdf

Autor de Correspondência

Gercileny Queiroz de Sousa
210 sul alamenda 01 lote 48. CEP: 77020-600.
Tocantins, Palmas, Brasil.
gercilenyqueiroz@gmail.com

Monitoramento COVID-19: Avaliação De Um Município Localizado no Estado do Paraná

COVID-19 Monitoring: Evaluation of a Municipality Located in the State of Paraná

Monitoreo COVID-19: Evaluación De Un Municipio Ubicado En el Estado de Paraná

Wagner Galisa dos Santos¹, Lillian Caroline Fernandes², Ana Paula Rodrigues dos Santos Bessa³, Carla Luiza da Silva⁴,
Monique Costa Budk⁵, Marissa Giovanna Schamne⁶

Como citar: Santos WG, Fernandes LC, Bessa APRS, Silva CL, Budk MC, Schamne MG. Monitoramento COVID-19: Avaliação De Um Município Localizado no Estado do Paraná. REVISA. 2021; 10(3): 542-50. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n3.p542a550>

REVISA

1. Universidade Paulista, Campus Faculdade Paranaense, Departamento de Enfermagem, Curitiba, Paraná, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-7231-3063>
2. Universidade Estadual de Ponta Grossa, Departamento de Enfermagem e Saúde Pública. Ponta Grossa, Paraná, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-7557-5285>
3. Universidade Paulista, Campus Faculdade Paranaense, Departamento de Enfermagem, Curitiba, Paraná, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-7586-5872>
4. Universidade Estadual de Ponta Grossa, Departamento de Enfermagem e Saúde Pública. Ponta Grossa, Paraná, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-2600-8954>
5. Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, Diretoria Geral, Curitiba, Paraná, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-4288-4900>
6. Universidade Estadual de Ponta Grossa, Departamento de Ciências Farmacêuticas. Ponta Grossa, Paraná, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0421-7456>

Recebido: 24/04/2021
Aprovado: 27/06/2021

RESUMO

Objetivo: descrever as ações de monitoramento e avaliar o impacto desta atividade durante a situação da pandemia. **Método:** trata-se de uma pesquisa epidemiológica observacional do tipo descritiva, buscando compreender o impacto, das estratégias de monitoramento no acompanhamento dos casos suspeitos e/ou confirmados pela Vigilância Epidemiológica. **Resultados:** houve o monitoramento de usuários com suspeita ou confirmação de síndrome gripal. Evidenciou-se a importância do monitoramento para o município, pois após a busca ativa e identificação dos sintomas, possibilitou o cuidado centrado nas diretrizes assistências do SUS. **Conclusão:** o monitoramento se mostrou eficaz, uma vez que a maior parte dos usuários se recuperaram da infecção e tiveram seus casos acompanhados. **Descritores:** COVID-19; Pandemias; Monitoramento Epidemiológico.

ABSTRACT

Objective: to describe the monitoring actions and assess the impact of this activity during the pandemic situation. **Method:** this is an observational epidemiological research of the descriptive type, seeking to understand the impact of the monitoring strategies in the monitoring of suspected cases and / or confirmed by the Epidemiological Surveillance. **Results:** there was a monitoring of users with suspected or confirmed flu syndrome. We highlighted the importance of monitoring for the municipality, because after the active search and identification of symptoms, it enabled care centered on SUS assistance guidelines. **Conclusion:** the monitoring proved to be effective, since most users recovered from the infection and had their cases followed up.

Descriptors: COVID-19; Pandemics; Epidemiological Monitoring.

RESUMEN

Objetivo: describir las acciones de monitoreo y evaluar el impacto de esta actividad durante la situación de pandemia. **Método:** se trata de una investigación epidemiológica observacional descriptiva, que busca comprender el impacto de las estrategias de monitoreo en el seguimiento de casos sospechosos y / o confirmados por Vigilancia Epidemiológica. **Resultados:** se monitoreó a los usuarios con sospecha o confirmación de enfermedad similar a la gripe. Resaltamos la importancia del seguimiento para el municipio, porque luego de la búsqueda activa e identificación de síntomas, permitió una atención centrada en las pautas asistenciales del SUS. **Conclusión:** el seguimiento demostró ser eficaz, ya que la mayoría de los usuarios se recuperaron de la infección y se les dio seguimiento a sus casos.

Descritores: COVID-19; Pandemias; Seguimiento epidemiológico.

ORIGINAL

Introdução

No final de 2019, hospitais em Wuhan (China) receberam pacientes com diagnóstico de pneumonia viral não identificada.¹ Com o intuito de descobrir o agente etiológico da doença, realizaram-se 26 tipos de testes existentes para identificar possíveis causadores da doença, todos resultaram em negativo. Em decorrência deste evento, o Centro de Controle de Doenças Chinês, iniciou uma investigação epidemiológica e em janeiro de 2020 foi identificado o genoma de um novo coronavírus denominado como SARS-CoV-2, por ser um vírus da família coronavírus e seu primeiro registro ser datado ao final de 2019 a doença causada por ele ficou conhecida como COVID-19¹⁻².

Posteriormente à identificação em 3 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) confirmou a circulação do novo coronavírus e no dia 21 de janeiro, os Estados Unidos reportaram seu primeiro caso, ao final do mês de janeiro, diversos países já haviam confirmado importações de caso, incluindo Estados Unidos, Canadá e Austrália, fazendo com que a OMS anunciasse a pandemia como uma emergência internacional³. No Brasil, em 22 de fevereiro foi notificado o primeiro caso suspeito, mas sem registros de casos confirmados. Em 26 de fevereiro ocorreu a confirmação do primeiro caso de COVID-19 no país, um paciente do sexo masculino que viajou à Itália⁴⁻⁵.

No cenário nacional, os casos suspeitos e confirmados de COVID-19 são monitorados pela Vigilância Epidemiológica (VE) do Sistema Único de Saúde (SUS), a qual está estruturada com base no Guia de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde (MS), e tem como função a notificação, registro, monitoramento, manejo e adoção de medidas preventivas⁶.

O SUS, definido constitucionalmente, foi criado com o objetivo de garantir saúde a todos, de maneira universal e gratuita, aliada a redução e prevenção dos agravos em saúde. Isto devido a sua rede hierarquizada de atendimento que segue os princípios de: descentralização, regionalização e participação popular. Além do seu objetivo, compete ao SUS a realização de ações relacionadas à vigilância em saúde⁷⁻⁸.

A vigilância em saúde está regulamentada pela Lei Nº 8080/1990 e consiste em um conjunto de ações que visam a recuperação e reabilitação da saúde da população. Uma das funções desempenhadas por este órgão é o Sistema de Vigilância em Síndromes Respiratórias Agudas, cujo foco contempla orientar sobre a circulação simultânea de vários vírus respiratórios⁹.

A forma de atuação da vigilância epidemiológica no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil baseia-se na realização de ações que consistem na notificação, monitoramento e adoção das medidas preventivas em território nacional e as secretarias de saúde municipais e estaduais são responsáveis por realizar as atividades técnicas relacionadas ao monitoramento⁹.

Em São José dos Pinhais (SJP), município da Região Metropolitana de Curitiba (Capital do Estado do Paraná, localizado na região Sul do Brasil), município cenário do estudo desta pesquisa, a vigilância epidemiológica segue os preceitos estabelecidos pelo MS. A VE recebe as notificações de todas as instituições de saúde a respeito dos casos suspeitos e confirmados, e realiza o monitoramento dos sinais e sintomas apresentados pelos sujeitos pelo período de 14 dias após o início dos sintomas, sendo considerado o início relatado pelo próprio usuário do serviço. Em caso de necessidade de encaminhamento ao

atendimento em saúde, a Secretaria Municipal de Saúde regula o fluxo de acordo com o protocolo estabelecido.

Esta ação de monitoramento é fundamental para verificar a evolução dos quadros clínicos, bem como adoção das medidas sanitárias para o município. O monitoramento dos pacientes suspeitos ou confirmados para a COVID-19 em SJP é realizado por profissionais da saúde, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e farmacêuticos. Para dar maior suporte à realização deste monitoramento, os estudantes dos dois últimos anos do curso de medicina e último ano para os demais cursos na área da saúde também estão autorizados a realizar o monitoramento.

Considerando a importância das ações de monitoramento para o acompanhamento e controle dos casos da COVID-19, os objetivos deste trabalho são: descrever as ações de monitoramento, avaliar o impacto desta atividade durante a situação da pandemia no município de SJP, bem como elencar os principais sinais e sintomas relatados pelos pacientes acompanhados nessa atividade.

Método

Pesquisa epidemiológica observacional do tipo descritiva, buscando compreender o impacto das estratégias de monitoramento e as variáveis envolvidas no acompanhamento desses pacientes. Foram considerados os casos suspeitos e confirmados de COVID-19 no período de 15 de março até 11 de maio na cidade de SJP para o relato da série de casos abordadas neste estudo relacionados com a estratégia de monitoramento.

São José dos Pinhais é uma cidade próxima a capital do Paraná. O processo de vigilância epidemiológica das doenças e agravos de notificação compulsória está sob coordenação do Departamento de Proteção e Vigilância. Durante o período de 15 de março a 11 de maio parte do monitoramento foi realizado no Departamento de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde de SJP.

A notificação é realizada por Hospitais e Unidades de Saúde da Região Metropolitana de Curitiba, a partir do documento padronizado pela Secretaria Estadual de Saúde ou da requisição do exame de COVID-19, que inclui dados de identificação (Nome, cpf, data de nascimento, etnia, endereço e ocupação), início de sintomas, doenças crônicas e histórico de contato com caso suspeito/confirmado. Posteriormente a notificação é iniciada as atividades de monitoramento

O protocolo de monitoramento foi elaborado com base nos dados epidemiológicos solicitados pelo Ministério da Saúde, sendo adaptado para a necessidade local e incluído tópicos acerca da classificação de risco/monitoramento dos casos suspeitos/confirmados. Foram monitoradas pessoas que tinham algum sintoma de síndrome gripal ou que tinham contato com algum caso suspeito/confirmado de COVID-19.

Os casos, tanto suspeitos quanto confirmados, eram monitorados a cada 24 ou 48h, de acordo com a gravidade do paciente. Casos com mais de 65 anos, gestantes, tabagistas e sujeitos com diagnóstico de: diabetes, hipertensão, doenças pulmonares, renais e hepáticas, além de indivíduos em situações de obesidade eram considerados vulneráveis e monitorados a cada 24h. Os que tinham sintomas graves, independentemente da idade e de possíveis

comorbidades, eram monitorados a cada 24h. Em caso negativo a todas as situações anteriormente citadas e tinham sintomas leves o monitoramento foi a cada 48h.

Em virtude da escassez de testes no início da pandemia, o usuário com suspeita de COVID-19 era afastado de suas atividades laborativas por 14 dias e mantinha as mesmas precauções adotadas aos casos confirmados. Ao decorrer do tempo, passou-se a agendar a realização de teste rápido (a partir do 7º dia de início de sintomas) e swab nasofaríngeo (a partir do 3º dia de início de sintomas) quando os usuários referiam clinicamente sintomas considerados graves. Caso o teste desse negativo, o caso era descartado por critério epidemiológico, caso o resultado fosse positivo mantinha-se o monitoramento até encerrar o período de 14 dias.

Os casos foram monitorados através de ligação telefônica, conforme o intervalo de monitoramento estabelecido a cada usuário. As perguntas feitas eram baseadas nos sintomas que o paciente estava apresentando no dia atual, em caso de pacientes confirmados, os seus familiares que apresentavam sintomas também eram monitorados. O monitoramento era encerrado após o 14º dia da data de início dos primeiros sintomas e quando usuário não apresentava mais nenhum sintoma, caso contrário, o monitoramento continuava até o paciente tornar-se assintomático.

A partir do recebimento da ficha de notificação expedida pelas Unidades de Saúde e Hospitais a vigilância epidemiológica quantificava o caso como suspeito. Exceto para aqueles usuários que haviam realizado o teste, neste caso se o resultado fosse positivo era notificado como caso confirmado, caso negativo quantificado e descartado por não se enquadrar aos critérios epidemiológicos, ao decorrer do monitoramento de um caso suspeito era atualizado constantemente sua evolução clínica. Os familiares de casos confirmados que vieram a apresentar sintomas, eram orientados a procurar atendimento e quantificados como casos suspeitos.

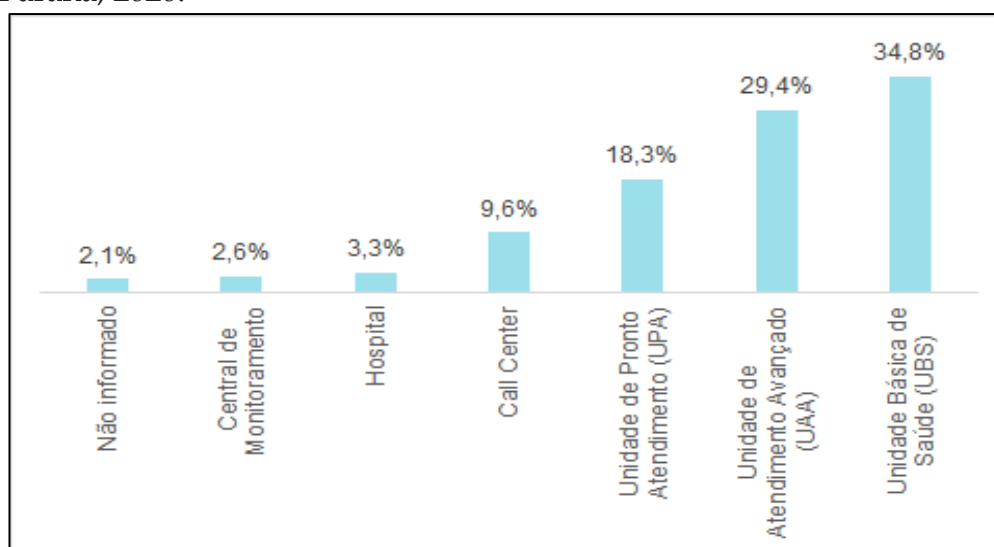
Nesse presente estudo, foi realizada uma análise de distribuição temporal por semana epidemiológica de início dos sintomas e fontes de notificação, dentre elas: unidades de saúde pública e clínicas privadas/conveniadas, comparando os casos notificados entre as semanas epidemiológicas 3 e 11 (antes da detecção da transmissão do primeiro caso de COVID-19 no município) e as semanas 4 e 11, quando se estabeleceu a transmissão comunitária.

O projeto de pesquisa ampliado e intitulado de “Covid-19: perfil dos atendimentos via plataforma VICTÓRIA - Paraná e perfil epidemiológico dos pacientes atendidos nas diferentes regionais de saúde do Estado do Paraná” foi submetido e aprovado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa via plataforma Brasil (com parecer nº 4.087.832).

Resultados

No período supracitado, houve o monitoramento de 705 usuários com suspeita ou confirmação de síndrome gripal. Destas, 15 (2,1%) notificações vieram sem o local de origem, 18 (2,6%) foram realizadas através da central de monitoramento, 23 (3,3%) tiveram origem nos hospitais, 68 (9,6%) foram realizadas pelo Call Center municipal, 129 (18,3%) originadas da Unidade de Pronto Atendimento (UPAs), 207 (29,4%) vieram da Unidade de Atendimento Avançado (UAA) e 245 (34,8%) tiveram origem nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), conforme a Figura 1.

Figura 1 - Origem das notificações no Município de São José dos Pinhais. Paraná, 2020.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2020.

Após o recebimento destas notificações, 676 (95,9%) dos usuários foram encontrados e monitorados. Contudo, 29 (4,1%) não respondeu às tentativas de contato, sendo necessário a realização da busca ativa para saber o quadro deste usuário, a busca ativa ocorria através das UBS, onde os profissionais iriam até a residência informada no momento da consulta para atualizar os dados dos usuários. Conforme demonstra o Quadro 1.

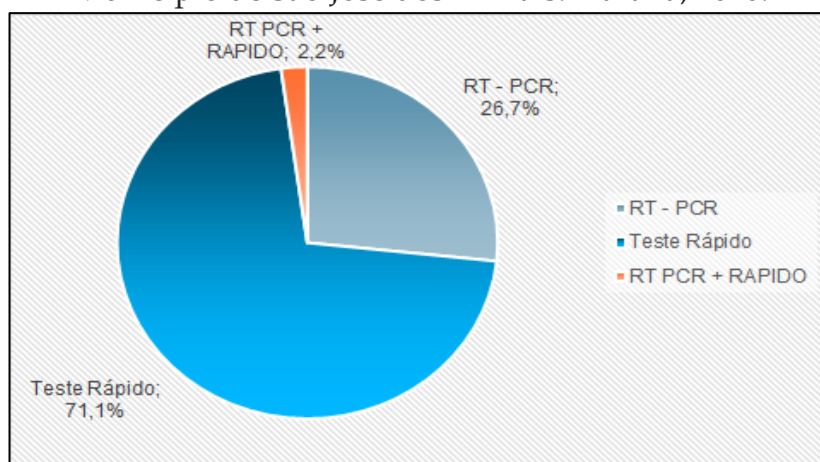
Quadro 1 - Usuários monitorados após a notificação no Município de São José dos Pinhais. Paraná, 2020.

Notificações	%	n
Usuários Monitorados	95,9%	676
Usuários que não responderam às tentativas de contato	4,1%	29

Fonte: Elaborado pelos autores, 2020.

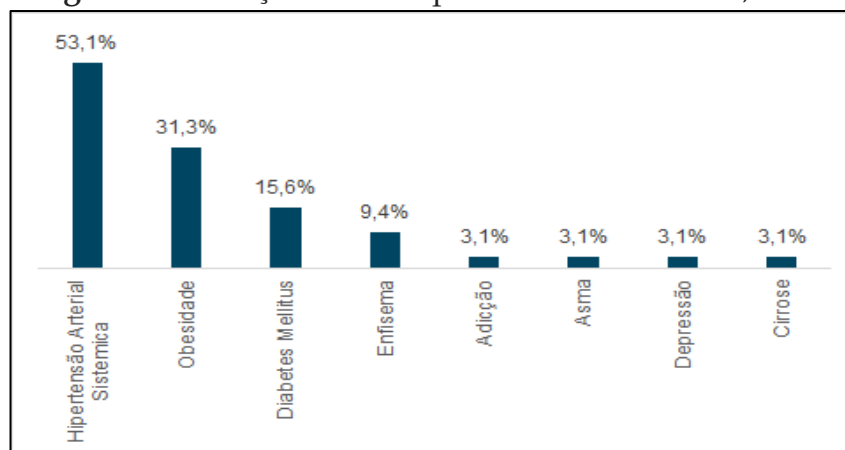
Como no início da pandemia havia poucos teste disponíveis, apenas 45 usuários foram submetidos a coleta de exames, sendo que 12 (26,7%) usuários coletaram RT-PCR, 32 (71,1%) coletaram teste rápido após o 7º dia de início de sintoma e 1 usuário coletou ambos, conforme o Gráfico 2.

Figura 2 - Tipos de coleta de exame para COVID-19, no Município de São José dos Pinhais. Paraná, 2020.



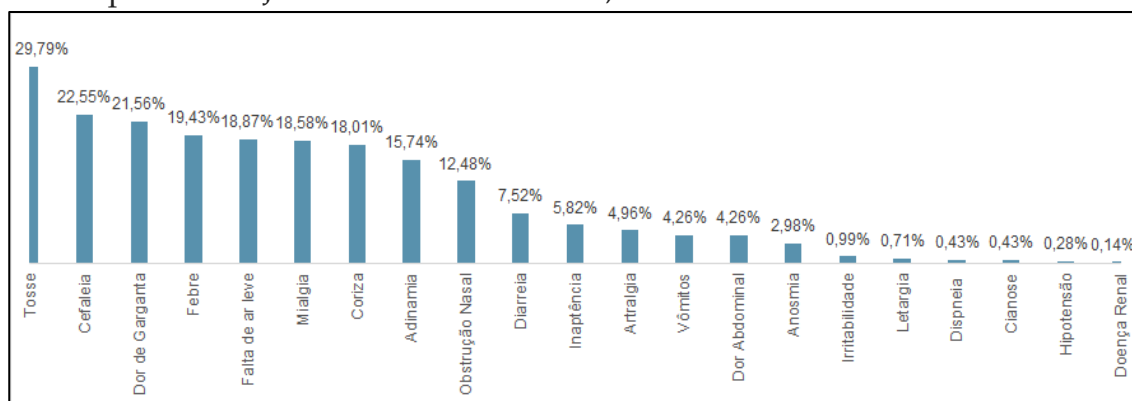
Com relação às doenças crônicas pré-existentes, observa-se, conforme o Gráfico 3, que a Hipertensão Arterial Sistêmica se mostrava presente em 53,1% da amostra, seguido da Obesidade (31,3%), Diabetes Mellitus (15,6%), Enfisema Pulmonar mostrou-se presente em 9,4% da amostra. As doenças crônicas menos referidas pelos usuários monitorados foram: Depressão (3,1%), Asma (3,1%) e Cirrose (3,1%).

Figura 3 - Doenças crônicas pré-existentes. Paraná, 2020.



Após iniciado o monitoramento, o usuário informa seus sintomas iniciais, ou seja, os sintomas que o motivaram a procurar atendimento médico. Com relação a estes sintomas, o mais comum referido foi a tosse, presente em 29,79% dos pacientes monitorados, seguido da cefaleia (22,55%), dor de garganta (21,56%), febre (19,43%), falta de ar leve (18,87%). Os sintomas de gravidade como cianose e dispneia foram relatados por 0,43% dos usuários, conforme demonstra a Figura 4.

Gráfico 4 - Sintomas iniciais apresentados pelos pacientes monitorados Município de São José dos Pinhais. Paraná, 2020.



Discussão

Os resultados evidenciaram que a realização do monitoramento foi fundamental para o município de São José dos Pinhais. Durante o período deste estudo, foram monitorados 705 usuários, com 29 casos positivos e de apenas 4,1% dos usuários, ressalta-se que eram realizadas várias tentativas de contato com estes remotamente, e após estas realiza-se a busca ativa, que consiste em ir a procura dos indivíduos a fim da identificação sintomática e realização da notificação¹⁰.

Foram realizados testes de RT-PCR para usuários com sintomas até 8 dias, e teste rápido para os posteriores, houve a preferência pela realização do teste rápido, em virtude a escassez de RT-PCR nos postos de coleta. O município, conforme aponta o boletim da SESA datado em 11 de maio era o segundo do Estado em número de casos positivos e recuperados, ficando atrás apenas da capital, Curitiba¹¹.

Apesar de haver um local específico para atendimento desses casos (Unidade de Atendimento Avançado) a maioria das notificações foram provenientes das unidades básicas de saúde, demonstrando conforme aponta Mendes (2011) reafirmado a atenção primária como principal porta de entrada dos usuários para o sistema de saúde¹²⁻¹³.

No Brasil, no ano de 2007, 72% dos óbitos foram atribuídos às doenças crônicas não transmissíveis, entre estas incluem-se doenças cardiovasculares, diabetes mellitus e obesidade. As principais doenças crônicas referidas pelos pacientes monitorados (HAS, Obesidade e Diabetes) são fatores de risco para o desenvolvimento de sintomas mais graves da doença, reforçando a prioridade do controle de saúde pública acerca da prevenção e controle dessas doenças. Um estudo realizado em São Paulo demonstrou que 7,2% dos usuários com estas doenças desenvolveram lesões cardíacas, consequentemente correspondem a maior parte dos óbitos¹⁴⁻¹⁵.

Conclusão

A realização da vigilância em saúde permite aos usuários uma maior segurança acerca da evolução de sua infecção bem como possibilita ao gestor conhecer os casos de seu município, a realização do monitoramento se mostrou eficaz, uma vez que a maior parte dos usuários testados positivos se recuperam

da infecção e tiveram seus casos acompanhados desde o início dos sintomas até a ausência destes. Ressalta-se que até o momento não há um tratamento específico para COVID, devendo ser seguido as recomendações do Ministério da Saúde de distanciamento e afastamento quando sintomático ou quando entrar em contato com casos confirmados. Sugere-se que sejam realizados mais estudos acerca do monitoramento dos usuários, para assim prevenir as complicações da infecção.

Agradecimento

À Fundação Araucária pelo fomento à pesquisa sob processo número 09/2020.

Referências

1. Li Q. The 2019-nCoV Outbreak Joint Field Epidemiology Investigation Team. Notes from the field: an outbreak of NCIP (2019-nCoV) infection in China. 2020. 2(5). doi: 10.46234/ccdcw2020.022.
2. Tan WJ, Zhao X, Ma XJ, Zhu N, Wang W, Yang B, *et al.* A novel coronavirus genome identified in a cluster of pneumonia cases China 2019. *N Engl J Med.* 2020. 382: 727-733. doi: 10.1056/NEJMoa2001017
3. World Health Organization (WHO). IHR procedures concerning public health emergencies of international concern (PHEIC). World Health Organization, 2020.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Infecção humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV). Boletim Epidemiológico. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
5. Li Q, Med M, Wang X, Guan X, Wu P, Zhou, L. Tong, Y. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus Infected Pneumonia. *N Engl J Med.* 2020, janeiro, 29. 382:1199-1207. doi: 10.1056/NEJMoa2001316
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Dep. de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica: Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
7. Brasil, Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Sem. Fed. Centro Gráfico [Internet]. Brasília, DF; 1988 [cited 2020 mai 04]. Available from: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf.
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Dep. de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica. 7 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
9. Brasil. Lei n. 8080, 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 [Internet]. Brasília; 1990 [cited 2020 mai 07]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm.
10. Lemke AR, Silva NA. A busca ativa como princípio político das práticas de cuidado no território. *Estudos Pesq. Psicol [Internet]*. 2010. [cited 2020 mai 11]; 10(1):281-95. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/9036>

11. Secretaria Estadual de Saúde do Paraná (SESA-PR). Dep. de Atenção e Vigilância em Saúde. Boletim de COVID-19. Paraná: Secretaria Estadual de Saúde (SESA-PR); 2020.
12. Pascarella G, Strumia A, Piliago C, Bruno F, Del Buono R, Costa F. et al. COVID-19 diagnosis and management: a comprehensive review (Review). J Intern Med 2020; 288: 192– 206. doi: <https://doi.org/10.1111/joim.13091>
13. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2010; 15(5):2297-2305. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>
14. Mancinko J, Wooley NO, Seixas BV, Andrade FB, Lima-Costa MF. Health care seeking due to COVID-19 related symptoms and health care cancellations among older Brazilian adults: the ELSI-COVID-19 initiative. Cad. Saúde Pública. 2020; 36(3). doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00181920>
15. Strabelli TMV, Up DE. COVID-19 e o Coração. Arq. Bras. Cardiol. 2020; 114(4):598-600. doi: <https://doi.org/10.36660/abc.20200209>.

Autor de Correspondência

Lillian Caroline Fernandes
Av. General Carlos Cavalcanti, 4748. CEP: 84.030-
900. Ponta Grossa, Paraná, Brasil.
lilliancarolfernandes@hotmail.com

Demandas masculinas para o atendimento na atenção primária à saúde

Male demands for primary health care

Demandas masculinas de atención primaria de salud

Andressa Reis de Sousa Vilas Boas¹, Anderson Reis de Sousa², Éric Santos Almeida³, Sélton Diniz dos Santos⁴, Naomy Safira Batista da Silva⁵, Cléa Conceição Leal Borges⁶, Daniel Gomes Santos⁷

Como citar: Boas ARSV, Sousa AR, Almeida ES, Santos SD, Silva NSB, Borges CCL, et al. Demandas masculinas para o atendimento na atenção primária à saúde. REVISA. 2021; 10(3): 551-60. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n3.p551a560>

REVISA

1. Secretaria Municipal de Saúde de Quixabeira. Quixabeira, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-3676-446X>

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

3. Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem. Salvador, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-9043-5988>

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

5. Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem. Salvador, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-9331-8680>

6. Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem. Salvador, Bahia, Brasil.
<http://orcid.org/0000-0002-9523-6272>

7. Secretaria Municipal de Saúde de Quixabeira. Quixabeira, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-6259-2126>

Recebido: 12/04/2021
Aprovado: 19/06/2021

RESUMO

Objetivo: caracterizar as demandas de atendimento à saúde de homens na Atenção Primária. **Método:** Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo com base nos dados secundário provenientes do E-SUS SISAB. Analisou-se os atendimentos dos homens na faixa etária entre 20 a 59 anos, residentes em um município do estado da Bahia, Brasil, realizados entre 2015 e 2019. Os dados foram organizados em tabelas utilizando o Stata. **Resultados:** Entre 2015 e 2019, foram realizados 4.630 atendimentos, sendo 79,9% realizados pela equipe mínima. A maior frequência de atendimentos ocorreu na faixa etária entre 50 e 54 anos. Houve maior frequência de atendimentos pela manhã na UBS e em consultas programadas. Estiveram em observação 92,5% e, dos atendimentos realizados pelo NASF, prevaleceu a prescrição terapêutica 45,2%. Dentre os problemas/condições avaliados, foram mais frequentes a hipertensão arterial, reabilitação e saúde mental. Os procedimentos mais realizados foram a aferição de pressão arterial e administração de medicamentos endovenosos. As condutas adotadas foram: o retorno para consulta agendada e retorno para cuidado programado. Realizaram atendimentos odontológicos programados sob o acesso de consultas programadas e com demandas relacionadas procedimentos dentários, dor de dente. Foram assistidos por visitas domiciliares, não sendo compartilhada entre profissionais. **Conclusão:** As demandas por cuidado à saúde apresentadas pelos homens na APS refletem a diversidade e complexidade que provem do cotidiano de trabalho a partir dos territórios e direcionam a reflexão acerca da maneira como os serviços estão orientados, a lógica das práticas de saúde e a própria compreensão dos profissionais e sujeitos no processo de cuidar.

Descritores: Homens; Saúde do Homem; Atenção Primária à Saúde; Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

Objective: to characterize the health care demands of men in Primary Care. **Method:** This is an epidemiological, descriptive study based on secondary data from the E-SUS SISAB. The attendance of men aged 20 to 59 years, living in a municipality in the state of Bahia, Brazil, between 2015 and 2019 was analyzed. The data were organized in tables using Stata. **Results:** Between 2015 and 2019, 4,630 calls were made, 79.9% of which were carried out by the minimum team. The highest frequency of visits occurred in the age group between 50 and 54 years. There was a higher frequency of consultations in the morning at the BHU and scheduled appointments. 92.5% were under observation and, of the visits made by the NASF, the therapeutic prescription prevailed 45.2%. Among the problems / conditions evaluated, arterial hypertension, rehabilitation and mental health were more frequent. The most performed procedures were the measurement of blood pressure and administration of intravenous drugs. The conducts adopted were: return for scheduled consultation and return for scheduled care. They performed scheduled dental appointments under the access of scheduled appointments and with demands related to dental procedures, toothache. They were assisted by home visits, not being shared among professionals. **Conclusion:** The demands for health care presented by men in PHC reflect the diversity and complexity that come from the daily work from the territories and direct reflection on the way services are oriented, the logic of health practices and the very understanding of professionals and subjects in the care process.

Descriptors: Men; Men's Health; Primary Health Care; Family Health Strategy.

RESUMEN

Objetivo: caracterizar las demandas asistenciales de los hombres en Atención Primaria. **Método:** Se trata de un estudio epidemiológico descriptivo basado en datos secundarios del E-SUS SISAB. Se analizó la asistencia de hombres de 20 a 59 años, residentes en un municipio del estado de Bahía, Brasil, entre 2015 y 2019. Los datos se organizaron en tablas utilizando Stata. **Resultados:** Entre 2015 y 2019 se realizaron 4.630 convocatorias, 79,9% de las cuales fueron realizadas por el equipo mínimo. La mayor frecuencia de visitas se produjo en el grupo de edad entre 50 y 54 años. Hubo una mayor frecuencia de consultas por la mañana en la UBS y citas programadas. El 92,5% estaban en observación y, de las visitas realizadas por la NASF, la prescripción terapéutica predominó en el 45,2%. Entre los problemas / condiciones evaluados, fueron más frecuentes la hipertensión arterial, la rehabilitación y la salud mental. Los procedimientos más realizados fueron la medición de la presión arterial y la administración de fármacos intravenosos. Las conductas adoptadas fueron: regreso para consulta programada y regreso para atención programada. Realizan citas dentales programadas bajo el acceso de citas programadas y con demandas relacionadas con procedimientos dentales, dolor de muelas. Fueron asistidos por visitas domiciliarias, no siendo compartidos entre profesionales. **Conclusión:** Las demandas de atención a la salud que presentan los hombres en la APS reflejan la diversidad y complejidad que surgen del trabajo cotidiano desde los territorios y la reflexión directa sobre la orientación de los servicios, la lógica de las prácticas de salud y la propia comprensión de los profesionales y sujetos en el proceso asistencial.

Descriptores: Hombres; Salud de los hombres; Primeros auxilios; Estrategia de salud familiar.

Introdução

A produção científica nacional e internacional acerca da atenção à saúde de homens ainda tem privilegiado aspectos da morbimortalidade, fatores de risco e o distanciamento masculino dos serviços institucionais de saúde.¹ Apesar disso, os aspectos que versam sobre os comportamentos de saúde, as práticas de cuidado e as demandas apresentadas nos espaços formais de saúde, especialmente entre os homens adultos ainda carecem de mais espaço. Em países como o Brasil, mesmo com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem instituída, a busca dos homens por atendimento de saúde tem sido permeada por dimensões relacionais de gênero, padrões normativos, estereótipos e discriminação em saúde.²

O acesso masculino à Atenção Primária à Saúde (APS) enfrenta desafios de ordem estrutural da gestão do cuidado, institucional de organização dos serviços para o atendimento das demandas dos homens e atitudinais manifestadas pelos profissionais de saúde no que tange ao acolhimento e a produção do cuidado à saúde masculina.³ Produzir cuidado capaz de olhar para as singularidades dos indivíduos, tem sido essencial para o alcance da equidade e integralidade na assistência. Especialmente no âmbito da produção do cuidado de Enfermagem direcionado à população masculina, avanços de ordem teórica, conceitual e prática tem sido observados e direcionam para a necessidade de ampliação e fortalecimento das intervenções de Enfermagem a fim de suprir invisibilidades e incipiências existentes no que diz respeito ao cuidado de saúde masculino.⁴

A Atenção Básica tem potencial de garantir a resolubilidade de parcela significativa das demandas e necessidades de saúde da população. As Enfermeiras e as equipes multiprofissionais em saúde no âmbito da APS consolidada e com condições adequadas de trabalho, são capazes de contribuir significativamente para a transformação do panorama de saúde dos homens e comunidades, garantindo ações de promoção da saúde, construção de consciência sanitária e autonomia, participação e controle social, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação.^{4,5}

Apesar da procura por cuidados específicos a doenças, outras demandas podem ser apresentadas pelos homens na APS, tais como: saúde ambiental, bucal, domiciliar, espiritual, mental, nutricional, sexual e reprodutiva e entre outras.⁵⁻⁶

Face ao contexto apresentado, este estudo foi guiado pela seguinte questão de pesquisa: Quais as demandas de atendimento à saúde de homens na Atenção Básica em um município do semiárido baiano? O objetivo deste artigo é caracterizar as demandas de atendimento à saúde de homens na Atenção Primária.

Método

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo com base nos dados secundário provenientes do E-SUS SISAB. Analisou-se os atendimentos dos homens na faixa etária entre 20 a 59 anos, residentes em um município do estado da Bahia, Brasil, realizados entre 2015 e 2019.⁷

O município investigado tem uma população estimada de 8.972 habitantes, com 3.785 domicílios recenseados, está inserido na rede de pactuação de serviços do estado, possui cobertura de 100% da APS, e financiamento público do governo federal para programas de saúde: Academia da Saúde, Programa Saúde na Escola. É estruturado por quatro áreas e 22 microáreas, com maior extensão de área rural, duas Unidade Básica de Saúde – UBS e duas Unidades de Saúde da Família – USF, com equipes mínimas completas e cinco postos de saúde localizados nos povoados e distritos.

Possui uma equipe de 20 Agentes Comunitários de Saúde – ACS e 10 Agentes de Controle de Endemias – ACE, uma equipe de NASF, uma Unidade Odontológica Móvel, departamentos de vigilância em saúde, laboratório de coleta para exames laboratoriais, salas de vacina/rede de frios, e uma unidade de farmácia da Bahia, que realiza dispensação de medicamentos gratuitos. Desde o ano de 2014 o município utiliza o sistema E-SUS do Ministério da Saúde, e possui uma unidade de saúde com o prontuário eletrônico instituído desde o ano de 2017.

O banco de dados foi solicitado através do Sistema Eletrônico de Serviços de Informação ao Cidadão (e-SIC) e disponibilizado pelo MS em formato de planilha eletrônica através do *Microsoft Excel 2010*. Os dados foram extraídos em maio de 2020.

As variáveis sobre características dos atendimentos foram as seguintes: turnos de atendimento, local de atendimento, tipo de consulta, esteve em observação? e atendimentos pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF. Também foram avaliados os problemas/condições, procedimentos e condutas. Já nos atendimentos odontológicos foram contemplados turnos de atendimento, tipos de atendimento, tipo de consulta, procedimentos e problemas/condições avaliadas, conduta e encaminhamentos. Nas visitas domiciliares e territoriais, as variáveis de interesse foram turnos de atendimento, visita compartilhada, motivo da visita e desfecho.

A análise dos dados foi realizada no segundo semestre de 2020. Todas as variáveis do estudo são categóricas, portanto, foram calculadas as frequências absolutas e relativas. Na análise, considerou-se o período de 2015 a 2019 em virtude da disponibilidade e completude dos dados em razão da instituição do sistema E-SUS no município investigado. Os dados foram organizados em tabelas utilizando o Stata (versão 13).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa. Sob o parecer de número: CAAE: 47814815.4.0000.5654 e n.1.208.304.

Resultados

Entre 2015 e 2019, foram realizados 4.630 atendimentos de homens em unidades básicas de saúde na cidade de Quixabeira (BA) sendo 79,9% (3700) realizados pela equipe mínima (médico, enfermeiro, técnico de Enfermagem, odontólogo, auxiliar de saúde bucal e Agentes Comunitários de Saúde e Controle de Endemias) e 20,1% (930) pela equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF. A maior frequência de atendimentos ocorreu na faixa etária entre 50 e 54 anos (777/16,8%).

Em relação aos atendimentos individualizados, houve maior frequência de atendimentos pela manhã (2.466/53,3%), na UBS (4.531/97,9%), consultas

programadas (3.133/67,7%), estiveram em observação (4.281/92,5%) e, dos atendimentos realizados pelo NASF, prevaleceu a prescrição terapêutica (420/45,2%) (tabela 1).

Tabela 1 - Características dos atendimentos individualizados de homens na atenção básica. 2015 a 2019. Bahia, Brasil.

Variáveis	n	%
Turnos de atendimento		
Manhã	2.466	53,3
Tarde	2.164	46,7
Local de atendimento*		
UBS	4.531	97,9
Domicílio	66	1,4
Unidade móvel	7	0,1
Ignorado	26	0,6
Tipo de consulta		
Programada	3.133	67,7
Demanda espontânea	1.453	31,4
Ignorado	44	0,9
Esteve em observação		
Sim	4.281	92,5
Não	349	7,5
Atendimentos pelo NASF*		
Avaliação/diagnóstico	190	20,4
Procedimentos clínicos/terapêuticos	320	34,4
Prescrição terapêutica	420	45,2
Total	4.630	100

* Porcentagem calculada considerando apenas os indivíduos que realizaram atendimento pelo com o NASF.

Fonte: E-SUS.

Dentre os problemas/condições avaliados, foram mais frequentes a hipertensão arterial (843/18,3%), reabilitação (512/11,0%) e saúde mental (495/10,7%). Sobre os procedimentos, a aferição de pressão arterial (1.594 / 34,4%) e administração de medicamentos endovenosos (01.704/36,8%) foram os mais realizados. Quanto as condutas adotadas, o retorno para consulta agendada (2.633/56,9%) e retorno para cuidado programado (1.547/33,6%) foram as mais prevalentes (tabela 2).

Tabela 2 - Problemas/condições avaliados, procedimentos e condutas realizados em homens na atenção básica. 2015 a 2019. Bahia, Brasil.

Variáveis	n	%
Problemas/condições avaliadas		
Hipertensão Arterial	843	18,3
Reabilitação	512	11,0
Saúde Mental	495	10,7
Diabetes Mellitus	232	5,0
Saúde sexual e reprodutiva	122	2,6

Obesidade	55	1,2
Asma	41	0,9
Risco cardiovascular (rastreamento)	13	0,3
Sinais e sintomas da região lombar (CIAP 2)	92	2,0
Gripe (CIAP 2)	51	1,1
Dores abdominais e epigástricas (CIAP 2)	39	0,8
Outros	2.135	46,1
Procedimentos		
Aferição de pressão arterial	1.594	34,4
Curativo especial	122	2,6
Retirada de pontos	102	2,2
Teste rápido de Sífilis	190	4,1
Teste rápido de HIV	165	3,6
Teste rápido de Hepatite C	180	3,9
Administração de drogas endovenosas	272	5,9
Administração de drogas intramuscular	1.704	36,8
Inalação/nebulização	111	2,4
Outros	190	4,1
Condutas		
Retorno para consulta agendada	2.633	56,9
Retorno para cuidado programado	1.547	33,6
Agendamento para NASF	42	1,0
Agendamento para grupo	5	0,2
Encaminhamento interno	13	0,3
Encaminhamento para serviço especializado	90	2,0
Encaminhamento para atenção domiciliar	15	0,4
Encaminhamento para urgência	9	0,2
Ignorado	246	5,4
Total	4.630	100

Fonte: E-SUS.

Os atendimentos odontológicos foram mais frequentes no período da manhã (2.431/55,8%), programado (3.847/86,68%), consultas de retorno (58,9%), orientação como procedimento (1.435/32,9%), dor de dente como condição mais avaliada (703/16,2%), retorno como conduta (3.670/84,3%) e apenas 2,7% (118) foram encaminhados para algum serviço complementar (tabela 3).

Tabela 3 – Atendimentos odontológicos realizados em homens na atenção básica. 2015 a 2019. Bahia, Brasil.

Variáveis	n	%
Turnos de atendimento		
Manhã	2.431	55,8
Tarde	1.923	44,2
Tipos de atendimento*		
Programada	3.847	86,8
Demanda espontânea	399	9,0
Urgência	184	4,2
Tipo de consulta		
Primeira	1.154	26,1

Retorno	2.566	58,9
Manutenção	285	6,5
Ignorado	349	8,0
Procedimentos		
Orientação	1.435	32,9
Restauração de dente permanente	1.075	24,7
Raspagem alisamento e polimento supragengivais	1.065	24,5
Outros	779	17,9
Problemas/condições avaliadas		
Dor de dente	703	16,2
Alteração em tecidos moles	67	1,5
Abscesso dentoalveolar	52	1,2
Não especificado/Sem problemas ou condições	3.532	81,1
Conduta		
Retorno	3.670	84,3
Tratamento concluído	354	8,1
Alta após episódio	217	5,0
Ignorado	113	2,6
Encaminhamentos		
Radiologia	101	2,3
Prótese dentária	17	0,4
Sem encaminhamento	4.236	97,3
Total	4.354	100

*Frequência total 4430.

Fonte: E-SUS.

No que se refere as visitas domiciliares e territoriais, foram realizadas 22.780 atividades, concentradas no período da manhã (14.020/61,5%), não sendo compartilhada entre profissionais (22.356/98,1%), motivo de visitas periódicas (14.032/40,5%) e foram realizadas (21.982/96,5%) (tabela 4).

Tabela 4 – Características das visitas domiciliares e territorial realizados com homens na atenção básica. 2015 a 2019. Bahia, Brasil.

Variáveis	n	%
Turnos de atendimento		
Manhã	14.020	61,5
Tarde	8.716	38,3
Ignorado	44	0,2
Visita compartilhada		
Sim	424	1,9
Não	22.356	98,1
Motivo da visita*		

Visita periódica		
Orientação/Prevenção	14.032	40,5
Convite para atividade coletiva/campanha	8.773	25,3
Busca ativa	1.167	3,4
Acompanhamento	4.411	12,7
Controle ambiental	6.182	17,9
	43	0,2
Desfecho		
Realizada		
Recusada	21.982	96,5
Ausência do usuário	17	0,0
	781	3,5
Total	22.780	100

*Frequência total 34.608.

Discussão

Os dados apresentados nesse estudo assinalam para a demanda masculina que chega aos serviços de Atenção Primária, com maior procura por homens com idade igual ou maior que 50 anos e de maneira mais acentuada, no turno matutino. Ressalta-se o papel das diferentes tecnologias disponíveis para o cuidado na APS, a exemplo do NASF que foi responsável em promover o acolhimento a diferentes demandas masculinas.

O reconhecimento das barreiras para o acesso dos homens aos serviços de saúde perpassa pela assimilação da transversalidade da perspectiva de gênero na organização das práticas de cuidado⁶, de modo que os obstáculos sejam evidenciados e as potencialidades capazes de modificar a realidade de distanciamento, senso de não pertencimento e baixo engajamento masculino nas ações e serviços de promoção e cuidado à saúde, supere o lugar-comum das dificuldades outrora já assinaladas. Sobretudo, implica na possibilidade de identificar a partir da própria APS, as demandas e necessidades masculinas do território que podem ou não estarem apresentadas nestes serviços.⁸⁻⁹

Os resultados apontam uma inserção masculina majoritariamente para acompanhamento terapêutico, tendo permanecido mais de 90% destes em observação por parte das equipes, sem muitos feedbacks ao sistema de informação do que se refere essa observação, ou seja, não é possível verificar uma intervenção para melhoria da lógica organizacional dos serviços para identificar as necessidades no território, reproduzindo a lógica de queixa-consulta. Atrela-se a isso, o baixo percentual das ações de educação em saúde, o que dificulta a superação do distanciamento, das fragilidades no acesso, a qualificação da informação em saúde e ratifica a ideia de não correspondência entre o homem e o cuidado, desvalorizando esses sujeitos e suas práticas e consequentemente, sustentando fragilidades no acolhimento do público masculino e suas demandas.^{9,10}

No que tange ao adoecimento crônico, os resultados corroboram com o perfil de distribuição de morbidades no Brasil, que apresenta que, aproximadamente, 70% da sua população entre 18 aos 59 anos com, no mínimo, uma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT), chegando a 80% após os 60

anos. As equipes de enfermagem têm grande impacto no cuidado às pessoas com condições crônicas, uma vez que, são responsáveis pela orientação ao autocuidado, assistência; pela gestão da demanda dentro da unidade e pelo processo de ensino, tanto da educação popular como na educação permanente.¹⁰⁻¹¹

Estudos relatam que a assistência do enfermeiro pautada no processo de enfermagem, especialmente nas etapas de detecção dos diagnósticos de situação de saúde em taxonomia validada, planejamento e avaliação de ações junto ao paciente tem potencial de melhorar o comportamento de saúde e conferir uma qualidade de vida melhor a estes. Esta avaliação deve manter uma periodicidade para o aprimoramento do conhecimento em saúde do paciente, melhoria da perspectiva do autocuidado e reconhecimento de potencialidades.¹²

No entanto, as consultas de enfermagem são, em sua maioria, direcionadas ao planejamento reprodutivo feminino, assistência ao pré-natal e puericultura, não englobando, em grande parte, os homens. Outra estratégia viável para melhorar o acolhimento destes homens na unidade de saúde, são os grupos focais realizados somente com eles, com temáticas que associem o interesse pessoal dos usuários do serviço e a necessidade de construir um conhecimento em saúde comunitário e acessível.¹³⁻¹⁴

Olhar o cenário de acesso a APS desvelado pelos resultados também gera disparadores no campo da sexualidade, observando as doenças transmissíveis por via sexual. O rastreio de possíveis infecções sexualmente transmissíveis, a disponibilização da contracepção e direcionamento a outros métodos para planejamento da paternidade e o reforço sobre a importância da manutenção do cartão de imunização atualizado, com um olhar especial para as hepatites, é importante e desafiador. A literatura aponta estratégias pautadas na aplicação inicial de tecnologias leves relacionais, visando conhecer os princípios do homem que está sendo cuidado e o reforço da equidade do tratamento. Além disso, melhorias no fluxo da unidade, desde a disposição no ambiente às interferências na cultura organizacional, estimulando a participação dos homens pais da comunidade nas consultas dos filhos e corresponsabilidade do cuidado são vistas como favoráveis para o fortalecimento da atenção básica.¹⁵

Este estudo apresenta como limitação o fato da amostra ser composta por dados primários serem retirados do sistema eletrônico do SUS, que historicamente apresenta subnotificação. Soma-se a isto o fato da cidade considerada para localizar-se no interior da Bahia, e ser de pequeno porte, com menos de 60 mil habitantes, atualmente.

A atuação da enfermagem na Atenção Básica é fundamental para se reverter a situação de precarização da saúde de homens, tal como foi observado no artigo com homens e mulheres com obesidade nos USA, na qual seria necessário compreender as experiências de cuidados em saúde entre as populações em risco para se obter resultados que garantam a equidade na saúde,¹² ou no artigo sobre a atuação dos Enfermeiros comunitários ao complementar o trabalho das equipes multidisciplinares de reabilitação, fornecendo aos homens avaliação contínua, gerenciamento e informações sobre possíveis intervenções e, quando necessário, encaminhamentos para outras demandas de saúde.¹⁶

Como contribuições para a Enfermagem apresentam-se dados analisados que apoiam a construção de um possível diagnóstico da atuação da atenção

básica no conhecimento e atendimento de demandas da população masculina. Além disso, ressalta-se a lacuna nos estudos que mensurem a resolubilidade de intervenções para atendimento das demandas masculinas na APS, por isso, recomenda-se novas buscas para contribuir com avanços neste cenário.

Conclusão

As demandas por cuidado à saúde apresentadas pelos homens na APS refletem a diversidade e complexidade que provem do cotidiano de trabalho a partir dos territórios e direcionam a reflexão acerca da maneira como os serviços estão orientados, a lógica das práticas de saúde e a própria compreensão dos profissionais e sujeitos no processo de cuidar.

Ademais, as demandas masculinas extrapolam ao que repetidos estudos têm propalado enquanto produção de saúde dos homens, ampliam o olhar para além dos aspectos da morbidade, da sexualidade e lança luz para outras questões que mobilizam o tempo, a atenção e o cuidado dos homens consigo e nesse sentido, essas apreensões tornam-se caras à reorganização do modelo assistencial.

É imprescindível assinalar para o papel e potencial da APS no contexto brasileiro, com suas singularidades e penetração nos territórios, em provocar rupturas na compreensão e ação dos sujeitos e profissionais e consequentemente, contribuir para a transformação das práticas e crenças sobre saúde, doença e cuidado entre homens.

Portanto, as evidências deste estudo assinalam para possibilidades que permitem olhar para além dos obstáculos no envolvimento masculino na arena do cuidado à saúde e proporciona recursos para captar caminhos para a construção de vínculos, promoção do acolhimento e assim, garantia do direito à saúde para os homens.

Agradecimento

Os autores não receberam financiamento para esse estudo.

Referências

1. Moura Erly Catarina de, Santos Wallace dos, Neves Alice Cristina Medeiros das, Gomes Romeu, Schwarz Eduardo. Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva*. 2014; 19(2): 429-38. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-8123201419205802013>.
2. Brasil. Ministério da Saúde (2009). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília; Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/21/CNSH-DOC-PNAISH-Principios-e-Diretrizes.pdf>.
3. Brasil. Ministério de Saúde. Atenção Básica. Brasília; Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/artigos/770-sistema-nacional-de-saude/40315-atencao-basica>
4. Rosu, M. B., Oliffe, J. L., & Kelly, M. T. (2017). Nurse Practitioners and Men's Primary Health Care. *American journal of men's health*. 11(5), 1501-11. Doi: <https://doi.org/10.1177/1557988315617721>

5. Peduzzi Marina, Agreli Heloise Fernandes. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. Interface (Botucatu) [Internet]. 2018 [cited 2020 Oct 22]; 22(Suppl 2): 1525-34. Doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>.
6. Sousa AR et al. Homens nos serviços de atenção básica à saúde: repercussões da construção social das masculinidades. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v. 30, n. 3, p. 1-10, jul./set. 2016. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/4acd/3618c1503c60bc009d9fee7f00a2b3b767cc.pdf>
7. Flôres GMS et al. Gestão pública no SUS: considerações acerca do PMAQ-AB. Saúde Debate. Rio De Janeiro. 2018;42(116):237-47. Doi: 10.1590/0103-1104201811619.
8. Brasil. Ministério da Saúde. DATA SUS. População residente Bahia. Município Quixabeira. Brasília, Ministério da Saúde; 2019. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popba.def>
9. Couto MT et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. Interface: Comunicação, saúde e educação. 2010. Disponível em: [https://www.scielo.org/article/icse/2010.v14n33/257-270/#ModalArticles]. Acesso em: [19 de Outubro de 2020].
10. Nunes, AB et al. Os desafios na inserção do homem nos serviços de saúde da atenção primária. Brazilian Journal of health Review. 2020. Disponível em: [https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/8598/7390]. Acesso em: [19 de Outubro de 2020]
11. Boccolini CS. Morbimortalidade por doenças crônicas no Brasil: situação atual e futura. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2016.
12. Breland JY. et al. Obesity and Health Care Experiences among Women and Men Veterans. Elsevier. Inc. on behalf of Jacobs Institute of Women's Health. 2019, v. 29, n. 1, USA. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.whi.2019.04.005>
13. Sousa AR et al. Vivências de homens em adoecimento crônico no cuidado à saúde: implicações para a assistência de enfermagem. REvisa. 2020; 9(2): 212-21. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v9.n2.p212a221>
14. Bacelar AYS et al. Homens na unidade de saúde da família. Rev enferm UFPE on line. 2018; 12(9):2507-13. Disponível em: [<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/236098/29966>]
15. Gomes R et al. Linhas de cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade. Ciência & Saúde Coletiva; 2016; 21(5):1545-52. Disponível em: [<https://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1545.pdf>]
16. Aikman K et al. Sexual Health in Men With Traumatic Spinal Cord Injuries: A Review and Recommendations for Primary Health-Care Providers. American Journal of Men's Health, 2018; 12(6): 2044-54. Doi: <https://doi.org/10.1177%2F1557988318790883>

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

Projeto “Coração batendo forte”: estratégias educativas de prevenção da parada cardiorrespiratória

“Heart beating strong” project: educational clinic to prevent cardiopulmonary arrest

Proyecto “Corazón late fuerte”: clínica educativa para prevenir la parada cardiopulmonar

Anderson Reis de Sousa¹, Michelle Teixeira Oliveira², Sebastião Edmilson Teixeira Oliveira³, Antonio Carlos Estrela de Araújo⁴,
Maíza Sandra Ribeiro Macedo Silva⁵

Como citar: Sousa AR, Oliveira MT, Oliveira SET, Araújo ACE, Silva MSRM. Projeto “Coração batendo forte”: estratégias educativas de prevenção da parada cardiorrespiratória. REVISA. 2021; 10(3): 561-73. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n3.p561a573>

REVISA

1. Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. 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/0000-0003-3333-955>
3. Faculdade Nobre de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-1351-1278>
4. Faculdade Nobre de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6693-076X>
5. Faculdade Nobre de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-9122-6336>

Recebido: 12/04/2021
Aprovado: 19/06/2021

RESUMO

Objetivo: Descrever a criação do projeto de extensão coração batendo forte dedicado ao ensino de pessoas a lidarem em uma parada cardiorrespiratória. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, qualitativo, que envolveu estudantes do curso de graduação de Enfermagem, docentes e a comunidade acadêmica e civil. Foram envolvidas atividades de extensão e pesquisa a partir da aplicação de pré-teste e um pós-testes para avaliar o nível de conhecimento da população sobre como agir frente à uma parada cardiorrespiratória. **Resultados:** a criação do projeto contribuiu para a ampliação da formação acadêmica na área de urgência e emergência, no potencial gerador de conhecimento sobre a parada cardiorrespiratória e o Suporte Básico de Vida por pessoas leigas em locais de grande circulação, professores, funcionários e estudantes de escolas públicas. Fortalecer a educação para a saúde face a produção técnica de materiais educativos e da pesquisa a partir da realização de estudos científicos sobre a área. **Conclusão:** o projeto coração batendo forte mostrou-se eficaz para a promoção do conhecimento e educação para a saúde com o enfoque na prevenção e manejo da parada cardiorrespiratória.

Descritores: Enfermagem; Educação em Saúde; Emergências; Reanimação Cardiopulmonar.

ABSTRACT

Objective: Describe the creation of the heart beating extension project dedicated to teaching people how to deal with cardiac arrest. **Method:** This is a descriptive, exploratory, qualitative study, involving undergraduate nursing students, teachers and the academic and civil community. Extension and research activities were carried out through the application of a pre-test and a post-test to assess the level of knowledge of the population on how to act in the face of cardiopulmonary arrest. **Results:** the creation of the project contributed to the expansion of academic training in the area of urgency and emergency, in the potential generator of knowledge about cardiopulmonary arrest and Basic Life Support by lay people in places of great circulation, teachers, employees and students of public schools. Strengthen health education in the face of technical production of educational materials and research based on scientific studies on the area. **Conclusion:** the heart beating project proved to be effective in promoting knowledge and health education with a focus on prevention and management of cardiorespiratory arrest.

Descriptors: Nursing; Health education; Emergencies; Cardiopulmonary Resuscitation.

RESUMEN

Objetivo: Describe la creación del proyecto de extensión de latidos del corazón dedicado a enseñar a las personas cómo lidiar con un paro cardíaco. **Método:** Se trata de un estudio descriptivo, exploratorio, cualitativo, que involucró a estudiantes de pregrado de enfermería, docentes y la comunidad académica y civil. Se realizaron actividades de extensión e investigación mediante la aplicación de un pre-test y un post-test para evaluar el nivel de conocimiento de la población sobre cómo actuar ante la parada cardiorrespiratoria. **Resultados:** la creación del proyecto contribuyó a la expansión de la formación académica en el área de urgencia y emergencia, en el potencial generador de conocimiento sobre parada cardiopulmonar y Soporte Vital Básico por laicos en lugares de gran circulación, docentes, empleados y estudiantes de escuelas públicas. Fortalecer la educación para la salud frente a la producción técnica de materiales educativos e investigaciones basadas en estudios científicos en el área. **Conclusión:** el proyecto de latidos del corazón demostró ser efectivo en la promoción del conocimiento y la educación en salud con un enfoque en la prevención y manejo de la parada cardiorrespiratoria.

Descriptores: Enfermería; Educación en salud; Emergencias; Reanimación cardiopulmonar

ORIGINAL

Introdução

Em situações de emergência a avaliação da vítima e seu atendimento devem ser decididos, permitindo a redução de sequelas e o aumento da sobrevida. Assim, ao se verificar uma perda súbita da consciência de um indivíduo adulto a primeira atitude do socorrista deve ser identificar a Parada Cardiorrespiratória (PCR), iniciar as compressões torácicas o mais breve possível e direcionar alguma pessoa para acionar o Serviço de emergência que é caracterizado pelo SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) através da ligação para o número 192.¹

Dessa forma o atendimento inicial de um paciente em situação de emergência demanda uma avaliação sistemática e objetiva e a qualidade na assistência é um fator de extrema importância para as emergências oferecidas tanto por profissionais quanto pela população.

Considerando a estimativa de que mais da metade das PCR ocorrem fora do ambiente hospitalar, pode-se concluir que a maioria delas são presenciadas pela população leiga, contudo alguns fatores como o desequilíbrio emocional, falta de habilidade para realização da ressuscitação cardiopulmonar (RCP), a possibilidade de ser um parente próximo pode dificultar a atuação do leigo.²

As dificuldades de iniciar as manobras básicas devido à falta de sensibilização e ao medo de reprovação social pelo possível fracasso podem levar a paralisia do socorrista no momento da decisão de prestar os primeiros socorros, sendo então fundamental o esclarecimento e treinamento da população para que ela esteja preparada para agir em qualquer situação de emergência.³

De acordo com as Diretrizes da *American Heart Association* (2020)⁴ a maioria das vítimas de PCR súbita extra-hospitalar não recebe nenhuma manobra de Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) de pessoas presentes no local. Mediante a este cenário considera-se ainda a importância da inserção do conhecimento para prestar socorro em situações de emergência entre as crianças. Desse modo, a educação sendo um processo de construção, torna-se necessário que se inicie desde cedo, devendo ser inseridas ainda na infância, as primeiras noções de prevenção de acidentes e primeiros socorros as vítimas em emergência.⁵ Por essas razões, considera-se de extrema necessidade e relevância a capacitação das pessoas nos espaços da escola, propagação deste conhecimento em atividades escolares.⁶⁻⁷

No Art. 3 da Portaria nº 1.863 de 29 de setembro de 2003⁸ que institui a política de Nacional de Atenção às Urgências definem a partir de um dos seguintes componentes fundamentais a adoção de estratégias promocionais de qualidade de vida, buscando identificar os determinantes e condicionantes das urgências e por meio das ações transeitoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade.

Como forma de superar esta problemática, e considerando o quadro brasileiro de morbimortalidade associados aos quadros de urgência, como as relacionadas aos traumas e violência, criou-se em 2001 a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, que deve atuar de maneira articulada com a Política Nacional de Atenção às Urgências,⁸ através de

um trabalho em redes e componentes indispensável a exemplo do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, SAMU 192, efetivado mediante a portaria no ano de 2003.

A portaria GM nº 2.420 de 9 de novembro de 2004⁹ visa avaliar e recomendar estratégias de intervenção do Sistema Único de Saúde- SUS, para abordagem dos episódios de morte súbita. O Ministério de Estado da Saúde considera que as doenças do aparelho circulatório representam a principal causa de óbito no País (32%), onde, as doenças isquêmicas do coração são responsáveis por até 80% dos episódios de morte súbita. Dentro desse contexto destaca-se que a maioria dos episódios em ambientes não hospitalares, necessitando de adequadas estratégias de intervenção em tempo hábil.⁹

Com a ocorrência da PCR o risco de lesão cerebral torna-se aumentado, ou até mesmo irreversível, colocando em risco a sobrevivência da vítima. Sendo assim, o risco de vida aumenta a cada minuto, à medida que a circulação se torna inexistente para órgãos vitais e o cérebro. A simples atuação de um leigo que reconhece os sinais de uma PCR e chama o socorro previne a deteriorização miocárdica e cerebral.³

Quando a RCP é realizada de forma eficaz, as taxas de sobrevivência chegam a 50%. Infelizmente, esta não é a realidade da maioria das RCP realizadas tanto dentro quanto fora dos hospitais. Em detrimento a isso, consideramos a importância da educação em saúde da comunidade leiga na detecção precoce das emergências, como forma eficaz para sobrevivência pós-parada de forma sistemática, com intervenções como identificação da parada e início da ressuscitação imediata.

Neste contexto, para as atividades extensionistas são justificáveis quando as mesmas se inserem no processo de formação acadêmica articulando-se com a sociedade, contribuindo efetivamente na melhoria da qualidade de vida e saúde da população e as Ligas Acadêmicas compõem assim, importantes papéis para o reconhecimento das necessidades e demandas de saúde, e no enfrentamento dos problemas existentes.¹⁰⁻¹¹

O treinamento da população leiga para realização de primeiros socorros e manobras fundamentais para manutenção da vida e redução dos danos vem acrescido da possibilidade de maiores chances às vítimas e melhora nos seus prognósticos, ainda somando ao fato de que os indivíduos treinados sejam multiplicadores do conhecimento, aumentando assim o número de pessoas indiretamente alcançadas por essa proposta.¹⁰

Ancorados nos argumentos apresentados e na relevância do cenário exposto, este estudo foi guiado pela pesquisa de pesquisa: Como ampliar o conhecimento e a atuação da população frente à uma parada cardiorrespiratória a partir da educação para a saúde? Este artigo tem como objetivo descrever a criação do projeto de extensão coração batendo forte dedicado ao ensino de pessoas a lidarem em uma parada cardiorrespiratória.

Método

Estudo descrito, exploratório, qualitativo. Trata-se especificamente da criação de um projeto de extensão intitulado: “Coração batendo forte”. O mesmo esteve vinculado ao programa de extensão acadêmica do curso de graduação em

Enfermagem através da criação do Programa Coração Batendo Forte de Educação em Reanimação Cardiorespiratória (PCBERC) realizado com estudantes de uma Instituição de Ensino Superior privada de um município do estado da Bahia, Brasil.

O campo de realização das atividades do projeto teve como cenário unidades/instituição de grande circulação de pessoas, tais como escolas públicas, unidades de saúde, pátio público da universidade, atividades esportivas e praças públicas. Este município é o segundo maior do estado da Bahia, com uma população estimada de 556. 642 habitantes, com uma área de 1.337,9km², destacando-se na organização de redes de atenção à saúde, considerado referência para serviços de média e alta complexidade nas diversas linhas do cuidado.¹²

O projeto foi implantado no ano de 2016 e se encontra em vigência até o contexto atual (2020). Todos os aspectos éticos foram respeitados. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer de número: CAAE: 58136016.4.0000.5654 e n. 1.673.866.

Resultados

Os resultados da criação do projeto de extensão “coração batendo forte” são compostos pela descrição do projeto face à sua regulamentação, criação, estruturação, execução e avaliação. Além do mais, a produção de material educativo de utilização junto à comunidade que enfatizou conteúdos como: 01 - conhecendo os serviços de saúde; 02 - serviço de atendimento móvel de urgência; 03 - unidades de pronto atendimento (upa 24 horas); 04 - unidades pré-hospitalares fixas (policlínicas); 05 - hospitais; 06 - parada cardiorespiratória; 07 - o que devo fazer diante de uma parada cardiorrespiratória?; 08 - reanimação cardiopulmonar; 09 - engasgo; 10 - asfixia e as referências. Recursos imagéticos foram utilizados e foram elaborados a partir do envolvimento discente junto às ações desenvolvidas pela liga acadêmica.

Quadro 1 – Descrição do projeto coração batendo forte. Bahia, Brasil. 2020.

Regulamentação:
<i>O projeto foi um produto desenvolvido na Liga Acadêmica do Trauma e Emergência (LIATE) do Curso de Graduação em Enfermagem da referida instituição. A criação do projeto se deu através da inquietação e iniciativa dos estudantes que participam da LIATE, que compreenderam a importância da difusão de conhecimentos sobre a reanimação cardiorrespiratória como uma estratégia para salvar vidas em seus diversos locais e públicos, e pela emergencial necessidade de superar as deficiências da atuação sobre esta temática.</i>
Criação:
<i>Este projeto foi desenvolvido por estudantes do curso de graduação Enfermagem, que já atuavam na Liga e já cursaram as disciplinas básicas para a atuação em situação de urgência e emergência. Contou ainda como o apoio da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da instituição, e da parceria de enfermeiras e enfermeiros colaboradoras(es) capacitadas(os) no atendimento às urgências e emergências.</i>
Estruturação:

<i>A metodologia desenvolvida para a realização do projeto esteve pautada nas determinações das Diretrizes da American Heart Association, European Resuscitation Council, Sociedade Brasileira de Cardiologia e da Nacional de Urgência e Emergência do Ministério da Saúde. Foram organizadas a estruturação de um programa de aulas teóricas com duração de uma hora para o Grupo 01: (professores, funcionários, pais e mães de estudantes das escolas públicas do município), e de 30 minutos para o Grupo II: (pessoas leigas na temática que transitam por locais de grande circulação, definidos pelo projeto).</i>
Execução:
<i>Para a execução dos objetivos deste projeto, o PCBERC forneceu a disposição de recursos audiovisuais, aulas teóricas, simulações práticas, que incluíram a utilização de manequins para o treinamento em reanimação adulta, simulador de DEA (Desfibrilador Externo Automático). As práticas foram desenvolvidas em pequenos grupos, por estações, onde serão apresentadas temáticas elementares, tais como a epidemiologia da parada cardiorrespiratória, contribuições da reanimação cardiorrespiratória, técnicas de compressões torácicas, abertura das vias aéreas e ventilação e uso do desfibrilador externo automático (DEA). Para tanto, foram criadas estações de simulações práticas. Nestas ações os participantes tinham a oportunidade de treinar nos manequins infláveis a técnica adequada para a realização de compressões torácicas, ventilações, uso do desfibrilador externo automático (DEA) e a manobra de desobstrução das vias aéreas (manobra de Heimlich) utilizada para prevenção do engasgo e asfixia.</i>
Avaliação:
<i>No intuito de avaliar o conhecimento dos participantes, e aprimorar permanentemente a qualidade do ensino, bem como a difusão de conhecimentos, foram aplicados pré-testes e pós-testes padronizados e já validados em outros estudos brasileiros acerca da temática abordada em cada capacitação – estação de simulações práticas. No contexto da pesquisa foram aplicados questionários semiestruturados para avaliação do conhecimento e eficácia das atividades de educação para a saúde realizadas. Para tanto, o pré-teste e pós-teste foi elaborado mediante leitura e análise prévia da bibliografia revisada, a qual aborda, basicamente, a cadeia de sobrevivência e a sequência do Suporte Básico de Vida e, foi dividido em identificação e abordagem da vítima, sendo composto de questões fechadas (múltipla escolha) e abertas seguindo estudo publicado.³⁻⁴</i>

Figura 1 – Cartilha educativa do projeto coração batendo forte. Bahia, Brasil. 2020.



Fonte: LIATE, 2016.

Figura 2 – Cartilha educativa do projeto coração batendo forte. Bahia, Brasil. 2020.



Fonte: LIATE, 2016.

Figura 3 – Cartilha educativa do projeto coração batendo forte. Bahia, Brasil. 2020.



Figura 4 – Cartilha educativa do projeto coração batendo forte. Bahia, Brasil. 2020.

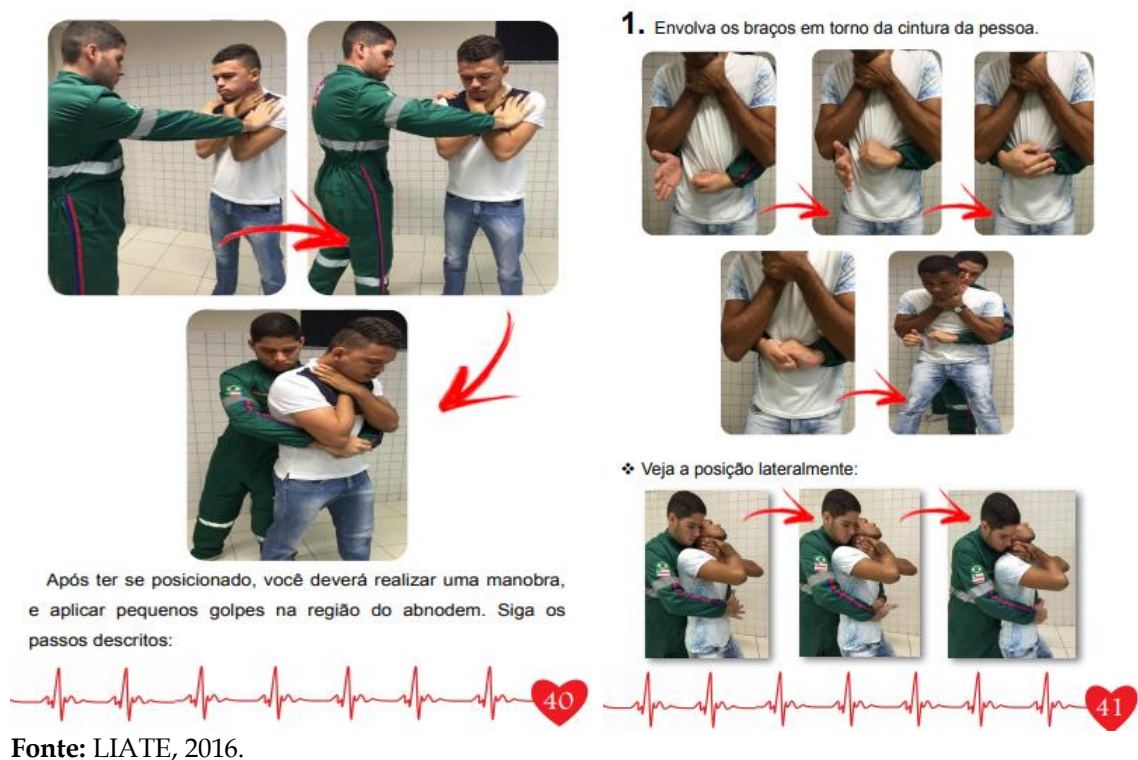


Figura 5 – Cartilha educativa do projeto coração batendo forte. Bahia, Brasil. 2020.

2. Se você estiver realizando as compressões no centro do tórax da vítima, peça para alguém abrir a caixa ou bolsa onde está o desfibrilador;



3. Em seguida leia rapidamente as instruções. Você deve apertar o botão como o nome: LIGAR;



Veja a posição correta das pás:



Não tenha medo de utilizar o aparelho. Basta seguir todas as orientações e comandos. Se você utilizar o desfibrilador, estará ajudando a vítima a sobreviver. E não esqueça, repasse essas informações para outras pessoas. Fale sobre isso com os amigos, no trabalho e em casa.

Fonte: AHA, 2015.



Fonte: LIATE, 2016.

Figura 6 – Atividades educativas do projeto coração batendo forte. Bahia, Brasil. 2020.



Fonte: LIATE, 2020.

Figura 7 – Logomarca do projeto coração batendo forte. Bahia, Brasil. 2020.



Fonte: LIATE, 2016.

Figura 8– Página do Instagram da LIATE. Bahia, Brasil. 2020.



Fonte: LIATE, 2020.

Discussão

Este estudo foi capaz de descrever a criação do projeto de extensão coração batendo forte dedicado à promoção de estratégias educativas de prevenção da parada cardiorrespiratória em uma metrópole no nordeste brasileiro.

A morte súbita como a morte inesperada de etiologia cardíaca que ocorre imediatamente ou em tempo de uma hora após o início dos sintomas da doença isquêmica cardíaca.¹³ A condição clínica que caracteriza a morte súbita é a parada cardíaca (PC) caracterizada como a cessação de atividade mecânica cardíaca confirmada pela ausência de sinais de circulação (ausência de pulso, apneia ou respiração agônica).¹⁴

Apesar de toda evolução nos últimos anos relacionada a tratamento e prevenção, a Parada Cardiorrespiratória (PCR) permanece como um problema mundial de saúde pública. Muitas são as vidas perdidas anualmente no Brasil relacionadas à PCR. Os avanços como no treinamento em Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) também se estendem à legislação sobre acesso público à desfibrilação e obrigatoriedade de disponibilização de DEA (desfibrilador

externo automático). Estimam-se cerca de 200.000 PCR ao ano, no Brasil, sendo metade dos casos ocorrendo em ambiente hospitalar, e a outra metade em ambientes como residências, *shoppings*, aeroportos, estádios.¹⁵

No que tange ao DEA a fibrilação ventricular é o ritmo de parada mais encontrado no ambiente extra-hospitalar, sendo que esse ritmo e a taquicardia ventricular se resolvem com a desfibrilação, onde consiste na aplicação de impulso elétrico no tórax, levando as fibras miocárdicas a funcionarem na mesma fase do potencial de ação com a retomada do ritmo normal pelo nodo sinusal.¹⁶⁻¹⁷

Após uma desfibrilação deve-se iniciar a massagem cardíaca, haja vista que o coração não retorna à circulação normal imediatamente após o choque, mesmo que a desfibrilação tenha sido bem-sucedida. A sequência atual é choque, RCP, verificações de ritmo e de pulso. A verificação do ritmo deve ser realizada dois minutos após cada desfibrilação.¹⁸

O atendimento a PCR é obrigatoriamente necessário e prioritário de todo profissional de saúde, independentemente de sua especialidade. O diagnóstico precoce e correto é a chave para o sucesso da reanimação cardiopulmonar (RCP). Os sinais usados para a detecção são: ausência de pulso vasos de grande calibre, inconsciência, cianose e ausência de movimentos respiratórios.¹⁸

O 'nascimento' moderno da RCP se deu a partir de 1960, no entanto era considerada uma prática médica onde até mesmo enfermeiros e dentistas eram impedidos de executá-la. Com o passar do tempo, os pontos de vista foram mudando gradualmente e, em meados de 1974, a *American Heart Association* publicou suas primeiras diretrizes destinadas tanto aos profissionais da saúde quanto a leigos, tendo em vista as grandes vantagens evidenciadas pelo envolvimento do público em geral.¹⁵

A realização imediata de RCP em uma vítima de PCR, mesmo que apenas com compressões torácicas no pré-hospitalar, contribui significativamente para o aumento das taxas de sobrevivência das vítimas de parada cardíaca.¹⁹ No Brasil, o maior desafio é ampliar o acesso ao ensino de RCP, estabelecer processos para a melhoria contínua de sua qualidade, além de reduzir o tempo entre a RCP e a aplicação do primeiro choque pelo desfibrilador.²⁰

Entre os Aspectos mais relevantes das diretrizes da *American Heart Association* sobre ressuscitação cardiopulmonar e atendimento cardiovascular de emergência, as evidências mostraram que quando o socorro é realizado nos 5 minutos iniciais da PCR não há diferença na sobrevivência se as manobras iniciarem primeiro ou se a ajuda for solicitada antes de realizadas as manobras. Quando tardio após esse prazo deve-se solicitar ajuda e depois iniciar a RCP, exceto quando o paciente for criança, pois, a principal causa de PCR nessa faixa etária é a hipóxia que exige socorro imediato.⁴

Portanto, as ações realizadas durante os minutos iniciais de atendimento a uma emergência são críticas no que tange a sobrevivência da vítima. O suporte básico de vida (SBV) define a sequência primária de ações para salvar vidas. Mesmo que adequado e eficiente seja um suporte avançado, são as ações de suporte básico que definirão a sobrevivência da vítima em PCR. Desse modo, a maioria das PCRs ocorre em adultos, porém crianças também são afetadas. O perfil etiológico/epidemiológico da criança é totalmente diferente do adulto, o que se reflete em diferenças importantes no tratamento.¹⁵

Sabe-se também que a taxa de sobrevivência de crianças com PCR súbita e testemunhada em ambiente externos, por fibrilação ventricular, é de 20% a 30%. Estes dados abordam e enfatizam a importância do ensino das manobras de RCP para o público leigo, assim como a criação de estratégias para treinamento em atendimento em emergência nas escolas e creches.¹⁵

São condutas para PCR em geral exceto para casos específicos como exemplo lactentes (menores de 1 ano) que o socorrista deverá avaliar responsividade e respiração em menos de 10 segundos, acionar o serviço de emergência, ao chegar o pulso braquial identificar a PCR traçar uma linha imaginária nos mamilos, colocar 2 dedos logo abaixo da linha intermamilar e comprimir o tórax no esterno, em linha reta, numa profundidade de 1/3 da altura anteroposterior do tórax, cerca de 4cm, em uma velocidade de no mínimo 100 compressões por minuto. O tórax deve retornar à sua posição normal após cada compressão. Realizar 30 compressões para 2 ventilações.¹⁵

O sucesso da recuperação da vítima de PCR é a presença de alguém com capacitação para iniciar as manobras de RCP, assim seja identificada a sua ocorrência. É, portanto, fundamental a participação da população leiga no atendimento à PCR, proporcionando a minimização do tempo entre a ocorrência e o início das intervenções. Releva-se assim, a importância da educação da população leiga na detecção precoce das PCRs.

Este estudo apresentou como contribuições o fortalecimento das políticas públicas voltadas à educação em saúde, a atenção às urgências e emergências, com potencial agregador para a melhoria da assistência à saúde empregada por acadêmicos na futura experiência profissional, tal como para a redução de danos e mortalidades provocadas por agravos desencadeadores da parada cardíorespiratória.

A criação do projeto coração batendo forte contribuiu de maneira expressiva para o preparo população para o engajamento social direcionada à redução da mobimortalidade da população inserida nos lócus de ação e demais cidades circunvizinhas, através do fortalecimento das ações de educação para a saúde e da difusão do conhecimento. Aspectos satisfatórios foram evidenciados quanto ao enfrentamento do problema em questão por parte dos profissionais da saúde, da educação e áreas afins e por estudantes atingidos pelas atividades extensionistas, para que estes sejam capazes de desempenhar uma função exitosa frente a uma parada cardiorrespiratória.

A qualificação da formação em Enfermagem também pode ser observada através da utilização de metodologias ativas e do recurso da tecnologia leve/relacional empregada nas ações de educação para a saúde.²¹ E junto da comunidade ter promovido trocas de saberes, que se constitui enquanto compromisso social. Para além disso, este o desenvolvimento deste projeto visou fomentar estudos e pesquisas sobre a área afim de trazer maior ampliação para o enfrentamento da problemática em questão.

Agradecimento

Os autores não receberam financiamento para esse estudo.

Referências

1. Rodrigues CL, Santos FRB, Andrade RM, Souza FEO, Franco GC. Fatores associados ao conhecimento de pessoas leigas sobre suporte básico de vida. *Enfermería Actual de Costa Rica*. 2020; (38):163-178. Doi: <https://doi.org/10.15517/revenf.v0i38.39087>
2. Correa AR, Carvalho DV, Morais DA. Características dos atendimentos a vítimas de parada cardiorrespiratória extra-hospitalar. *Rev. enferm. UFPE on line*. 2013;7(11):6382-90. Doi: <https://doi.org/10.5205/reuol.3794-32322-1-ED.0711201310>
3. Pergola AM, Araujo IEM. O leigo em situação de emergência. *Rev Esc Enferm USP*, 2008; 42 (4):769-76.
4. Berg KM, Cheng, CA, Panchal AR, Topjian AA, Aziz K, Farhan B. Part 7: Systems of Care 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2020;142(suppl 2):S580-S604. DOI:10.1161/CIR.0000000000000899
5. Andraus LMS, Minamisava R, Borges IK, Barbosa MA. Primeiros Socorros para criança: relato de experiência. *Acta paul enferm*. 2005; 18(2):220-225. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002005000200016> .
6. Gasparetto MERF, Temporini ER, Carvalho KMM, Kara-José N. Dificuldade visual em escolares: conhecimentos e ações de professores do ensino fundamental que atuam com alunos que apresentam visão subnormal. *Arq. Bras. Oftalmol*. 2004;67(1):65-71. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0004-27492004000100011>
7. Fioruc BE, Molina AC, Junior WV, Lima SAM. Educação em saúde: abordando primeiros socorros em escolas públicas no interior de São Paulo. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2008;10(3):695-702. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a15.htm> .
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. [internet]. Brasília; 2003. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.420, de 9 de novembro de 2004. Constitui Grupo Técnico - GT visando avaliar e recomendar estratégias de intervenção do Sistema Único de Saúde - SUS, para abordagem dos episódios de morte súbita. [internet]. Brasília; 2004. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2420_09_11_2004.html
10. Lyra PF, Cordeiro DEF, Gois ACR, Muniz FN, Leônidas GM, Rodrigues Sobrinho CRM. Programa de educação em reanimação cardiorrespiratória: ensinando a salvar vidas. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2012;36(4), 570-73. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022012000600018>
11. Sousa AR, Costa PCO, Vieira EM de F, Cintra KLA, Oliveira MT. Contribuições de uma liga acadêmica do trauma e emergência para a formação em enfermagem. *Rev. G&S [Internet]* 2014 [citado 28º de dezembro de

- 2020];5(4):2723-2736. Available from: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/1242>
12. 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] 2014 [citado 24º de agosto de 2021];5(4):2709-2722. Available from: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/1173>
13. Neumar RW, Otto CW, Link MS, Kronick SL, Shuster M, Clifton W, Callaway CW et al. Part 8: adult advanced cardiovascular life support: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation. 2010 Nov 2;122(18 Suppl 3):S729-67. Doi: <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.110.970988>
14. Morais DA, Carvalho DV, Correa AR. Parada cardíaca extra-hospitalar: fatores determinantes da sobrevida imediata após manobras de ressuscitação cardiopulmonar1. Rev Latinoam Enfermagem. 2014;22(4):562-8 Doi: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3453.2452>
15. Pereira CF, Vargas D de, Silva AR da. Entendimento de graduandos em enfermagem acerca do seu papel na assistência a parada cardiorrespiratória. Rev enferm UFPE on line. 2016; 10(6): 2038-42. Doi: <https://doi.org/10.5205/reuol.9199-80250-1-SM1006201616>
16. Albuquerque da Silva FE, Lopes MACP, Mafaldo PRF, Nascimento JFM, Aguiar TS, Almeida KAB. Atuação do enfermeiro durante a parada cardiorrespiratória em pacientes críticos: revisão de literatura. Braz. J. Hea. Rev. 2020;(3):2, 2783-2796. Doi: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n2-122>
17. Lima LV, Morais TE, Nogueira MS. O conhecimento da enfermagem acerca do protocolo de reanimação cardiopulmonar. São Paulo: Revista Recien. 2020;10(29):64-74. Doi: <https://doi.org/10.24276/rrecien2358-3088.2020.10.29.64-74> .
18. Timbó BF, Lima SA, Gomes SKL. Avaliação do diagnóstico e tratamento em parada cardiorrespiratória entre os médicos com mais de cinco anos de graduação. Rev. bras. ter. intensiva. 2006;18(4):374-9. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2006000400009>
19. Nascimento JCP, Rocha RRA, Dantas JKS, Oliveira ES, Dantas DV, Dantas RAN. Manejo de pacientes diagnosticados ou com suspeita de covid-19 em parada cardiorrespiratória: scoping review. Texto contexto - enferm. 2020;29:e20200262. Doi: <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2020-0262>
20. Miyadahira AMK, Quilici AP, Martins CC, Araújo GL, Pellicciotti JSS. Ressuscitação cardiopulmonar com a utilização do desfibrilador externo semi-automático: avaliação do processo ensino-aprendizagem. Rev. esc. enferm. USP. 2008 ; 42(3):532-8. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342008000300017>
21. Santos JS, Santana TS, Sousa AR, Teixeira JRB, Serra HHN, Paz JS. Suporte básico de vida: conhecimento de enfermeiras (os) que atuam na estratégia de saúde da família. REVISA. 2020;9(1):40-52. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v9.n1.p40a52>

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

Evidências da Assistência de Enfermagem Durante o Pré-Natal

Evidence of Nursing Care During Prenatal Care

Evidencia de la atención de enfermería durante la atención prenatal

Geovanna das Chagas Dias¹, Regina Celia de Oliveira Martins Nunes²

Como citar: Dias GC, Nunes RCOM. Evidências da Assistência de Enfermagem Durante o Pré-Natal. REVISA. 2021; 10(3): 574-82. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n3.p574a582>

REVISA

1. Centro Universitário ICESP. Brasília
Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-3676-446X>

2. Centro Universitário ICESP. Brasília
Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-8534-1960>

Recebido: 22/04/2021
Aprovado: 29/06/2021

RESUMO

Objetivo: Descrever, dentro do contexto social, evidências para consulta de enfermagem no pré-natal. **Método:** Trata-se de estudo descritivo, com pesquisa documental e análise de dados secundários a partir da variáveis encontradas no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC/MS. Para discussão dos resultados foram selecionados artigos publicados entre 2010 a 2020, em língua portuguesa, espanhola e inglesa, totalizando 25 artigos. **Resultados:** O pré-natal revela-se como um momento adequado para desenvolver ações educativas utilizando, como ferramentas, o diálogo, o vínculo e a escuta das gestantes e de seus acompanhantes, objetivando aproximação entre profissionais e pacientes. **Conclusão:** O enfermeiro é o profissional capacitado para conduzir o pré-natal de forma a favorecer a promoção e prevenção da saúde do binômio mãe-filho. Orientações quanto ao processo gravídico-puerperal são ações desenvolvidas para preparar a gestante e os familiares para cada etapa da gestação e as modificações que essa condição provoca, sejam elas fisiológicas ou emocionais. Essas ações desenvolvidas pelo enfermeiro resultarão em uma gestação mais saudável preparando a gestante para o momento do parto e assim direcionar para que nesse momento ela seja protagonista, uma vez que se trata de um momento tão especial. **Descritores:** Pré-Natal; Saúde da Mulher; Gestante; Enfermeiro.

ABSTRACT

Objective: To describe, within the social context, evidence for nursing consultation in prenatal care. **Method:** The work carried out is an exploratory literature review of a quantitative nature. The data used were from online platforms such as BIREME, SCIELO and Information System on Live Births - SINASC/MS. Articles published between 2010 and 2020, in Portuguese, Spanish and English were selected, totaling 25 articles after critical analysis of all pre-selected in search of data that contemplated the objectives of the study. **Results:** Prenatal care reveals itself as an appropriate time to develop educational activities using, as tools, dialogue, bonding and listening to pregnant women and their companions, aiming to bring professionals and patients closer together. **Conclusion:** The nurse is the best professional to conduct prenatal care. The nurse is the professional trained to conduct prenatal care in order to favor the promotion and prevention of the health of the mother-child binomial. Guidance on the pregnancy-puerperal process are actions developed to prepare pregnant women and family members for each stage of pregnancy and the changes that this condition causes, whether physiological or emotional. These actions developed by the nurse will result in a healthier pregnancy preparing the pregnant woman for the moment of delivery and thus directing her to be the protagonist at this moment, since it is such a special moment.

Descriptors: Prenatal care; Women's health; Pregnant Woman; Nurse.

RESUMEN

Objetivo: Describir, dentro del contexto social, evidencias para la consulta prenatal de enfermería. **Método:** Se trata de un estudio descriptivo, con investigación documental y análisis de datos secundarios con base en las variables encontradas en el Sistema de Información sobre Nacidos Vivos - SINASC/MS. Para la discusión de los resultados, se seleccionaron artículos publicados entre 2010 y 2020, en portugués, español e inglés, totalizaron 25 artículos. **Resultados:** La atención prenatal es un momento adecuado para desarrollar acciones educativas utilizando, como herramientas, el diálogo, la vinculación y la escucha a las gestantes y sus acompañantes, con el objetivo de acercar a profesionales y pacientes. **Conclusión:** Las enfermeras son los profesionales calificados para realizar la atención prenatal con el fin de promover y prevenir la salud del binomio madre-hijo. La orientación sobre el proceso embarazo-puerperal son acciones desarrolladas para preparar a las mujeres embarazadas y familiares para cada etapa del embarazo y los cambios que esta condición causa, ya sean fisiológicos o emocionales. Estas acciones desarrolladas por la enfermera se traducirán en un embarazo más saludable preparando a la gestante para el momento del parto y dirigiéndola así a ser la protagonista en este momento, ya que se trata de un momento tan especial.

Descriptores: Prenatal; Salud de la Mujer; Mujer embarazada; enfermera.

ORIGINAL

Introdução

A gestação marca uma fase de mudanças na vida e no corpo da mulher. Essas modificações, além de físicas e emocionais, são também sociais, sexuais e afetivas gerando sensações mistas de prazer, alegria, medo e ansiedade. Assim o pré-natal pode ser considerada fase de preparação, biológica e psicológica para o parto e, mais tarde, para a maternidade. “Sendo este momento de vasto aprendizado, no qual a mulher pode sanar dúvidas, sendo de fundamental importância para o desenvolvimento do binômio mãe-filho”.¹

Na gestação, o corpo passa por diversas mudanças. Assim, o pré-natal, além de servir como atendimento baseado em evidências e para avaliar vitalidade da mãe e do bebê, também serve para que a gestante entenda melhor as modificações pelas quais o seu corpo e o seu estado psicológico estão passando.²

Desta forma, a necessidade da realização do pré-natal deve envolver profissionais médicos e enfermeiros. O enfermeiro, com foco na promoção e prevenção durante período gravídico puerperal, induz, maior vínculo com a gestante possibilitando esclarecimentos no momento da consulta.

Para Dias, um dos objetivos do pré-natal é acolher a mulher desde a gestação, pois o início precoce e a participação ativa no pré-natal resultam em mais chances de as mulheres terem uma gestação tranquila.³

O Ministério da Saúde, publicou a Portaria nº 570, de 1º de julho de 2000, que regulamenta o pré-natal e institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento.

Essa portaria dispõe que o pré-natal seja visto com mais empatia e respeito, estabelecendo mecanismos que viabilizem a melhoria do acesso, a ampliação da cobertura, qualidade do acompanhamento pré-natal e a realização do cadastramento das gestantes.⁴

A qualidade do pré-natal está na realização das consultas em períodos agendados com escuta qualificada, uso de suplementos vitamínicos, atualizações de vacinas, acompanhamento do desenvolvimento do feto, detecção de possíveis patologias em curso ou que possam surgir, bem como o preparo para o parto e a amamentação.²

O Caderno de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco 32 sugere que as consultas de pré-natal devem ser realizadas mensalmente para gestantes até 28 semanas de IG, quinzenalmente da 28ª a 36ª semana e semanalmente da 36ª até o parto, intercaladas entre o enfermeiro e o médico, não havendo alta do pré-natal ao puerpério.⁵

É durante o pré-natal que o enfermeiro promove ações para que a gestante fique cada vez mais ciente dos seus direitos, de todos os processos fisiológicos que ocorrerão no seu corpo, principalmente aqueles característicos de cada trimestre da gestação, como enjoo, dores nas pernas, cansaço, retenção de líquido e, mesmo, a mudança de humor.²

Na estratégia de Saúde da Família, a equipe é composta, em sua maioria, por enfermeiros do que por médicos, o que requer desse profissional habilidade para atender consultas de pré-natal de baixo risco.

Apenas o conhecimento e a habilidade darão ao enfermeiro mais autonomia para atender essas gestantes, pois ele tem olhar mais humanizado e está sempre preocupado em oferecer atividades educativas, garantindo um olhar holístico [1].

Na consulta de pré-natal, em especial no programa da ESF, o enfermeiro é parte essencial no atendimento e assistência de pré-parto, parto e pós-parto por se tratar de um profissional capacitado para atender às expectativas e necessidades das gestantes neste período de tantas transformações.⁶

Quanto à atuação do enfermeiro, o seguinte questionamento foi levantado: quais evidências apontam para que a consulta de enfermagem durante o pré-natal prepare a gestante para que seja protagonista do seu parto?

Com isso, o estudo busca descrever evidências para consulta de enfermagem durante o pré-natal e o preparo da gestante para o parto.

Método

Trata-se de estudo descritivo, com pesquisa documental e análise de dados secundários a partir das variáveis encontradas no Sistema de Informação a Saúde para Atenção Básica - SISAB e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC/MS.

As variáveis analisadas incluíram: consultas de pré-natal, raça/cor, estado civil, idade, via de parto disponíveis no SISAB nos anos de 2010 até 2020. A seguir o estudo foi dividido em cinco etapas descritas a seguir:

Primeira etapa: Após levantamento das variáveis, foi realizada seleção e revisão dos artigos encontrados em bancos de dados como Biblioteca Virtual da saúde (BVS), Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (LILACS), Bibliográficos Especializada na Área de Enfermagem do Brasil (BDENF), Bireme, e na SciELO- Cientific Eletronic Library Online, livros relacionados, ao tema de 2010 a 2020. Realizou-se a busca por artigos a fim de elaborar a discussão a partir da literatura disponível.

Segunda etapa: Foi utilizado os critérios de inclusão e exclusão de artigos, onde foram utilizadas as publicações que retratavam o tema: Assistência de Enfermagem Durante o Pré-Natal-natal. Foram utilizadas como descritores: Enfermeiro; pré-natal; consulta de enfermagem; e foi realizada a pré-seleção de artigos com texto completo em língua portuguesa. Após a pré-seleção de 30 artigos onde foram utilizados 23 artigos, o quais compreendiam o texto de busca e uma revisão sistemática que abordavam estes descritores.

Terceira etapa: Seguiu-se todos os critérios éticos conforme as normas, artigos que atenderam aos critérios de inclusão pré-estabelecidos.

Posteriormente, em posse dos dados e da bibliografia potencial, realizou-se a análise qualitativa e a leitura analítica da literatura já selecionada. Além disso, foi realizada uma análise criteriosa dos artigos por embasar a discussão. Também foi considerada a importância da preservação da ideia do autor.

Quarta etapa: Após confecção de gráfico com os dados do SISAB, leitura e análise dos artigos, foi elaborado o resultado e a discussão sobre as Evidências da Assistência de Enfermagem Durante o Pré-Natal.

Quinta etapa: O presente estudo foi desenvolvido no período de agosto de 2019 a dezembro de 2020 e seguiu as normas do NIP (Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa) do Centro Universitário Icesp de Brasília e da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

Resultados e Discussão

A atenção básica à saúde é compreendida como a porta de entrada dos serviços de saúde, e o foco de atuação, na área da saúde da mulher, é o acompanhamento ao pré-natal, que se compõe de cuidados, condutas e procedimentos em razão da saúde da gestante e do feto com a finalidade de detectar, curar ou controlar precocemente doenças, evitando complicações durante a gestação e o parto. Propõe, ainda, garantir saúde materna e fetal de qualidade e, assim, consequentemente, reduzir os índices de morbimortalidade fetal e materna.⁷

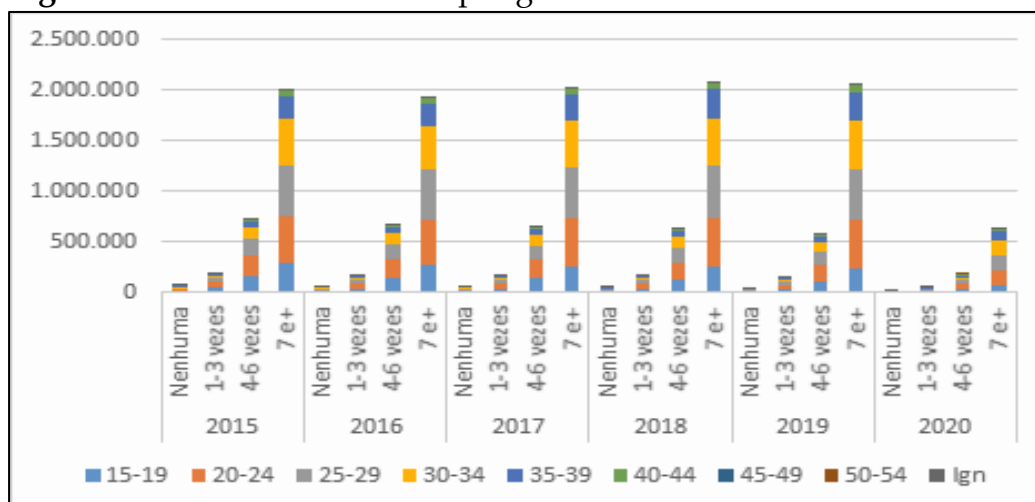
O pré-natal revela-se como um momento adequado para desenvolver ações educativas utilizando, como ferramentas, o diálogo, o vínculo e a escuta das gestantes e de seus acompanhantes, objetivando aproximação entre profissionais e pacientes, fortalecendo o conhecimento e o esclarecimento de dúvidas. Cabe aos profissionais que assistem a esta população a avaliação constante dessa estratégia a fim de controlar a efetividade das orientações dadas, uma vez que a qualidade do serviço prestado é fator importante para um pré-natal bem sucedido.⁸

Segundo o Caderno de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco, os enfermeiros têm como atribuições orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação, estando apto a realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada ou com o médico e, também, solicitar exames complementares. Além das consultas, deve desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos (grupos ou atividades de sala de espera), procurar identificar as gestantes com algum sinal de alarme e/ou identificadas como de alto risco e encaminhá-las para consulta médica. Caso seja classificada como de alto risco e houver dificuldade para agendar a consulta médica (ou demora significativa para este atendimento), a gestante deve ser encaminhada diretamente ao serviço de referência.⁵

No Brasil, embora a assistência ao pré-natal apresente boa cobertura, como mostra a Figura 1, ele necessita ser revista, pois há baixo cumprimento das normas oficiais do programa como descrito no Caderno Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco.⁹

De acordo com a Figura 1, pode-se perceber, pelo número de consultas de pré-natal por gestante, que a maioria realiza mais que o mínimo recomendado. Mas, mesmo com esse quantitativo, o número mortes maternas por causas evitáveis, no Brasil, é alarmante.³ No entanto, Anjos e Boing mostram que quanto maior o número de consultas pré-natal, menores são as taxas de mortalidade neonatal e materna; menores são as prevalências de prematuridade, de baixo peso ao nascer e de hipertensão no período gestacional, e maiores são a cobertura de vacinação antitetânica e a suplementação com sulfato ferroso.¹⁰

Não se pense que apenas a passagem burocrática da gestante pelo serviço promove a qualidade da atenção, devendo-se oferecer condições que permitam a captação precoce das gestantes assim como o acolhimento destas, visando, sobretudo, à adesão ao pré-natal.⁹

Figura 1- Número de consultas por gestante.

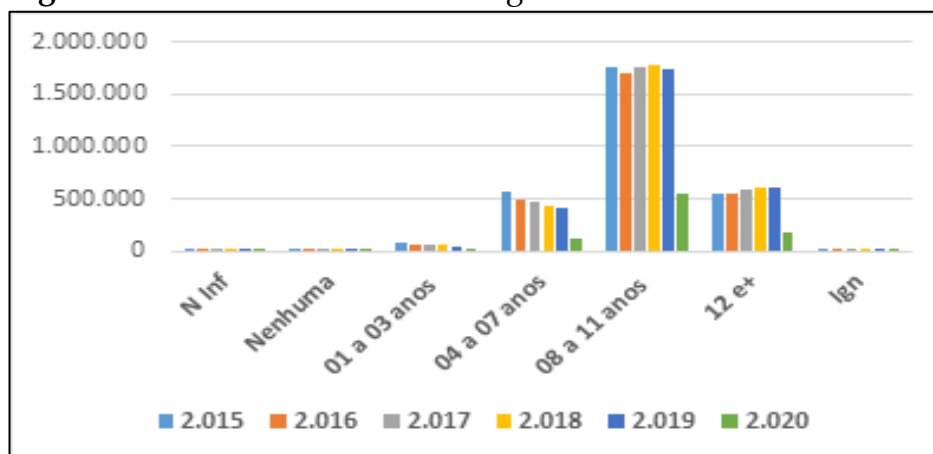
Fonte: SINASC- MS

A figura chama atenção para a idade da gestante, mostrando a ocorrência de gestação em idade avançada (acima de 40 anos) que, no contexto atual, deveria ser visto como natural e passar a ser encarada como uma resultante de transformações sociais e progressos médicos.

No entanto, é necessária maior preocupação durante a avaliação em busca de aspectos que podem estar associados a eventuais complicações no decorrer da gestação.¹¹

A gestação tardia exige atenção obstétrica intensa, pois o pré-natal passa a ser de alto risco. A mulher e seu parceiro/acompanhante devem estar orientados frente aos possíveis perigos. Porém, é possível que ocorra uma gestação saudável sem problemas e dificuldades.¹²

A população brasileira não está enquadrada em um único modelo social, pois há peculiaridades em cada região/localidade em relação ao atendimento de saúde, o que torna difícil generalizar o tipo de atendimento prestado pelas instituições.¹³ Ressalta-se, na Figura 2, o nível de escolaridade das gestantes, mostrando que 60% das gestantes têm entre oito e 11 anos de escolaridade e apenas 18% têm 12 anos ou mais de escolaridade.

Figura 2- Nível de escolaridade da gestante.

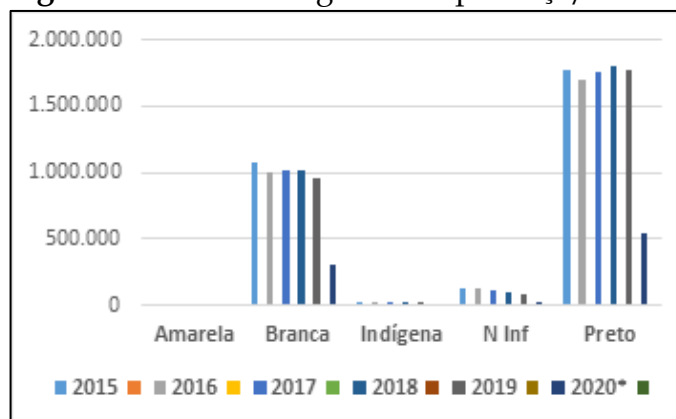
Fonte: SINASC- MS

A escolaridade é fator que influencia o planejamento de uma gestação, e mulheres com baixa escolaridade têm maior probabilidade de ter gravidez precoce e não planejada. Em geral, abandonam a escola e não têm acesso aos conhecimentos sobre sexualidade e planejamento familiar, tornando sua saúde reprodutiva vulnerável.¹⁴

Assim, ampliar o conhecimento sobre a realização de consultas de pré-natal num país marcado por desigualdades socioeconômicas e no acesso aos serviços de saúde - apesar de a assistência à gestante ser oferecida gratuitamente no âmbito de um sistema de saúde público e universal - é essencial para subsidiar políticas e ações de saúde nessa área.¹⁵

No que se refere à raça/cor, 60% das gestantes são pretas, como mostra a Figura 3. A raça/cor tem sido utilizada em estudos para medir diferenças sociais, tratamentos e desfechos em saúde e já foram constatadas diferenças no acesso, atendimento e nos desfechos da condição de saúde devido à raça/cor no Brasil, nos Estados Unidos e no Reino Unido.¹⁶

Figura 3- Número de gestantes por raça/cor



Fonte: SINASC- MS

A enfermeira que atua no pré-natal se destaca pela disponibilidade para o diálogo, escuta e esclarecimentos necessários, o que explicita características positivas, como receber bem, orientar e tirar dúvidas, atitudes que fazem com que as consultas de enfermagem sejam caracterizadas como boas e acolhedoras.¹⁷

O momento do primeiro contato da gestante na consulta pré-natal é marcado por insegurança, medo e felicidade ao mesmo tempo, já que a descoberta de um novo ser foi há pouco tempo, tendo em vista que o pré-natal deve ser iniciado o mais rápido possível. Mas, com o passar do tempo, elas percebem que aquele momento não é somente para ver como o bebê está, é, também, para saber como estão se sentindo, como está a chegada do novo membro da família. Com isso, percebe-se que o que era marcado por medo, agora é algo que traz informação e permite adquirir domínio sobre o próprio corpo e que dá à gestante o poder de decisão sobre a própria gravidez. Faz-se necessário, então, o acolhimento durante a assistência de pré-natal, momento de suma importância na vida da gestante.¹⁸

Além das consultas terem que seguir uma periodicidade, deve-se destacar, também, a importância do acompanhante, o que, para muitos, pode parecer bobagem, mas o acompanhante é essencial não só no momento do parto, mas nas consultas de pré-natal. No pré-natal, pode-se alinhar as vontades do casal, fortalecer esse vínculo, mostrar-lhes a importância do apoio. O acompanhante, assim como a gestante, deve ter acesso às informações durante todo o pré-natal,

pois ele também passa por um momento de descoberta, de aceitação e, principalmente, de adaptação, porque ele será o acompanhante no momento do parto, será a rede de apoio no pós-parto e é quem dará todo suporte da gestação para frente. Não se pode esquecer que o acompanhante não deve ser somente namorado ou marido. Para as mães de carreira solo, o acompanhante pode ser a prima, a irmã, a avó e, mesmo, a tia.¹⁹

Diante do exposto, o enfermeiro é um profissional de suma importância não só pelas atribuições citadas, mas por ver o ser humano (no caso a gestante) como um todo, buscando, sempre, alternativas para que seu atendimento realmente seja de qualidade e com um olhar humanizado, o que faz toda diferença nesse momento em que as gestantes, muitas vezes, estão frágeis e inseguras, passando por uma série de mudanças. Além do enfermeiro ter um olhar técnico, ele deve se preocupar com o modo de vida de cada gestante, para que as queixas, preocupações e angústias sejam tratadas de forma individualizada e personalizada.²⁰

Mas o que poucos sabem é que o acompanhante é amparado pela Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe que “a gestante e a parturiente têm direito a 1 (um) acompanhante de sua preferência durante o período do pré-natal, do trabalho de parto e do pós-parto imediato...” Assim, a presença do acompanhante deve sempre ser estimulada, pois a gestante tem direito e deve ter um acompanhante não somente para cuidar de coisas burocráticas na chegada à maternidade ou para levá-la ao pré-natal e, sim, para que o acompanhante esteja sempre ali para oferecer ajuda, para ofertar palavras e encorajamento, para ajudar no banho, para dar suporte psicológico.²¹

Outro ponto que leva muitas gestantes a ficarem preocupadas e inseguras é a qual hospital elas devem ir para ganhar o bebê. Esse direito é garantido pela Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe: “os profissionais de saúde de referência da gestante garantirão sua vinculação, no último trimestre da gestação, ao estabelecimento em que será realizado o parto, garantido o direito de opção da mulher.” Algumas gestantes esquecem e pensam que podem procurar qualquer hospital da rede pública de saúde na hora do parto, o que as leva a peregrinar pelos hospitais pois, às vezes, os profissionais informam que aquele não é o hospital de referência.²¹

A assistência ao pré-natal tem como objetivo o acolhimento da gestante desde o diagnóstico da gestação, para que, de fato, o pré-natal tenha sua qualidade estabelecida permitindo o diagnóstico e o tratamento de patologia ou qualquer situação especial, bem como vacinação e realização de exames com resultados em tempo oportuno.¹

A atuação dos enfermeiros no pré-natal ainda enfrenta barreiras. No entanto, o impacto positivo de suas ações durante a gravidez, parto e puerpério são evidentes e destacados pelas gestantes. Essa evidência se dá pelos elogios registrados nos serviços e pela busca desses profissionais para sanar dúvidas. E são as ações desenvolvidas pelos enfermeiros durante o pré-natal que possibilitarão o desenvolvimento da gestação com garantia de segurança para mãe e para o conceito, atendendo, assim, às necessidades de todas as gestantes [1].

O acompanhamento contínuo do pré-natal assegura à mãe e ao bebê gestação e parto saudáveis, mostrando a importância de seguir com periodicidade as consultas e a participação nas ações praticadas, que envolvem

promoção e prevenção à saúde do binômio, bem como o preparo para parto e puerpério.²²

De acordo com o descrito por Alves et al. (2013), faz parte das atribuições do enfermeiro, durante o pré-natal, um olhar humanizado no trabalho de parto, buscando a individualidade de cada paciente e tornando esse profissional um diferencial no processo parturitivo.²³

Conclusão

O enfermeiro é o profissional capacitado para conduzir o pré-natal de forma a favorecer a promoção e prevenção da saúde do binômio mãe-filho.

Orientações quanto ao processo gravídico-puerperal são ações desenvolvidas para preparar a gestante e os familiares para cada etapa da gestação e as modificações que essa condição provoca, sejam elas fisiológicas ou emocionais.

Essas ações desenvolvidas pelo enfermeiro resultarão em uma gestação mais saudável preparando a gestante para o momento do parto e assim direcionar para que nesse momento ela seja protagonista, uma que se trata de um momento tão especial.

Agradecimento

Os autores não receberam financiamento para esse estudo.

Referências

1. Rocha AC, Andrade GS. Atenção da equipe de enfermagem durante o pré-natal. Percepção das gestantes atendidas na rede básica de Itapuranga-GO em diferentes contextos sociais. *Journals Bahiana. Revista Enfermagem contemporânea*. Acesso: 28/4/2021. Disponível em <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/1153>
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pré-natal e puerpério atenção qualificada e humanizada. Série A. Normas e Manuais Técnicos Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 5. Brasília – DF, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre-natal_puerperio_atencao_humanizada.pdf
3. Dias GMJ, Oliveira SPA, Cipolotti R, Monteiro MSKB, Pereira OR, Mortalidade Materna 2014.
4. Brasil, Portaria nº 570, de 1º de junho de 2000, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, Brasília-DF.
5. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: Atenção ao pré-natal de baixo risco. Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, nº 32. Brasília, DF, 2012.
6. Bezerra CP. A importância da Consulta de Enfermagem no acompanhamento pré-natal. 2009
7. Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Theme-Filha MM, Gama SGN, et al. Adequacy of prenatal care according to maternal characteristics in Brazil. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2015 [cited 2018 Feb 23]; 37(3):140-7. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25988250/>
8. Pohlmann FC, Kerber NPC, Pelzer MT, Dominguez CC, Minasi JM, Carvalho VF. Prenatal care model in the far South of Brazil. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2018 Feb 23]; 25(1):

- e3680013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/8HrrkWkDG7W6RJP5Sd7gWWS/?lang=en&format=pdf>
9. Gaíva MAM, Palmeira EWM, Mufato LF. Women's perception of prenatal and delivery care in cases of neonatal death. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2017 [cited 2018 Feb 23]; 21(4):e20170018;
 10. Anjos J C dos; Boing, A F. Diferenças regionais e fatores associados ao número de consultas de pré-natal no Brasil: análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos em 2013. *Rev. Bras. Epidemiol.* 19 (04) Oct-Dec 2016
 11. Barbosa CNS, Gonçalves LRR, Silva GRF, Brandao EC, Rego ES, et al. Caracterização dos partos segundo aspectos obstétricos e sociodemográficos das parturientes de Teresina-Piauí, 2011. *RevEnferm UFPI.* 2013; 2(2): 40-7
 12. Gonçalves ZR, Monteiro DLM. Complicações maternas em gestantes com idade avançada. *FEMINA*, Set./Out. 2012, vol 40, nº 5. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2012/v40n5/a3418.pdf>.
 13. Andrade SG, Vasconcelos YA, Carneiro ARS, Severiano ARG, Terceiro AGMD, Silva TB, Carneiro JKR, Oliveira MAS. Perfil sociodemográfico, epidemiológico e obstétrico de parturientes em um hospital e maternidade de Sobral, Ceará. *RevPreInfec e Saúde.* 2018;4:7283;
 14. Silva, A. C. A. et al. Fatores de Risco que Contribuem para a Ocorrência da Gravidez na Adolescência: Revisão Integrativa da Literatura. *Revista Cuidarte.* 2013; 4(1): 531-39.
 15. Melo EC, Oliveira RR, Nonaka RH, Mathias TAF. Fatores relacionados ao parto cesáreo, baixa cobertura de pré-natal e baixo peso ao nascer. *REAS.* 2013; 2(1): 47-59
 16. Araújo EM, Costa MCN, Hogan VK, et al. A utilização da variável raça/cor em saúde pública: Possibilidades e limites. *Interface Commun Heal Educ* [internet]. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. 2009;13(31):383-94; <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000400012>
 17. Gomes AKB, Chaves LL, Silva RA, Guimarães NB. Avaliação do conhecimento de gestantes atendidas em uma estratégia saúde da família de Belém/PA sobre cuidados durante a gravidez. *Pará Research Medical Journal.* Disponível em <https://www.prmjournal.org/article/doi/10.4322/prmj.2020.001>
 18. Rapoport, A., & Piccinini, C. A. Apoio social e experiência da maternidade. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 2006;16(1): 85-96.
 19. Costa GD, Cotta RMM, Reis JR, Batista RS, Gomes AP, Franceschini SCC. Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do programa Saúde da Família. *Ciência & Saúde coletiva.* 2009;14 (Supl 1):1347-57.
 20. Teixeira IR, Amaral RMS, Magalhaes SR. Assistência de enfermagem ao pré-natal: reflexão sobre atuação do enfermeiro para o processo educativo na saúde gestacional da mulher. *Revista Científica de Departamento de Ciências Biológicas, Ambientais e da Saúde – DCBAS.* 2010;3(2):26-31;
 21. Brasil, Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, Presidência da República Casa Civil, Brasília-DF
 22. Freitas F., et al. Rotinas em obstetrícia. 5 ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2007.
 23. Alves CN, Ressel LB, Sanfelice C, Bisognin P, Wilhelm LA, Zanini RR. Perfil de gestantes assistidas no pré-natal de enfermagem de uma unidade básica de saúde. *RevFundCare Online.* 2013 Jul/Set; 5(3):132-141.

Autor de Correspondência

Regina Celia de Oliveira Martins Nunes
 Guará I, QE 11. CEP: 71020-115, Guará. Brasília,
 Distrito Federal, Brasil.
regina.martins@icesp.edu.br

Avaliação do absenteísmo da equipe de enfermagem no contexto hospitalar de um pronto socorro público

Assessment of absenteeism of the nursing staff in the hospital context of a public emergency room

Evaluación del absentismo del personal de enfermería en el contexto hospitalario de una sala de urgencias pública

Nayara Pereira Santana¹, Silvana Schwerz Funghetto², Cris Renata Grou Volpe³, Marina Morato Stival⁴, Luciano Ramos de Lima⁵

Como citar: Santana NP, Funghetto SS, Volpe CRG, Stival MM, Lima LR. Avaliação do absenteísmo da equipe de enfermagem no contexto hospitalar de um pronto socorro público. REVisa. 2021; 10(3): 583-95. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n3.p583a595>

REVISA

1. Universidade Brasília, Faculdade de Ceilândia, Curso de Enfermagem. Ceilândia, Distrito Federal, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-9787-9477>

2. Universidade Brasília, Faculdade de Ceilândia, Curso de Enfermagem. Ceilândia, Distrito Federal, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-9332-9029>

3. Universidade Brasília, Faculdade de Ceilândia, Curso de Enfermagem. Ceilândia, Distrito Federal, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-3901-0914>

4. Universidade Brasília, Faculdade de Ceilândia, Curso de Enfermagem. Ceilândia, Distrito Federal, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6830-4914>

5. Universidade Brasília, Faculdade de Ceilândia, Curso de Enfermagem. Ceilândia, Distrito Federal, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-2709-6335>

Recebido: 24/04/2021
Aprovado: 27/06/2021

RESUMO

Objetivo: Analisar o absenteísmo entre a equipe de enfermagem de uma unidade do Pronto Socorro de um Hospital Público Escola do Distrito Federal. **Método:** Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa, realizado com 29 profissionais de enfermagem lotados na unidade de Pronto Socorro de um Hospital Público Regional do Distrito Federal. Utilizou um instrumento para caracterizar a população do estudo e para identificar os fatores relacionados ao absenteísmo. **Resultado:** Evidenciou que 75,9% eram técnicos de enfermagem e 24,1% enfermeiros, os fatores relacionados ao absenteísmo foram 58% a licença médica e atestados médicos. Os principais fatores internos que colaborou com absenteísmo relacionou a dor ($p \leq 0,039$) foram fatores internos relacionados a instituição, não dispor de materiais para assistência, falta de membros da equipe, sentir constantemente cansado, sobrecarregado, e trabalhar com a equipe reduzida. **Conclusão:** Os fatores identificados a instituição e os relacionados aos funcionários e a dor, devem ser analisados no cenário ocupacional a fim de contribuir para a elaboração do diagnóstico situacional e intervir nos fatores determinantes. Com vistas a contribuir para a melhoria da qualidade de vida da equipe de enfermagem no âmbito laboral quanto pessoal.

Descritores: Absenteísmo; Equipe de Enfermagem; Emergências.

ABSTRACT

Objective: To analyze absenteeism among the nursing staff of an Emergency Room at a Public Teaching Hospital in the Federal District. **Method:** This is a cross-sectional study with a quantitative approach, carried out with 29 nursing professionals working in the Emergency Room of a Regional Hospital Public in the Federal District. An instrument was used to characterize the study population and identify factors related to absenteeism. **Results:** Evidenced that 75.9% were nursing technicians and 24.1% nurses, the factors related to absenteeism 58% sick leave and medical certificates. The main internal factors that contributed to absenteeism related to pain ($p \leq 0.039$) were internal factors related to the institution, not having care materials, lack of team members, constantly feeling tired, overloaded, and working with a reduced team. **Conclusion:** The factors identified by the institution and those related to employees and pain should be analyzed in the occupational scenario in order to contribute to the elaboration of the situational diagnosis and intervene in determining factors. With a view to contributing to the improvement of the quality of life of the nursing team in the labor and personal spheres.

Descriptors: Absenteeism; Nursing Team; Emergencies.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el ausentismo entre el equipo de enfermería de una unidad de Sala de Emergencias de una Escuela Hospitalaria Pública del Distrito Federal. **Método:** Se trata de un estudio transversal de abordaje cuantitativo, realizado con 29 profesionales de enfermería que trabajan en la unidad de Sala de Emergencias de un Hospital Público Regional del Distrito Federal. Utilizó un instrumento para caracterizar la población de estudio e identificar factores relacionados con el ausentismo. **Resultado:** Mostró que 75,9% eran técnicos de enfermería y 24,1% enfermeros, los factores relacionados al ausentismo fueron 58% licencias médicas y pruebas médicas. Los principales factores internos que colaboraron con el ausentismo relacionado con el dolor ($p \leq 0,039$) fueron factores internos relacionados con la institución, falta de materiales para la asistencia, falta de miembros del equipo, sentirse constantemente cansado, abrumado y trabajar con el equipo reducido. **Conclusión:** Los factores identificados por la institución y los relacionados a los empleados y el dolor deben ser analizados en el escenario ocupacional con el fin de contribuir a la elaboración del diagnóstico situacional e intervenir en los factores determinantes. Con el fin de contribuir a la mejora de la calidad de vida del equipo de enfermería en el ámbito laboral y personal.

Descritores: Ausentismo; Equipo de Enfermería; Emergencias.

ORIGINAL

Introdução

Alto índice de absenteísmo ocorre na equipe de enfermagem em unidades de internação de maior complexidade como Pronto Socorro (PS) e Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), principalmente em trabalhadores que possuem vínculo permanente com a instituição.^{1,2}

De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) existem atualmente em 2021 o número de 2.521.737 trabalhadores de enfermagem no Brasil, importante força de trabalho no contexto de cuidado junto com demais profissionais saúde.³ O absenteísmo corresponde os momentos de ausência do servidor ao seu local de trabalho, sendo as ausências classificadas em previstas e não previstas, os atrasos também são considerados.⁴ Segundo COFEN essas ausências podem ser planejadas e não planejadas, considera-se as planejadas, férias, feriados e folgas, já as não planejadas faltas, licenças médicas e acidentes ocupacionais. Diante disso, neste presente trabalho, serão consideradas como absenteísmo as ausências não planejadas.⁵

Neste contexto as atividades de enfermagem em diferentes cenários e contextos relacionam-se diretamente com o quantitativo de recursos humanos e a sua qualidade da assistência estão associados com proporção e provisão da equipe estabelecida na unidade. Tendo em vista que o PS é um serviço que funciona 24 horas, a proporção quantitativa de funcionários torna-se fundamental para o gerenciamento de pessoal.^{6,7} No ambiente da urgência e emergência caracteriza-se por ser um local tenso e agitado, como é o PS que recebe pacientes críticos antes de ser atendidos em ambiente cirúrgico e que podem necessitar de UTI.⁸

As pessoas encaminhadas ao PS em estado crítico necessitam de suporte de vida imediato a fim de restabelecer as funções fisiológicas básicas do organismo: pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e restabelecer o equilíbrio acido-básico do organismo e outros necessitam apenas de observação para manter a hemodinâmica estável.^{1,9,10,11} Os profissionais que atuam neste ambiente devem realizar os procedimentos em tempo hábil e de forma assertiva. Desta forma pode gerar situações estressantes para os profissionais, relacionados a danos emocionais, físicos ao trabalhador e interferir na sua qualidade de vida.^{12,13}

Desta forma algumas pesquisas têm investigado a atuação dos profissionais de enfermagem neste ambiente e sua relação com o absenteísmo, identificando fatores preditores⁷, as causas de absenteísmo no ambiente nacional^{1,12,13}, internacional¹⁰, relações com satisfação com trabalho⁹ e estudos de revisão de literatura.^{2,6} As principais doenças relacionada ao absenteísmo dos profissionais no contexto hospitalar são as patologias do sistema respiratório, geniturinárias, digestório, reprodutor feminino e órgãos dos sentidos.^{1,2,4,6,7} O absenteísmo torna-se um grande problema e desafio para a gestão hospitalar.¹³

Diante da complexidade do tema e dos seus fatores relacionados, conhecer o perfil de uma equipe de enfermagem de uma unidade do PS de um Hospital Público Escola de Referência do Distrito Federal, pode contribuir em identificar os fatores que estão envolvidos neste processo, com vistas a ajudar no planejamento deste problema no ambiente hospitalar. Desta forma este trabalho tem como objetivo analisar o absenteísmo da equipe de enfermagem de uma unidade do Pronto Socorro de um Hospital Público Escola do Distrito Federal.

Método

Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa realizado em um Hospital Público Escola do Distrito Federal- DF no período de abril a junho 2016.

A população deste estudo foi composta pela equipe de enfermagem do PS com 111 profissionais. Segundo critérios estatísticos e cálculo amostral, a amostra calculada foi de 19 profissionais.¹⁴ A amostra final foi de 29 profissionais – 7 enfermeiros e 22 técnicos de enfermagem. Os critérios de inclusão foram: ser integrante da equipe de enfermagem lotado no PS, trabalhar na unidade há pelo menos seis meses, trabalhar no mínimo 20 horas semanais e aceitar participar livremente da pesquisa. Os critérios de exclusão foram as trabalhadoras grávidas, licenças do tipo problemas odontológicos, maternidade, adoção, falecimento de familiares e de acompanhamento de dependentes (mãe, pai e filhos).

O absenteísmo foi considerado nesta pesquisa como os momentos de ausência do servidor ao seu local de trabalho.⁴ A ausências consideradas foram as não planejadas como licenças médicas, faltas não justificadas e acidentes ocupacionais.⁵

Na coleta de dados foram utilizados dois instrumentos, um para identificar o perfil sócio demográfico da população (enfermeiro e técnicos de enfermagem) e o outro para identificar os fatores determinantes para o absenteísmo (cansaço, insatisfação, desmotivação, licenças médicas, atestados, condições relacionadas ao trabalho e por motivos de dor). A dor foi avaliada pela Escala Visual Analógica (EVA) para associar aos fatores relacionados ao absenteísmo. As variáveis contínuas foram descritas em média e desvio padrão ($\pm$ DP) ou média (M), Mínimo (Min.) e Máximo (Máx.).

Os dados foram analisados no software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®) versão 19.0. A distribuição normal das variáveis foi avaliada pelo teste Kolmogorov-Smirnov. Diante disso as médias entre os grupos foram comparadas por meio de teste Anova. Foi considerado nível de significância $p>0,05$.

Esta pesquisa está de acordo com os padrões éticos da resolução CNS 466/2012 foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa de Ciências da Saúde (FEPECS) do Distrito Federal, número do protocolo: 52609216.7.0000.5553.

Resultados

Dos 29 profissionais avaliados 75,9% eram do sexo feminino, com idade média de $38,48 \pm 7,30$ anos (Min.= 24, Máx.=52), 48,3% casadas, 65,6% com renda mensal acima de 6 salários mínimos e 48,9% referiram não terem filhos. Sobre a categoria profissional, 27,9% eram enfermeiros e 75,9% técnicos de enfermagem. A formação com nível de pós graduação foi à escolaridade predominante 44,5% e destaca-se que muitos técnicos de enfermagem já eram enfermeiros, contudo trabalhavam como técnicos de enfermagem (Tabela 01).

Tabela 1- Perfil sócio demográfico de trabalhadores de enfermagem de um hospital público do Distrito Federal, Brasília 2016.

Variáveis	n	%
Categoria profissional		
Enfermeiro	7	24,1
Técnico de enfermagem	22	75,9
Sexo		
Feminino	22	75,9
Masculino	7	24,1
Escolaridade		
nível técnico	7	24,1
ensino superior incompleto	6	20,7
superior completo	6	20,7
pós graduação	8	27,6
Especialista	2	6,9
Estado Civil		
Solteiro	13	44,8
Casado	14	48,3
Viúvo	1	3,4
união estável	1	3,4
Renda Mensal da Família		
2 SM	1	3,4
3 SM	3	10,3
4 SM	2	6,9
5 SM	4	13,8
6 SM ou Mais	19	65,6
Quantidade de filhos		
1 a 2 filhos	11	37,9
3 a 4 filhos	4	13,8
Não se aplica	14	48,3

Sobre o tempo de serviço na unidade, 34,5% trabalham entre 1 a 5 anos e 20,7% entre 11 a 15 anos. Quando questionados acerca da dor, verificou-se que 13,8% tinham tempo de serviço acima de 15 anos e apresentou maior intensidade de dor descrita como intensa $M=8,25\pm0,95$ (Mín.=7,0 Máx.=9,2). Referente à carga horária, 72,4% possuem jornada laboral de 40 horas, enquanto, apenas 10,3% realizam 60 horas, estes apresentam maior intensidade de dor também, intensa $M=8,67\pm0,57$ (Mín.=8,1 Máx.=9,3) (Tabela 2).

Tabela 02. Perfil caracterização do trabalho associado à intensidade de dor (escala numérica Visual (0-10 pontos), de trabalhadores de enfermagem de um hospital público do Distrito Federal, Brasília 2016.

Tempo de Serviço no Pronto Socorro	N	%	M	Dp	Mini mo	Máximo
menor que 1 ano	4	13,8	6,00	4,08	0	9
1 a 5 anos	10	34,5	5,30	2,79	0	8
6 a 10 anos	5	17,2	7,20	1,78	4	8
11 a 15 anos	6	20,7	7,33	3,72	0	10
Acima de 15 anos	4	13,8	8,25	0,95	7	9

Carga Horária semanal						
20 horas	4	13,8	6,75	1,89	4	8
24 horas	1	3,4	0	0,00	0	0
40 horas	21	72,4	6,52	2,92	0	10
60 horas	3	10,3	8,67	0,57	8	9
Outro vínculo Empregatício						
Sim	8	27,6	8,00	0,92	7	9
Não	21	72,4	6,00	3,24	0	10

A maioria dos profissionais relatam não ter outra ocupação (72,4%). Comparando este grupo, nota-se maior tendência a dor aos que possuem outro emprego (27,6%) com média de dor $8,0 \pm 0,92$ (Mín.=7,2 Máx.=9,4). Em relação aos motivos acerca do absenteísmo, a prevalência foi de 58,6% para as ausências por licenças médicas, 58,6% atestados de saúde e 27,6% devido à dor (Tabela 3).

Tabela 03. Relação dos fatores relacionados ao absenteísmo e intensidade de dor (escala numérica Visual (0-10 pontos) em trabalhadores de enfermagem de um hospital público do Distrito Federal, Brasília 2016.

Motivos associados à falta	n	%	M	DP*	Mínimo	Máximo
Motivo Pessoal						
sim	8	27,6	8,25	1,83	4	10
não	21	72,4	5,90	3,03	0	9
Cansaço extremo						
sim	3	10,3	9,33	0,57	9	10
não	26	89,7	6,23	2,91	0	9
Insatisfação						
sim	2	6,9	9,50	0,70	9	10
não	27	93,1	6,33	2,90	0	9
Desmotivação						
sim	1	3,4	10	0,00	10	10
não	28	96,6	6,43	2,89	0	9
Licença Médica						
sim	17	58,6	6,88	2,97	0	10
não	12	41,4	6,08	2,90	0	9
Atestado						
sim	17	58,6	6,94	2,24	1	10
não	12	41,4	6,00	3,71	0	9
Motivo de Dor						
sim	8	27,6	8,63	0,91	7	10
não	20	69,0	5,70	3,11	0	9

*Desvio-Padrão

Ao mensurar esses fatores relacionando-os com a escala de dor, verifica-se que todos os motivos foram relacionados a apresentar maior intensidade entre os que faltaram comparados aos não faltantes. Afastamentos devido à dor obtiveram maior intensidade, com uma média de dor descrita como intensa

M=8,63±0,91 (Mín.=7,3 Máx.=10,0), seguida dos atestados de saúde como moderada M=6,94±2,24 (Mín.=0,0 Máx.=10,0) e por fim as licenças moderadas M=6,88±2,97, Mín.=0,0 Máx.=10,0) também. Em relação às ausências por motivo pessoal, 27,6% referiram dor intensa M=8,25±1,83 (Mín.=4,2 Máx.=10,0) e observa-se maior tendência a dor aos que já se ausentaram ao trabalho (Tabela 3).

Já as ausências por cansaço extremo representam 10,3% do absenteísmo na unidade. Ao analisá-lo, nota-se um aumento da intensidade de dor descrita como intensa M=9,33±0,57 (Mín.=9,1 e Máx.=10,0), quando confrontando aos não ausentes pelo referente motivo. Quando questionados acerca da motivação e satisfação com a instituição, apenas 6,9% demonstram desmotivação e 3,4% insatisfeito (Tabela 3). As ausências por problemas internos na instituição, apenas 20,7%, já se afastaram do trabalho por esse motivo ($p<0,000$). Quando questionados se dispunham de material para realizarem seu trabalho, 58,6% afirmam que não ($p<0,039$) e 10,3% mencionam que a falta de algum membro da equipe de enfermagem dificulta o serviço ($p<0,025$) (Tabela 3).

Em relação ao cansaço, 51,7% dos trabalhadores afirmam que estão constantemente cansados ($p<0,001$) e sobrecarregados ($p<0,014$) e 48,3%, adquiriram algum problema de saúde após começar a trabalhar no Pronto Socorro. Ao analisá-los com a escala de dor, verifica-se que todos apresentaram maior intensidade. Os constantemente cansados 51,7% apresentaram maior predisposição à dor (M=6,53±2,92, Mín.=0,0 Máx.=10,0), seguida dos sobrecarregados (M=6,80±2,36, Mín.=0,0 Máx.=10,0), e por fim a média daqueles relataram ter contraído alguma doença (M=6,86±2,95, Mín.=0,0 Máx.=10,0) (Tabela 4).

Tabela 4. Características dos fatores internos da instituição que colaboram ao absenteísmo relacionado à dor de trabalhadores de enfermagem de um hospital público do Distrito Federal, Brasília 2016.

Variáveis	N	%	M	DP	Mín.	Máx.	p
Fatores internos na instituição já fizeram que eu faltasse o trabalho							<0,000
Sim	6	20,7	7,5	2,25	4	10	
Não	22	75,9	6,32	3,13	0	9	
Imparcial	1	3,4	6	0	6	6	
Disponho de materiais para realizar meu trabalho							0,039
Sim	3	10,3	8	1	7	9	
Não	17	58,6	6,41	2,74	0	9	
Imparcial	9	31	6,33	3,7	0	10	
A falta de algum membro da equipe dificulta meu trabalho							0,025
Sim	3	10,3	5	4,35	0	9	
Não	17	58,6	6,29	2,68	0	10	
Imparcial	9	31	7,56	2,92	0	9	
Sinto-me constantemente cansado							0,001
Sim	15	51,7	6,53	2,92	0	10	

Não	4	13,8	2,75	3,4	0	7
Imparcial	10	34,5	8,1	0,56	7	9
Sinto-me sobrecarregado						0,014
Sim	15	51,7	6,8	2,36	0	10
Não	4	13,8	3,25	3,59	0	8
Imparcial	10	34,5	7,5	2,75	0	9
Constantemente tenho que trabalhar com a equipe reduzida						0,002
Sim	25	86,2	7	2,46	0	10
Não	3	10,3	2,33	4,04	0	7
Imparcial	1	3,4	8	0	8	8
Constantemente faço hora extra						0,083
Sim	5	17,2	5,6	3,2	0	8
Não	20	69	6,75	3,05	0	10
Imparcial	4	13,8	6,75	2,21	4	9
Desenvolvi algum problema de saúde após começar a trabalhar no pronto socorro						0,102
Sim	14	48,3	6,86	2,95	0	9
Não	11	37,9	5,5	3,17	0	9
Imparcial	4	13,8	8,2	0,50	8	9

Os profissionais foram questionados acerca de hora extras e somente 17,5% declaram realizá-la. Outra questão levantada foi sobre o dimensionamento da equipe, 86,2% afirmaram trabalharem constantemente com a equipe reduzida ($p<0,002$), estes apresentaram maior intensidade de dor ($M=7,00\pm2,46$, Mín.=0,0 Máx.=10,0) (Tabela 4).

Discussão

O presente estudo evidenciou a prevalência de mulheres com formação técnica de enfermagem, casadas com idade produtiva para o trabalho. A população feminina está presente na maioria dos estudos que envolvem a equipe de enfermagem no PS.^{1,6,9,12,15} Verificam-se resultados semelhantes em outro estudo realizado em um ambiente de emergência como na UTI de um hospital escola da cidade de São Paulo dos quais 85,5% eram mulheres do total de 126 profissionais avaliados.¹⁶ Estes dados confirmam que a enfermagem continua sendo uma profissão predominantemente feminina devido aspectos culturais envolvidos na criação da enfermagem enquanto ciência.^{5,17}

O absenteísmo com predomínio do sexo feminino está relacionado com a inserção da mulher no mercado de trabalho, em especial na enfermagem. Além de realizarem as tarefas domésticas, incluindo o cuidado com filhos, ainda mantém a jornada laboral. O desempenho dessas atividades em conjunto pode favorecer adoecimento, relacionado à sobrecarga dupla no lar e ainda a física e mental do serviço, o que pode consequentemente contribuir para ausências destes servidores.¹⁸ Em estudo, realizado em Goiânia com 602 profissionais da

equipe de enfermagem do hospital universitário dos setores de atenção de baixa, de média e de alta complexidade, evidenciou a predominância de 92,9% dos casos de absenteísmo para o sexo feminino.¹⁹

A idade média dos entrevistados nesse estudo foi de 38 anos, compreendendo profissionais de 24 a 52 anos de idade, resultado semelhante ao estudo com 189 funcionários do hospital público de Montes Claros, a prevalência média da faixa etária do absenteísmo foi de 25 a 45 anos.²⁰ Outros estudos identificaram idade média superior.^{1,7}

Em relação à categoria profissional encontram-se resultados semelhantes em outro estudo a maioria dos indivíduos da amostra possuía a formação técnica.²¹ Em outro estudo realizado 636 profissionais de enfermagem no Hospital de Federal do Triângulo Mineiro também foram prevalentes os técnicos de enfermagem com 50,54%, auxiliares de enfermagem com 30,47%, e enfermeiros com 13,02%.²² Quanto ao estado civil, o presente estudo demonstrou maioria casados, resultado semelhante a outro estudo com técnicos e auxiliares de enfermagem, como um perfil da equipe de enfermagem estudada.²³

A função do profissional e as condições de trabalho estão relacionadas com o absenteísmo na enfermagem. O enfermeiro em sua prática profissional desempenha o papel de liderança, atuando na parte gerencial, enquanto os técnicos exercem o trabalho que requer procedimentos técnicos com força física como mudança de decúbito, transferência de leito/cadeira, resultando em aumentos de morbidades osteomusculares e afastamentos. Achado encontrado no estudo do Triângulo Mineiro com prevalência do absenteísmo na maior parte para os técnicos, comparado aos enfermeiros.²³

O trabalho da equipe de enfermagem no PS pode também ter esforço físico, jornadas de trabalho de em média 40 horas, multitarefas, posição anatômicas incorretas e estresse. Estas características podem implicar o desgaste físico e emocional do profissional, aumentando sua propensão a dor e afastamentos.^{5,22}

O profissional de enfermagem vivencia diariamente momentos de dor e sofrimento, além de, muitas vezes tem que lidar com a morte, no PS, um local com grande demanda e rotatividade de pacientes. Esses fatores correlacionados podem desencadear relação entre estresse e desgaste físico.^{7,13}

No presente estudo, entre as ausências não previstas, destacam-se as licenças médicas e atestados de saúde, que podem estar relacionadas à sobrecarga da equipe, seguida dos afastamentos por motivo pessoais e dor. A causa do absenteísmo é multifatorial são causados por fatores relacionados com a instituição a problemas individuais, sociais e familiares, isolados ou em conjunto.²⁴

No presente estudo as licenças médicas foram às principais causas dos afastamentos, resultados semelhantes sem outro estudo de realizado com 127 enfermeiros, 381 técnicos de enfermagem e 94 auxiliares de enfermagem no hospital universitário de Goiânia evidenciaram que os setores que mais apresentaram atestados médicos foram 11,2% na Clínica Médica com e 9,1% no PS, setores que requerem grande esforço físico por parte do trabalhador.²⁵

Outro estudo realizado com servidores municipais também em Goiás no período de 2005 a 2010, acerca do motivo das licenças para tratamento de saúde, aponta que dos 28.230 servidores, foram registradas 40.578 licenças médicas para

tratamento de saúde, sendo que 52,0% dos licenciados eram mulheres e 55,9% com idade superior a 40 anos.²⁶

A enfermagem é considerada uma das profissões com mais risco a desenvolverem dor lombar associada ao trabalho. A equipe de enfermagem está inserida em um contexto laboral que requer longos períodos de manipulação de pacientes debilitados e imobilizados no leito, ficando expostos frequentemente a posturas incorretas.²⁷

O presente estudo evidenciou que, a terceira maior causa de afastamento foram os motivos devido à dor e quando questionados acerca do desenvolvimento de algum problema de saúde após começarem o trabalho no PS a maioria afirma que sim. Estudos apontam as doenças relacionadas com o sistema osteomuscular dos profissionais de enfermagem como a causa do absentismo, relacionada às longas jornadas de trabalho e a contínua exposição do organismo a fatores de risco, ambiente de trabalho inadequado.^{1,6,9,28}

A regularidade da dor pode relacionar à insalubridade do ambiente hospitalar. Outro fator relevante acerca das ausências é em relação ao número insuficiente de profissionais de enfermagem. O quantitativo reduzido influencia diretamente na qualidade da assistência prestada ao paciente, pois a ausência de algum servidor pode resultar em sobrecarga de trabalho para a equipe e, por conseguinte os presentes podem não conseguir proporcionar o desenvolvimento da assistência de enfermagem de acordo com os padrões estabelecidos pela gestão de pessoas, o que, pode levar déficits e dificuldades na assistência assumida no trabalho.²⁷ Embora apenas a décima parte no presente estudo afirmam que a falta de algum membro da equipe dificulta o trabalho.

Chama-se a atenção para o serviço assumido em excesso agora, pois dependendo da idade do trabalhador não remeterá problemas atuais, mas no futuro pode contribuir para o esforço agora que desencadeará patologias osteomusculares.^{2,21}

A duração do afastamento relaciona-se com o tempo de serviço na unidade, profissionais que exercem assistência da enfermagem de forma contínua, anos após anos, apresentam maior desgaste físico e mental, gerando ausências por adoecimento.²⁹

No presente estudo, quando questionados sobre o quantitativo adequado de matérias e equipamentos para realizarem suas atividades diárias, a maioria afirma que sempre falta algum insumo básico, situação que dificulta o trabalho da equipe, gerando desgaste emocional e estresse. Nesse sentido, foi avaliado em um serviço público de saúde em Porto Alegre o trabalho dos profissionais de enfermagem na unidade de emergência. Identificando que as instituições públicas geralmente não oferecem subsídios para os profissionais realizarem procedimentos que julgam necessário para restabelecer as funções do paciente, propiciando um ambiente angustiante, elevando assim o nível de estresse por parte da equipe.¹⁰ Equipamentos quebrados e a falta de recursos materiais é um problema vivenciado diariamente pelos profissionais da UTI, unidade semelhante ao PS. As condições não favoráveis do serviço pode dificultar o trabalho, pode ocorrer adaptações para realizar as atividades. A equipe de enfermagem tenta desenvolver sua assistência a saúde diante dessas condições, na qual poderia ser dedicada à assistência ao paciente, assim resulta em déficit no cuidar e consequentemente cansaço e esgotamento profissionais.^{16,22,28,31}

Outro fator considerado relevante para a avaliação do absenteísmo é a motivação, na qual, pode favorecer ou prejudicar os aspectos do bem estar pessoal relacionado com o trabalho.³² No presente estudo a maioria os profissionais apresentaram-se motivados e satisfeitos com a organização, situação contraditória já que muitos trabalhadores afirmam que se sentem cansados, sobrecarregados e que frequentemente não possuem material básico para realizarem o trabalho. Outro estudo também achou resultados similares desenvolvidos em três emergências de alta complexidade de Recife com médicos e enfermeiros, a motivação foi evidenciada como fator determinante para um bom desempenho profissional. Para os enfermeiros as condições inapropriadas do local de trabalho é o principal elemento para a desmotivação, pois acarreta na diminuição na qualidade do atendimento na assistência aos paciente.³³

A pesquisa demonstrou que a população estudada está coerente com outros estudos sobre absenteísmo na enfermagem.^{6,9,12,15,21,22} O estudo demonstrou que entre as ausências não previstas destacaram-se as licenças médicas, atestados de saúde, problemas pessoais e dor como fatores relacionados ao absenteísmo. Esperava-se que, outras variáveis como motivação, satisfação fossem interferir nos afastamentos dos trabalhadores, mas não foi evidenciada relação com esta amostra, diferente de outros estudos.^{34,35,36,37,38}

Enfatiza-se que este estudo teve algumas limitações, uma a exemplo foi o desenho transversal, o qual não permite o estabelecimento de relações de causa e efeito. Desta forma sugere-se a replicação deste estudo em outras populações similares e com numero de participantes maiores.

Conclusão

O absenteísmo foi relacionado licenças médicas, atestados de saúde, referidos por períodos álgicos e a problemas pessoais. Além disso, os profissionais faltosos apresentaram mais intensidade de dor. Verificou-se que por meio outras pesquisas que o problema do absenteísmo está relacionando com a motivação e satisfação no trabalho.

Estes achados podem colaborar com a gestão de enfermagem a compreender os motivos que desencadeiam as faltas a fim de proporcionar uma melhora na qualidade de vida no trabalho. A chefia de enfermagem poderá reconhecer os fatores determinantes para o absenteísmo e analisá-los para poder intervir de forma positiva, elaborando estratégias que visem à redução dessas ausências.

O resultado final deste trabalho poderá ainda cooperar com programas que visa à promoção da saúde e prevenção de agravos no ambiente de trabalho relacionada ao absenteísmo na equipe de enfermagem.

Agradecimento

Esta pesquisa não teve financiamentos.

Referências

1. Mantovani, VM Nazareth JK, Maciel DNP, Biasibetti C, Lucena ADF, Echer IC. Absenteísmo por enfermidade em profissionais de enfermagem. *Revista Mineira de Enfermagem*. 2015;19(3): 641-952. <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1029>
2. Azevedo JNL, Silva RF, Macêdo TTS. Principais causas de absenteísmo na equipe de enfermagem: revisão bibliográfica. *Rev Enferm Contemp*. 2019;8(1):80-86. <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v8i1.1611>
3. Conselho Federal de Enfermagem-COFEN. *Enfermagem em Números*. 2021. <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>
4. Sancinetti TR, Soares AVS, Lima AFC, Santos NC, Melleiro MM, Fugulin FMT, Gaidzinski RR. Taxa de absenteísmo da equipe de enfermagem como indicador de gestão de pessoas. *Rev. esc. Enferm. USP*. 2011;45(4): 1007-1012. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000400031>
5. Resolução nº 543/2017. Parâmetros mínimos para dimensionar o quantitativo de profissionais das diferentes categorias de enfermagem para os serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. Conselho Federal de Enfermagem: COFEN. 2017. http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html
6. Freitas GFD, Alcântara BD, Siqueira CADS, Lima KYND, Lima RRTD, Castro JLD, Souza, DLBD. Absenteísmo entre trabalhadores do sistema único de saúde: uma revisão sistemática. 2021; 7(1):103-123. <https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/31852/1/Absente%C3%ADs%20trabalhadoresSUS.pdf>
7. Kunrath GM, Santarem MD, Oliveira JLC, Machado MLP, Camargo, MP, Rosa NG, Almeida VM, Vieira LB. Preditores associados ao absenteísmo-doença entre profissionais de enfermagem de um serviço hospitalar de emergência. *Rev Gaúcha Enferm*. 2021;(42):e20190433. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20190433>
8. Formentoni A, Mininell VA, Laus AM. Absenteísmo por doença na equipe de enfermagem de uma operadora de plano de saúde. *Rev enferm. UERJ*. 2014; 22(1): 42-49. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/11416/8976>
9. Viana ACB, Martins IC. Satisfação profissional, qualidade de vida e absenteísmo em um hospital público: uma revisão. *Rev. Adm. Saúde (On-line)*. 2021;21(82): e273. <http://dx.doi.org/10.23973/ras.82.273>
10. Pai DD, Lauter TL. Work under urgency and emergency and its relation with the health of nursing professionals. *Rev. Latino-Am. Enferm*. 2008;16(3):439-444. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000300017>
11. Alpi TER, Olivera PP, Costenaro RGS, Rangel RF, Ilha S. Riscos ergonômicos no cotidiano dos profissionais de enfermagem dos hospitais brasileiros. *Research, Society and Development*. 2021;10(7): e27410716257-e27410716257. <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/16257>
12. Teixeira GS, Silveira RCP, Mininel VA, Moraes JT, Ribeiro IKS. Qualidade de vida no trabalho e perfil demográfico-laboral da enfermagem em unidade de pronto atendimento. *Enferm Glob*. 2019;18(3): 525-539. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.3.340861>
13. Campos EC, Juliani CMCM, Palhares VC. O absenteísmo da equipe de

- enfermagem em unidade de pronto socorro de um hospital universitário. Rev. Eletr. Enferm. 2009; 11 (2): 295-302. <https://doi.org/10.5216/ree.v11.46962>
- 14.Barbetta PA. Estatística aplicada. UFSC. 2007. Florianópolis. Série didática;60p.
- 15.Ticharwa M, Cope V, Murray M. Nurse absenteeism: An analysis of trends and perceptions of nurse unit managers. J Nurs Manag. 2019;27(1):109-16. <https://doi.org/10.1111/jonm.12654>
- 16.Paschoa S, Zanei SSV, Whitaker IY. Qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem de unidade de terapia intensiva. Acta Paul Enferm. 2007;20(3): 305-410. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000300010>
- 17.Elias MA, Navarro VL. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2006;14(4): 517-525. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000400008>
- 18.Levorato CD, Mello KM, Silva AS, Nunes AA. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. Ciênc. saúde coletiva. 2014;19(4):1263-1274. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.01242013>
- 19.Marques DO, Pereira MS, Souza ACS, Vila VSC, Almeida CCOF, Oliveira EC. O absenteísmo - doença da equipe de enfermagem de um hospital universitário. Rev Bras Enferm. 2015;68(5):594-600. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680516i>
- 20.Costa FM, Viera MAS, Sena RR. Absenteísmo relacionado à doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. Rev. bras. enferm. 2009;62(1): 38-44. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000100006>
- 21.Pozzer, D. Absenteísmo doença dos trabalhadores da saúde do serviço público municipal de Chapecó-SC no período 2015-2018. Monografia especialização (Latto Sensus) Programa de Pós-Graduação em Saúde da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Especialista em Saúde Coletiva. 2021.17p. <https://rd.uffs.edu.br/bitstream/prefix/4261/1/POZZER.pdf>
- 22.Ferro D, Zacharias FCM, Fabriz LA, Schonholzer TE, Valente SH, Barbosa SM, et al. Absenteeism in the nursing team in emergency services: implications in care. Acta Paul Enferm. 2018;31(4):399-408. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800056>
- 23.Rios KA, Barbosa DA, Belasco AGS. Avaliação de qualidade de vida e depressão de técnicos e auxiliares de enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2012;18(3): 123-130. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000300017>
- 24.Cucoloi DF, Perroca MG. Ausências na equipe de enfermagem em unidades de clínica médico-cirúrgica de um hospital filantrópico. Acta paul. enferm. 2008;21(3):454-459. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002008000300012>
- 25.Silva DMPP, Marziale MHP. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. Rev.l atino-am. enfermagem. 2000;8(5): 44-51. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692000000500007>
- 26.Leão ALM, Branco AB, Neto ER, Ribeiro CAN, Turchi MD. Absenteísmo-doença no serviço público municipal de Goiânia. Rev bras epidemiol. 2015;18(1):262-277. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500010020>

27. Alves D, Godoy SCB, Santana DM. Motivos de licenças médicas em um hospital de urgência-emergência. *Rev Bras Enferm.* 2006;59(2):195-200. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000200014>
28. Miranda AN, Magalhães CA, Moretão DIC, Stival MM, Lima LR. Dor crônica em trabalhadores de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. *Journal of Nursing and Health.* 2012;(02):50-62. <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3454/2839>
29. Feldhaus C, Souza RF, Fernandes LM, Carvalho ARS, Bordin V, Oliveira JLC. Associação entre carga de trabalho e absenteísmo de profissionais de enfermagem de nível médio. *Texto Contexto Enferm.* 2019;(28): e20180307. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0307>
30. Guimarães ALO, Felli VEA. Notificação de problemas de saúde em trabalhadores de enfermagem de hospitais universitário. *Revista Brasileira de Enfermagem.* 2016;(69):507-514. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690313i>
31. Rodrigues, TDF. Fatores estressores para a equipe de enfermagem da unidade de terapia intensiva. *REME rev. min. enferm.* 2012;16(3):454-462. <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/549>
32. Brey C, Miranda FMDS, Haefner R, Castro IRDS, Sarquis LMM, Felli VE. O absenteísmo entre os trabalhadores de saúde de um hospital público do sul do Brasil. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro,* 2017;(7):e1135. <https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.1135>
33. Mendes ACG, Araújo Júnior JLAC, Furtado BMASM, Duarte PO, Silva ALA, Miranda GMD. Condições e motivações para o trabalho de enfermeiros e médicos em serviços de emergência de alta complexidade. *Rev. bras. enferm.* 2013;66(2): 161-166. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000200002>
34. Konder MT, O'Dwyer G. As unidades de pronto-atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências. *Physis.* 2015;25(2):525-45. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000200011>
35. Rosado IVM, Russo GHA, Maia EMC. Produzir saúde suscita adoecimento? As contradições do trabalho em hospitais públicos de urgência e emergência. *Cienc e Saude Coletiva.* 2015;20(10):3021-32. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.13202014>
36. Felli VEA, Costa TF, Baptista PCP, Guimarães ALO, Anginoni BM. Exposição dos trabalhadores de enfermagem às cargas de trabalho e suas consequências. *Rev Esc Enferm USP.* 2015;49(Esp2): 98-105. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000800014>
37. Rocha RM, Menezes KV, Stival, Lima LR. Avaliação da dor crônica nos trabalhadores de enfermagem. *Journal of Nursing and Health,* 2012;2(2):364-76. <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3467>
38. Carneiro VSM, Adjuto RNP. Fatores relacionados ao absenteísmo na equipe de enfermagem: uma revisão integrativa. *Rev Adm Saúde.* 2017;17(69). <https://doi.org/10.23973/ras.69.67>

Autor de Correspondência

Nayara Pereira Santana
QNF 04 casa 29, Taguatinga-Norte, Brasília-
DF. 72125-540-, Brasil.
ps.nayara@hotmail.com

Câncer de próstata em homens atendidos em uma unidade de alta complexidade em saúde: perfil epidemiológico

Prostate cancer in men treated at a high-complexity healthcare unit: epidemiological profile

Cáncer de próstata en hombres atendidos en una unidad de salud de alta complejidad: perfil epidemiológico

Tânia Carneiro de Oliveira¹, Elaine Soares de Almeida², Naiara Costa Lima³, Marcus Vinicius Cardoso Matos Silva⁴, Anderson Reis de Sousa⁵, Rodolfo Macedo Cruz Pimenta⁶, Misael Silva Ferreira Costa⁷, Daniella Carvalho Gomes de Cerqueira⁸, Maria Carolina Oliveira Reis⁹

Como citar: Oliveira TC, Almeida ES, Lima NC, Silva MVCM, Sousa AR, Pimenta RMC, et al. Câncer de próstata em homens atendidos em uma unidade de alta complexidade em saúde: perfil epidemiológico. REVISA. 2021; 10(3): 596-606. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n3.p596a606>

REVISA

1. Faculdade Nobre de Feira de Santana.
Feira de Santana, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-1776-8422>

2. Faculdade Nobre de Feira de Santana.
Feira de Santana, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-9944-5039>

3. Faculdade Nobre de Feira de Santana.
Feira de Santana, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-6230-4822>

4. Faculdade Nobre de Feira de Santana.
Feira de Santana, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-9391-4538>

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

6. Faculdade Nobre de Feira de Santana.
Feira de Santana, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-4699-0180>

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

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

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

Recebido: 14/04/2021
Aprovado: 17/06/2021

RESUMO

Objetivo: caracterizar o perfil epidemiológico do câncer de próstata em homens atendidos em uma unidade de alta complexidade em saúde na Bahia, Brasil. **Método:** Estudo descritivo, transversal, quantitativo, realizado em uma unidade de alta complexidade de referência em um município da Bahia, Brasil. Realizou-se busca exploratória de dados primários coletados em prontuários de pacientes com câncer que estavam iniciando e/ou em tratamento, entre janeiro de 2013 a dezembro de 2015. A amostra foi composta de 662 registros, os quais foram submetidos à análise estatística. **Resultados:** Mais de 60% dos pacientes residiam na área urbana, cerca de 90% são atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O câncer de próstata obteve maior prevalência em homens com idade acima de 60 anos, principalmente na faixa etária 70-79 anos. A análise histológica da biópsia indicou que a maioria dos pacientes já se encontravam na escala G2, classificado como médio risco, havendo a possibilidade de avançar para o escore G3 - alto risco. **Conclusão:** O perfil epidemiológico indicou prevalência elevada para o câncer de próstata, com recorte etário avançado, perfil histológico relevante para a vigilância dos pacientes e expressiva cobertura de atenção à saúde na esfera pública. **Descritores:** Neoplasias do Homem; Câncer de Próstata; Saúde do Homem; Fatores de Risco.

ABSTRACT

Objective: to characterize the epidemiological profile of prostate cancer in men treated at a high-complexity healthcare unit in Bahia, Brazil. **Method:** Descriptive, cross-sectional, quantitative study, carried out in a high-complexity reference unit in a municipality in Bahia, Brazil. An exploratory search of primary data collected from medical records of cancer patients who were starting and/or undergoing treatment was carried out between January 2013 and December 2015. The sample consisted of 662 records, which were submitted to statistical analysis. **Results:** More than 60% of patients lived in urban areas, about 90% are assisted by the Unified Health System (SUS). Prostate cancer was more prevalent in men over 60 years of age, especially in the 70-79 age group. The histological analysis of the biopsy indicated that most patients were already in the G2 scale, classified as medium risk, with the possibility of advancing to the G3 score - high risk. **Conclusion:** The epidemiological profile indicated a high prevalence of prostate cancer, with an advanced age range, relevant histological profile for patient surveillance and significant coverage of health care in the public sphere.

Descriptors: Human Neoplasms; Prostate cancer; Men's Health; Risk factors

RESUMEN

Objetivo: caracterizar el perfil epidemiológico del cáncer de próstata en hombres atendidos en una unidad de salud de alta complejidad en Bahía, Brasil. **Método:** estudio descriptivo, transversal, cuantitativo, realizado en una unidad de referencia de alta complejidad en un municipio de Bahía, Brasil. Entre enero de 2013 y diciembre de 2015 se realizó una búsqueda exploratoria de datos primarios recolectados de historias clínicas de pacientes oncológicos que estaban iniciando y / o en tratamiento. La muestra estuvo conformada por 662 registros, que fueron sometidos a análisis estadístico. **Resultados:** Más del 60% de los pacientes vivían en áreas urbanas, alrededor del 90% son atendidos por el Sistema Único de Salud (SUS). El cáncer de próstata fue más prevalente en hombres mayores de 60 años, especialmente en el grupo de edad de 70 a 79 años. El análisis histológico de la biopsia indicó que la mayoría de los pacientes ya se encontraban en la escala G2, clasificada como riesgo medio, con posibilidad de avanzar a la puntuación G3 - riesgo alto. **Conclusión:** El perfil epidemiológico indicó una alta prevalencia de cáncer de próstata, con rango de edad avanzado, perfil histológico relevante para la vigilancia del paciente y cobertura significativa de atención de salud en la esfera pública.

Descritores: Neoplasias humanas; Cáncer de próstata; Salud de los hombres; Factores de riesgo.

ORIGINAL

Introdução

Uma estratégia foi desenvolvida para conseguir chegar à população masculina, conhecida como a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH), o qual visa melhorar a saúde e desenvolver cuidados que prezem a integralidade do homem.¹

A mortalidade masculina tem crescido no Brasil, segundo o Ministério da Saúde (2009)¹ a cada três óbitos de pessoas adultas, duas são de homens. Eles vivem em média sete anos a menos que as mulheres. Uma das causas da mortalidade masculina é o câncer de próstata, o qual é a quarta causa de morte por neoplasias no Brasil, correspondendo a 6% dos óbitos desse grupo. Tanto a incidência quanto a mortalidade fica elevada com o aumento da idade, principalmente após os 50 anos. Por isso, faz-se necessário a realização de exames específicos visando à prevenção da doença, para assim tornar possível a chance de cura.²

A PNAISH foi criada a fim de alcançar uma população que somente procura as Unidades de Saúde quando está no limiar da doença, e com isso, demandando atendimento especializado e de alto custo.¹ Neste sentido, pode-se refletir também acerca da postura profilática da grande maioria população masculina que é resistente às ações preventivas de saúde e que não procura as unidades básicas de saúde por inúmeras razões, inclusive algumas de ordem cultural.³⁻⁴

Um dos principais problemas relacionados à saúde do homem diz respeito à prevenção do câncer de próstata. À medida que o homem envelhece, a incidência dessa doença vai aumentando. Por tudo isso, há uma insistência na importância dos exames preventivos e da detecção precoce do câncer de próstata, como forma de possibilitar maiores chances de cura.⁵⁻⁶

Uma das principais barreiras para se chegar ao diagnóstico precoce de próstata diz respeito aos preconceitos dos homens em se submeter ao exame do toque retal e ao medo de descobrir que algo vai mal.⁷⁻⁸ Outra grande barreira é a ausência de um conhecimento sólido, acerca da prevenção da doença. Trata-se, no entanto, de um desafio, pois os homens tendem a assumir comportamentos pouco saudáveis, gerando fatores de risco para o adoecimento. Há também que se considerar fatores culturais, como o modelo da masculinidade hegemônica, que associa expressão de necessidades de saúde com demonstração de fraqueza e de feminilização.⁹⁻¹⁰

Pode-se ressaltar também, que na realidade em que se trabalha nos municípios pequenos, com Baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) no qual não possuem grandes empresas instaladas em seu território, que ofereçam vantagens aos trabalhadores, como plano de saúde. Em geral, na maioria das pequenas cidades, o maior empregador é a própria Prefeitura Municipal, restando como plano de assistência à saúde o Sistema Único de Saúde (SUS).

Portanto, é necessário um olhar diferenciado para a população economicamente ativa, pois o desenvolvimento de um município depende diretamente da mão de obra de sua população, o que vem de encontro com as ações propostas acima, que flexibilizam o acesso desta população aos serviços básicos de saúde.¹¹

Por considerar um tema de grande relevância para a saúde pública, fez-se necessário a pesquisa e o estudo relacionado ao câncer de próstata devido ao alto

índice de mortalidade na população masculina, além disso, a existência do preconceito em relação ao exame de toque retal, exame este fundamental para um diagnóstico precoce. É importante ressaltar para a população os cuidados necessários para a prevenção precoce de tal patologia e informar o quanto mais cedo a descoberta, maior a chance de cura. Este artigo tem o objetivo de caracterizar o perfil epidemiológico do câncer de próstata em homens atendidos em uma unidade de alta complexidade em saúde na Bahia, Brasil.

Método

Trata-se de estudo descrito, exploratório, quantitativo do tipo observacional transversal, realizado a partir do levantamento de dados primários.¹²⁻¹³

Este estudo foi desenvolvido em uma Unidade de Alta Complexidade em Oncologia em um município da Bahia, Brasil. A instituição pesquisada integra a rede complementar de saúde, prestando serviço na área de assistência à saúde há mais de 100 anos no município de residência e na microrregião. Presta atendimento para um perfil assistencial articulado e integrado com a rede de serviço do Sistema Único de Saúde (SUS), em cumprimento aos seus princípios e diretrizes, respaldado a partir das portarias ministeriais vigentes no país.

Ainda sobre a instituição em que se realizou a pesquisa, a mesma conta com mais de 12.000 pacientes matriculados no serviço, destes, os quais realizam tratamento quimioterápico ou hormonioterápico e radioterápico por mês. A instituição realiza ainda mais de 2.000 consultas especializadas e mais de 100 procedimentos de cirurgia oncológica mensalmente, com a oferta de diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres mais prevalentes no Brasil.

Os prontuários que foram analisados estavam arquivados no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) da instituição. Quanto à questão temporal, foram selecionados para pesquisa todos os prontuários de usuários residentes neste município e região, que estavam iniciando e/ou em tratamento para câncer de próstata e que foram cadastrados neste serviço de referência.

Para compor a amostra deste estudo, foi realizada uma busca exploratória de dados secundários coletados em prontuários de pacientes cadastrados com o CID (Classificação Internacional de Doenças) de câncer de próstata (C61) que deram entrada na unidade de saúde de referência regional para o diagnóstico e o tratamento do câncer na instituição pesquisada entre o período de 01 de janeiro de 2013 a 31 de dezembro de 2015. Vale ressaltar que para esta pesquisa foi aplicado o Termo de Consentimento de Uso de Banco de Dados (TCUD). Sendo que a lista de pacientes matriculados nesta unidade foi disponibilizada para esta pesquisa pela equipe de Farmácia que fez a busca no sistema *Medic Ware* dos prontuários preenchidos com o CID – Código C61.

Os critérios de exclusão compreenderam aos prontuários que foram cadastrados no serviço de saúde fora dos anos pesquisados e também com outros CIDs que não correspondiam ao câncer de próstata. Vale ressaltar que dentre a lista disponibilizada alguns prontuários foram descartados da coleta por existirem dados insuficientes, por não serem realmente o CID C61 (sendo verificados outros CIDs), por terem pacientes do sexo feminino inclusas nesta lista, pelos prontuários que não estavam no setor do SAME, encontrando-se na instituição pesquisada para a realização de consultas, de relatórios médicos e também na Auditoria e os prontuários que estavam sem fluxo no SAME.

Na coleta de dados que aconteceu ente julho de 2015 ao junho do presente ano, foram utilizadas as seguintes variáveis baseadas nos objetivos do estudo para a obtenção dos fatores de riscos, perfil sociodemográfico dos pacientes, métodos de tratamento relacionados ao câncer de próstata: tabagismo, etilismo, quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia, cirurgia, filhos, metástase, cidade, histologia, faixa etária, convênio e etnia. Estas informações coletadas foram registradas em planilhas no programa *Microsoft Excel* versão 2013.

Para a análise complementar dos dados e como forma de conferir uma sustentação teórica aos achados foi realizada uma revisão de artigos disponíveis utilizando as seguintes bases de dados: Scielo, Medline, Lilacs, Bireme, Biblioteca Virtual em Saúde e artigos disponíveis no Portal de periódicos da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) nos últimos 15 anos, bem como a utilização de informações disponíveis na literatura clássica para definição e caracterização do termo câncer.

Os dados oriundos da pesquisa de campo foram submetidos à análise estatística do tipo frequência simples como porcentagens, tabelas, caracterização descritiva da amostra e análise interpretativa dos mesmos. Utilizou-se o método estatístico e comparativo, usando para isso o programa *Microsoft Excel* versão 2013. Buscou-se obedecer aos critérios do STROBE.

As variáveis analíticas foram as seguintes: tabagismo, etilismo, quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia, filhos, cirurgia (prostatectomia total ou parcial) e metástase foram classificadas como Sim, Não ou Não Informado (NI). Enquanto que a etnia foi classificada como: parda, negra, branca ou não informado. Já a variável Cidade foi agrupada em Feira de Santana ou Região. Com relação à Histologia, especificou-se como: G1 (Adenocarcinoma Gleason de 1 a 4); G2 (Adenocarcinoma Gleason de 5 a 7); G3 (Adenocarcinoma Gleason de 8 a 10). E por fim, a faixa etária foi subdividida em: 40 a 49 anos; 50 a 59 anos; 60 a 69 anos; 70 a 79 anos; ou ≥ 80 anos.

No que tange aos aspectos éticos deste trabalho, o presente estudo obedeceu às normas sobre pesquisa envolvendo seres humanos, seguindo as determinações dispostas na Declaração da Resolução 466/2012 – Comitê de Ética em Pesquisa, onde as pesquisadoras responsáveis se comprometeram a observar esta Resolução em todas as fases da pesquisa, incluindo o envio de relatório final do projeto pela instituição pesquisada.

Assim, o projeto foi protocolado junto ao Comitê de Ética e Pesquisa e obteve parecer favorável para o início das atividades (número do CAAE: 44745515.9.0000.5654 e n: 1.053.628 e fora envolvido o TCUD).

Inicialmente, foi solicitada a autorização do serviço de referência para o consentimento do acesso das pesquisadoras à unidade para a realização da pesquisa, informando, assim, os objetivos do estudo e a garantia quanto ao sigilo e ao anonimato dos pacientes incluídos na amostra durante a pesquisa, após a divulgação dos resultados ou qualquer outro momento.

Resultados

Desde 1999, a taxa de mortalidade por câncer de próstata no Brasil ocupa o segundo lugar entre todos os cânceres, por este predomínio se fez necessário suscitar o rastreo do perfil dos homens, acometidos por este tipo de câncer, atendidos na instituição pesquisada. Desta maneira, utilizou-se uma organização

que proporcionou uma busca retrospectiva, de forma a fazer-se factível relatar e associar questões epidemiológicas e demográficas nessa população. Foi selecionado para pesquisa um total de 662 pacientes, durante os três anos pesquisados, sendo que em 2013 foi um total de 254 indivíduos, em 2014 obteve-se a quantidade de 211 indivíduos e no ano de 2015 foram encontrados 197 prontuários que se atendiam aos pré-requisitos para este estudo.

A exploração dos 662 prontuários permitiu evidenciar melhor a caracterização destes homens, na busca de fatores de risco relacionados ao câncer de próstata. Nessa essência, o perfil dos pacientes atendidos revelou a faixa etária acima dos 60 anos, principalmente entre 70 e 79 anos, com o maior número de casos (Tabela 1).

Tabela 1 - Composição por faixa etária da amostra estudada. Bahia, 2015.

Faixa etária (anos)	Amostra (%)
40-49	3 (0,4)
50-59	62 (9,37)
60-69	194 (29,3)
70-79	287 (43,3)
> 80	116 (17,5)
Total	662 (100)

Quanto ao uso do tabaco, a pesquisa contou com 177 indivíduos (26,7%) constando como fumantes e 326 (49,3%) como não fumantes. No entanto, 159 (24%) não forneceram esta informação, fato este causador de surpresa por serem dados colhidos em uma unidade de oncologia e estar o hábito de fumar associado com a morte antecipada em uma estimativa anual de 80 mil pessoas, número que vem crescendo todos os anos (SOUTO, 1991).

Neste estudo, encontraram-se os seguintes resultados: 194 (29,3%) eram etilistas, 306 (46,2%) não eram e 162 (24,5%) não informaram sobre este hábito, o que não permitiu uma análise conclusiva, devido ao grande número de não informados. Foi verificada a histologia da biópsia dos diversos pacientes, revelando que a grande maioria (77% - 510 indivíduos) dos pacientes possuía adenocarcinoma com escore de Gleason entre 5 e 7 (mais conhecido como escala G2).

Em relação aos tratamentos para o câncer de próstata, foram obtidos resultados satisfatórios, pois após o levantamento dos dados, notou-se que grande parte da população realiza de forma eficaz, em maior quantidade, o tratamento de Radioterapia (57,7%) juntamente com o de Hormonioterapia (56,8%), sendo que a minoria se submete a Quimioterapia (39,9%). É importante salientar que dentro do tratamento, a cirurgia de Prostatectomia radical tem influência no direcionamento da conduta do paciente, nesse caso, notou-se que mais que a metade da população (53,5%) não se fez necessário desse procedimento. Sendo que quanto mais precocemente for realizada a detecção e a terapêutica necessária menor será a chance de promover o processo de metástase do câncer de próstata, o qual por ser multifocal e heterogêneo, tem afinidade pelo tecido ósseo e linfonodos, e mais tarde pode perpassar para outros órgãos, tais como: fígado, pulmão e cérebro.

Em relação a variável denominada quantidade de filhos não pôde se fazer a avaliação de forma adequada, devido ao número alto de indivíduos (47,9%) que não informaram esta característica.

Ao analisar os prontuários médicos, verificou-se que a maioria dos participantes desta pesquisa é residente em Feira de Santana (64,7%) e utiliza como convênio o SUS para seu atendimento (94,1%), além disso, percebeu-se uma escassez de informações precisas e relevantes acerca do diagnóstico confirmado. No caso do câncer de próstata, faltaram informações sobre número de filhos, presença de metástases, etilismo e tabagismo. Tais dados incompletos, prejudicaram uma análise conclusiva. Estes registros indicam que os pacientes, em sua maioria, procuram o serviço quando já havia presença de sintomas. Sendo que comparando o tipo de encaminhamento recebido pelos pacientes para tratamento do câncer de próstata, tem sido verificado que os homens encaminhados pelo SUS apresentam risco maior de diagnóstico em estágio tardio do tumor em relação às encaminhadas por serviços particulares ou de planos de saúde.

Discussão

Este estudo foi capaz de apresentar a avaliação dos fatores associados ao câncer de próstata em homens atendidos em uma unidade de alta complexidade em saúde. As limitações deste estudo estão concentradas no fato de não ter sido realizadas associações entre as variáveis.

O que corrobora com os dados da literatura que informam que os cânceres de próstata têm acontecido em um terço da população masculina acima de 45 anos, nas nações ocidentais.¹⁴ Vale salientar que o crescimento da incidência na população é também uma resultante do aumento da perspectiva de vida dos brasileiros pesquisados ao longo desse século, cuja propensão é ultrapassar os 70 anos no ano de 2020.¹⁵

Assim como em outros carcinomas, a idade é um registro de risco significativo, uma vez que tanto a incidência como a mortalidade aumentam consideravelmente após os 50 anos.

Este é um elemento de risco bem determinado para o câncer de próstata,¹⁶ sendo frequentemente diagnosticado da sexta à oitava década de vida, com casos não frequentes abaixo dos 40 anos, com uma tendência de mortalidade decrescente, ainda que de maneira discreta.¹⁷ Sendo importante ressaltar que a idade é utilizada em programas padronizados de rastreamento como referência, apesar de não ser um fator de risco passível de interferência, sendo, assim, um alvo para campanhas de prevenção.¹⁸

O contexto familiar de pai ou irmão atingido por esta patologia antes dos 60 anos de idade é outra condição relevante, podendo amplificar o risco de 3 a 10 vezes em relação aos indivíduos em geral, retratando tanto características herdadas quanto estilos de vida compartilhados entre os integrantes da família.¹⁹

Uma outra interferência em um diagnóstico extemporâneo seria o fato de que no câncer de próstata as células incomuns tendem a apresentar um desenvolvimento lento, com tempo de duplicação tumoral variando de três a quatro anos, significativamente mais extenso comparado com a duração de duplicação de cânceres que afetam a mama ou o cólon. Este fator certamente contribui para a latência prolongada em até dez vezes da incidência clínica.²⁰

O desenvolvimento do câncer de próstata pode ser associado à etnia e às diferenças geográficas existentes na população. Esse tipo de neoplasia é cerca de 1,6 vez mais habitual em homens negros americanos do que em brancos americanos, evidenciando que os mesmos são desproporcionalmente afetados.²¹ Diferentemente, no presente trabalho não houve predominância estatisticamente significativa de uma determinada etnia, sendo importante salientar que muitos pacientes atendidos (277) não informaram sobre esta variável.

Tabagismo não é mais usualmente associado com incidência de câncer de próstata e, no entanto, existem indícios de que fumar pode estar relativamente associado com a mortalidade.²³

A fumaça do cigarro é uma fonte de exposição ao cádmio e o tabaco tende a complementar os níveis de andrógenos circulantes no homem. Vários estudos caso-controle foram verificados acerca do consumo de cigarros, contudo, a falta de conclusões consistentes e da clara relação dose-resposta não permite afirmar que exista associação com a incidência deste carcinoma. Os resultados de investigações permanecem inconsistentes e algumas mostraram que o tabaco tem uma influência substancial na ocorrência de casos, inclusive fatais.²³

Já as bebidas alcóolicas, enquanto uma das partes da dieta, têm sido frequentemente comprovadas como fatores de ameaça para os cânceres de colorretal e de mama, mas sem indícios suficientes para o câncer de próstata.²⁴

A maior parte dos países em volta do mundo desde 1990 passou a aplicar amplamente no rastreamento da neoplasia de próstata o toque retal e a Dosagem do Antígeno Prostático específico (PSA). O toque retal é empregado para analisar o tamanho, forma e consistência da próstata no entendimento de verificar a presença de nódulos. (INCA, 2002). O teste de PSA verifica a presença tumores clinicamente importantes, bem como, outros tumores de crescimento lento que de outra maneira poderiam escapar ao diagnóstico.²⁵ O Teste positivo resulta na realização de biópsia que pode identificar pequenos cânceres que tanto evoluirão para a malignidade ou não.²⁶ Muitos tumores, clinicamente categorizados como localizados, não o são de fato e recebem instruções terapêuticas pouco efetivas. Outros pacientes com neoplasia sem relevância clínica são tratados desnecessariamente. Esta ocorrência decorre da fixação atual na classificação prognóstica para a indicação de terapêuticas adequadas. A dúvida na definição do prognóstico pré-tratamento do câncer de próstata localizado é um problema, devido à alta morbidade associada a alternativas de tratamento frequentemente realizadas.²⁷

Ao escolher um tratamento para este tipo de câncer, o profissional de saúde deve dar importância a idade dos pacientes, as comorbidades, a admissão ao tratamento, o estágio e o grau do. Quanto aos dados histológicos da biópsia existe cerca de 50% de chance de o câncer disseminar-se para fora da próstata em 10 anos, com dano em outros órgãos, afetando consequentemente a sobrevida.²⁸

Um dos maiores desafios no tocante à detecção antecipada tem sido a ausência de conhecimentos sobre a história natural deste tipo de câncer. Os danos gerados devido ao adoecimento do chefe da família prejudicam na qualidade de vida individual e familiar, afetando por vezes a única fonte de renda da casa, tendo os filhos que realizar as tarefas de cuidado da família, deixando de levar suas vidas dentro do padrão esperado para a idade.¹⁶

O padrão econômico e social é uma variável de influência importante para a detecção destes tumores, devido às possíveis dificuldades de acesso e de acessibilidade aos serviços públicos de atenção secundária à saúde. Porém, outros trabalhos ainda precisam ser feitos para a verificação dessa hipótese, através do levantamento da renda familiar e individual da população de estudo.

As atuais estratégias de oferta de serviços públicos de saúde à população, com os serviços de atenção primária funcionando como porta de entrada aos demais níveis de atenção, incluindo a prevenção secundária através do diagnóstico precoce das doenças e agravos não transmissíveis que é excludente para uma grande parte de usuários, que têm o acesso dificultado pelas distâncias geográficas (tempo de deslocamento, custo do transporte) e pela acessibilidade sócio-organizacional, comprometida pelos horários de funcionamento dos serviços, que raramente privilegiam os trabalhadores através da oferta de turnos diferenciados ou horários estendidos.

Os dados secundários existentes na instituição pesquisada são de imensa riqueza e inúmeros outros estudos ainda podem ser realizados visando conhecer melhor as características da população atendida nestes serviços, como forma de identificação de fatores de risco e de proteção que subsidiem as políticas públicas na área da saúde no estado da Bahia, com a finalidade do aumento das taxas de detecção precoce, maior eficiência e eficácia nos tratamentos e menores taxas de óbito causadas pelo câncer de mama no Brasil.

As políticas públicas de saúde devem ser respaldadas por evidências científicas a partir de informações objetivas. O uso de informações de saúde provenientes de dados secundários já existentes é fundamental, pois comprovam o quanto é necessário investir em mudanças nos fatores associados ao câncer com o intuito de reduzir as iniquidades presentes. Uma das formas de contribuir para a discussão sobre o tema é dar visibilidade aos dados de mortalidade, descrevendo o impacto na população masculina. Portanto, faz-se necessário por parte dos gestores uma tomada de decisão para convergir esforços na prevenção e controle dos cânceres, dada a magnitude e complexidade de seus determinantes. Sendo assim, é essencial buscar o conhecimento e a informação mais atualizados e contínuos sobre o comportamento do câncer de próstata para os profissionais de saúde e sociedade em geral, melhorando o entendimento desta realidade.

As contribuições deste estudo para a saúde se materializam na oportunidade da publicização científica de achados substanciais para o conhecimento das neoplasias dos homens, tal como das modalidades terapêuticas de tratamento, dos fatores associados, das situações de risco à saúde e de vulnerabilidade para o desenvolvimento dos cânceres entre o público masculino. Além mais, servem de modo singular e relevante para guiar as ações em saúde para os homens a nível lócus regional e nacional.

Conclusão

Em vista do exposto, pode-se concluir que os resultados obtidos neste estudo corroboram com os dados de alta e possivelmente crescente prevalência em vários municípios brasileiros, e indicam a necessidade de intervenções para implementação de serviços de prevenção, detecção precoce e controle adequado do câncer de próstata e seus fatores de risco nessa população nordestina

estudada. Sendo importante ressaltar que esta prevalência foi bem maior em pacientes que possuíam idade mais avançada (acima dos 60 anos).

Os outros fatores de risco analisados (tabagismo e o etilismo) possuem grande influência no desenvolvimento da patologia em estudo, porém, nesta pesquisa não houve associação estatisticamente significativa para estas variáveis, não sendo possível uma análise conclusiva para as mesmas, devido à insuficiência de dados existente nos prontuários pesquisados. Enquanto que com relação a variável histologia, a maioria dos pacientes analisados já se encontrava em um quadro considerado de médio risco, havendo a possibilidade deste câncer se avançar para o de alto risco, prolongando, assim, o seu tratamento e reforçando a importância de um diagnóstico prévio para amenizar as possibilidades de uma possível metástase.

Pode concluir também que é preciso um olhar mais atento a esta que constitui grande causa de mortalidade masculina em todo mundo e carece de estudos que contribuam com a formulação de políticas públicas e de saúde que visem reduzir os riscos e as vulnerabilidades a este grupo populacional. Portanto, ações promotoras de saúde efetivas voltada a saúde do homem são necessárias com o intuito de reduzir os riscos associados de desfechos desfavoráveis e seu impacto social.

Agradecimento

Esta pesquisa não teve financiamentos.

Referências

1. Ministério da saúde. PORTARIA N°1.944, DE 27 DE AGOSTO DE 2009. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, 2009.
2. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Câncer de próstata. Rio de Janeiro: INCA, 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/assuntos/cancer-de-prostata>
3. Bacelar AYS, Coni DGL, Santos DV, Sousa AR. Homens na unidade de saúde da família. Rev enferm UFPE on line., Recife, 12(9):2507-13, set., 2018. Doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i9a236098p2507-2513-2018>
4. Palmeira SS, Pereira TM, Almeida TL, Sousa AR, Alencar DC. 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>
5. Gomes R, Rebello LEFS, Araújo FC, Nascimento EF. A prevenção do câncer de próstata: uma revisão da literatura. Ciência & Saúde Coletiva. 2008;13,1,235-246. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000100027>
6. Dourado IS, Nunes JB, Sena TAB, Sousa AR de, Silva AF, Araújo IFM et al. Diagnósticos de enfermagem identificados em homens idosos submetidos à prostatectomia. Rev enferm UFPE on line. 2019;13:e239444. Doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.239444>
7. Gomes, R, Couto, MT, Keijer, B. Hombres, género y salud. Salud Colectiva. 2020;16: 2788. Doi: <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2788>

8. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad. Saúde Pública*. 2007;23(3):565-574. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300015>
9. 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>
10. Leite DF et al. A influência de um programa de educação na saúde do homem. *O mundo da Saúde*. 2010;34,1,50-56. DOI:10.15343/0104-7809.201015056
11. Dutra MC. O câncer de próstata e a influência do preconceito masculino nas ações preventivas da saúde do homem. 2011. 25 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, 2011.
12. Prestes MLM. A pesquisa e a construção do conhecimento científico. São Paulo: Respel, 2002, 217p.
13. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento-Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo: Hucitec, 8ª edição, 2004, 269p.
14. Souto CAV. Tratamento do câncer de Próstata. In: Schwatzmann G. organizador. *Oncologia clínica*. Porto Alegre: Artes médicas. 1991;399-406.
15. Ministério da Previdência Social. Aposentadoria por idade. 2003. Disponível em: http://www.previdenciasocial.gov.br/02_01_07.asp . Acesso em 15 de junho de 2016.
16. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2011.
17. Luizaga CTM, Ribeiro KB, Fonseca LAM, Neto JE. Tendências na mortalidade por câncer de próstata no estado de São Paulo, 2000 a 2015. *Rev Saude Publica*. 2020;54:87. Doi: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001948>
18. Steffen RE, Trajman A, Santos M, Caetano R. Rastreamento populacional para o câncer de próstata: mais riscos que benefícios. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2018;28(2),e280209. <https://doi.org/doi.org/10.1590/S0103-73312018280209>
19. Bostwick DG, Burke HB, Djakiew D, Euling S, HO SM Landolph J et al. Human prostat cancer risk factors. *Cancer*. 2004;15,101,2371-2490. doi: <https://doi.org/10.1002/cncr.20408> .
20. Silva Jr JB, Gomes FBC, Cezário AC, Moura L. Doenças e agravos não transmissíveis: bases epidemiológicas. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. *Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro: Medsi, 2003;289-311.
21. Boyle P, Severi G, Giles GG. The epidemiology of prostate câncer. *Urol Clin North Am*. 2003;30,2,209-217. doi: [https://doi.org/10.1016/s0094-0143\(02\)00181-7](https://doi.org/10.1016/s0094-0143(02)00181-7).
22. Medeiros AP, Menezes MFB, Napoleão AA, Menezes MFB, Napoleão AA. Fatores de risco e medidas de prevenção do câncer de próstata: atores de risco e medidas de prevenção do câncer de próstata: atores de risco e medidas de prevenção do câncer de próstata: subsídios para a enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2011;64(2):64(2):385-8. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/jpcTC4yHHQJv9nvVGbc43Fz/?format=pdf&lang=pt>

23. Modesto AAD, Lima RLB, D'Angelis AC, Augusto DK. A not-so-blue November: debating screening of prostate cancer and men's health. Interface (Botucatu). 2018; 22(64):251-62. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0288>
24. Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global Cancer Statistics. Cancer J Clin. 2011;61,69-90. doi: <https://doi.org/10.3322/caac.20107>
25. Garnick MB. The great prostate cancer debate. Scientific American. 2012;306,2,38-43. doi: <https://doi.org/10.1038/scientificamerican0212-38>
26. Migowski A, Silva GA. Sobrevida e fatores prognósticos de pacientes com câncer de próstata clinicamente localizado. Revista de Saúde Pública. 2010;44,2,344-52. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000200016>
27. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Instituto Nacional do Câncer. Estatísticas de Câncer. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>
28. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Atlas de mortalidade por câncer ajustadas por idade. 2010. Disponível em: <http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/prepararModelo04.action>. Acesso em 25 de junho de 2016.

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

Comorbidades e fatores de risco identificados em pessoas que vieram a óbito por Síndrome Respiratória Aguda Grave por Covid-19

Comorbidities and risk factors identified in people who died from Severe Acute Respiratory Syndrome caused by Covid-19

Comorbilidades y factores de riesgo identificados en personas que fallecieron por síndrome respiratorio agudo severo por Covid-19

Lincoln Agudo Oliveira Benito¹, Rosana da Cruz Lima², Margô Gomes de Oliveira Karnikowski³, Izabel Cristina Rodrigues da Silva⁴

Como citar: Benito LAO, Lima RC, Karnikowski MGO, Silva ICR. Comorbidades e fatores de risco identificados em pessoas que vieram a óbito por Síndrome Respiratória Aguda Grave por Covid-19. REVISA. 2021; 10(3): 607-26. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n3.p607a626>

REVISA

1. Centro Universitário de Brasília.
Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-8624-0176>

2. Centro Universitário do Distrito
Federal. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-2881-1193>

3. Universidade de Brasília, Programa de
Pós-Graduação em Ciências e
Tecnologias em Saúde. Brasília, Distrito
Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-5662-2058>

4. 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: 19/04/2021
Aprovado: 16/06/2021

RESUMO

Objetivo: Analisar a frequência de registros de casos de comorbidades e fatores de riscos relacionados aos óbitos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) por Covid-19 até a Semana Epidemiológica (SE) 40, no recorte geográfico formado pelo "Brasil", no recorte histórico formado pelo ano de "2021". **Método:** Estudo exploratório, descritivo e de abordagem quantitativa. Os dados foram adquiridos junto ao Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe) do Ministério da Saúde (MS). **Resultados:** Foi identificado o universo de 386.094 registros, com média e desvio-padrão de (35.099,5±49.151,4). Dentre as comorbidades e fatores de riscos identificados, as cardiopatias contabilizaram a maior preponderância com 39,2% (n=151.358) e a Síndrome de Down (SD) a menor com 0,4% (n=1.384). **Conclusão:** Foi possível identificar a relação existente entre as várias comorbidades e fatores de risco identificados, no que se refere a SRAG por COVID-19 no recorte geográfico e histórico analisados.

Descritores: Comorbidade; Fatores de Risco; Síndrome Respiratória Aguda Grave; COVID-19; Brasil.

ABSTRACT

Objective: To analyze the frequency of records of cases of comorbidities and risk factors related to deaths from Severe Acute Respiratory Syndrome (SRAG) by Covid-19 until the Epidemiological Week (SE) 40, in the geographic cut formed by "Brazil", in the clipping history formed by the year "2021". **Method:** Exploratory, descriptive and quantitative approach study. Data were acquired from the Influenza Epidemiological Surveillance Information System (SIVEP-Influenza) of the Ministry of Health (MS). **Results:** The universe of 386,094 records was identified, with a mean and standard deviation of (35099.5±49151.4). Among the comorbidities and risk factors identified, heart disease accounted for the greatest preponderance with 39.2% (n=151,358) and Down Syndrome (DS) the smallest with 0.4% (n=1,384). **Conclusion:** It was possible to identify the existing relationship between the various comorbidities and risk factors identified, with regard to SRAG by COVID-19 in the geographic and historical context analyzed.

Descriptors: Comorbidity; Risk factors; Severe Acute Respiratory Syndrome; COVID-19; Brazil.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la frecuencia de registros de casos de comorbilidades y factores de riesgo relacionados con muertes por Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SRAG) por Covid-19 hasta la Semana Epidemiológica (SE) 40, en el corte geográfico formado por "Brasil", en el historial de recortes formado por el año "2021". **Método:** Estudio exploratorio, descriptivo y de abordaje cuantitativo. Los datos se obtuvieron del Sistema de Información de Vigilancia Epidemiológica de Influenza (SIVEP-Influenza) del Ministerio de Salud (MS). **Resultados:** Se identificó el universo de 386,094 registros, con una media y desviación estándar de (35099.5±49151.4). Entre las comorbilidades y factores de riesgo identificados, la cardiopatía representó la mayor preponderancia con el 39,2% (n=151.358) y el Síndrome de Down (SD) el menor con el 0,4% (n=1.384). **Conclusión:** Se pudo identificar la relación existente entre las distintas comorbilidades y factores de riesgo identificados, respecto al SRAG por COVID-19 en el contexto geográfico e histórico analizado.

Descritores: Comorbilidad; Factores de riesgo; Síndrome respiratorio agudo severo; COVID-19; Brasil.

ORIGINAL

Introdução

O termo epidemia etimologicamente é natural do grego “ἐπιδημία”, do adjetivo “ἐπιδήμιος”, significando o que está no povo, composto de “ἐπι”, ou seja, que se encontra sobre ou acima, além de “δῆμος” que significa povo, se constituindo enquanto um fenômeno coletivo de uma doença, que rapidamente se transmite, de forma direta ou indireta, atingindo um elevado quantitativo de pessoas presentes ou pertencentes em um território geográfico, podendo se extinguir após um período de tempo.¹⁻² Já a palavra pandemia, originada do grego “πανδημιος”, é formada pelo prefixo neutro “pan” e a expressão “demos” significa “de todo o povo”, foi utilizada pela primeira vez pelo filósofo grego Platão (348/347 a.C.), em sua obra possuidora do título “Das leis”.¹⁻³

Platão utilizou em seus escritos o termo pandemia no sentido genérico, se referindo a qualquer acontecimento ocorrido, capaz de alcançar a toda uma população, sendo importante citar ainda que, um dos seus principais alunos, o filósofo Aristóteles (384/322 a.C.) também utilizou este termo.² Historicamente, podem ser citados enquanto exemplos de complexos eventos epidêmicos que, chegaram a dizimar populações e cidades inteiras, a Peste do Egito (430 a.C.), a Peste Antonina (165–180 d.C.), a Peste de Cipriano (250–271 d.C.), a Peste de Justiniano (541-544 d.C.) e a Peste Negra (1346-1352 d.C.).⁴⁻¹⁴

Enquanto espécies de pandemias que desencadearam alarmantes níveis de transmissibilidade e de mortalidade em numerosas nações internacionais, podem ser citadas a Cólera (1817), Gripe Espanhola (1918-1920), Gripe suína causada pelo vírus H1N1 (2009) e na atualidade o Covid-19.¹⁵⁻²⁵ Em 1966 os coronavírus foram descritos pela primeira vez por Tyrell e Bynoe, que cultivaram a referida espécie de vírus, provenientes de pacientes que se encontravam com resfriados comuns.²⁶⁻²⁷

Em sua morfologia, os coronavírus se constituem enquanto microrganismos de grande tamanho e que o seu RNA se constitui por possuir sua fita simples, podendo infectar seres humanos e também, uma grande variedade de animais não humanos.²⁶⁻²⁷ A Covid-19 pode ser entendida enquanto uma expressão, formada pela junção da sigla “CO” entendido enquanto corona, “VI” que significa vírus e ainda a letra “D” relacionada a doença em questão e, nesse sentido, o termo corona vem do latim e possui enquanto significação “coroa”, pois, o referido vírus se encontra na forma de círculos, sendo visualizado na forma de gotas por meio de microscopia eletrônica, como uma coroa.²⁸⁻²⁹

O vírus Covid-19 classificado enquanto zoonótico, da ordem *Nidovirales* por conta do seu RNA e da família *Coronaviridae*, teve sua distribuição em seres humano, outros mamíferos, aves e, enquanto hospedeiros foram identificados em animais humanos e morcegos.³⁰⁻³² No ano de 2019, no mês de dezembro, foi identificado um surto de pneumonia (PNM), na cidade de *Wuhan*, província de *Hubei* na República Popular da China, rapidamente se espalhando para aproximadamente vinte e quatro (24) outras nações, que se acredita ter sido causada por uma nova cepa de coronavírus.³²⁻³³

Segundo apresentado pelo Centro de Recursos Coronavírus da Universidade Johns Hopkins (*Coronavirus Resource Center of Johns Hopkins University*), foram identificados em todos o mundo no dia 21/10/2021 às 18:00hs, o universo de 242.403.265 casos registrados de Covid-19, que geraram 4.927.975

mortes e ainda, 6.732.461.811 doses de vacinas aplicadas.³⁴ Desta forma, são apresentadas as dez (10) nações internacionais, com as maiores frequências dos quantitativos de casos registrados de Covid-19, quantitativo de óbitos e de doses de vacinas aplicadas³⁵:

Tabela 1 – Frequência de casos registrados, óbitos e doses de vacinas aplicadas em relação ao Covid-19 nas dez (10) nações com as suas respectivas maiores preponderância:^{*, **, ***}

Nações	Casos registrados	Óbitos	Doses aplicadas
Estados Unidos	45.301.092	733.218	409.314.310
Inglaterra	8.681.795	139.562	95.824.552
Turquia	7.772.574	68.472	114.807.774
Rússia	8.005.376	223.331	99.965.267
Índia	34.143.236	453.042	1.009.945.663
Brasil	21.697.341	604.679	261.002.038
Ucrânia	2.851.173	67.061	15.386.831
Romênia	1.519.532	43.487	11.485.084
Irã	5.833.525	124.763	74.113.680
Filipinas	2.740.111	41.237	53.838.248
Outras nações	242.403.265	4.927.975	6.732.461.811

Fonte: Centro de Recursos Coronavírus da Universidade Johns Hopkins, 2021.

* Dados extraídos no dia 22/10/2021, às 12:00hs

** Os dados podem sofrer variações, pois as atualizações no presente banco de dados são diárias.

*** Os autores da presente pesquisa são fiéis ao banco de dados consultado.

No Brasil, segundo o Ministério da Saúde (MS), as qualidades de coronavírus mais identificadas até o presente momento são o “alfa coronavírus HCoV-NL63”, o “alfa coronavírus HCoV-229E”, o “beta coronavírus HCoV-HKU1”, o “beta coronavírus HCoV-OC43”, o “SARS-CoV”, que é o causador da síndrome respiratória aguda grave (SARS), o “MERS-CoV”, que é o causador da síndrome respiratória do Oriente Médio (MERS) e o SARSCoV-2.³⁶ Conforme defendido junto a literatura científica, várias são as comorbidades no que se refere a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) por Covid-19, como por exemplo, o diabetes mellitus (DM), as doenças cardiovasculares, a doença renal crônica (DRC) e as pneumopatias crônicas.^{15,36,37}

Nesse sentido, se constituiu enquanto objetivo do presente estudo, analisar a frequência de registros de casos de comorbidades e fatores de riscos relacionados aos óbitos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) por Covid-19, no recorte geográfico formado pelo “Brasil”, no recorte histórico formado pelo ano de “2021”.

Método

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e de abordagem quantitativa, que adquiriu dados para a sua construção junto ao Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe) do MS. Para fins organizacionais, os dados adquiridos estão relacionados a Semana Epidemiológica de número 40 (SE 40), extraídos na primeira quinzena do mês de outubro do ano de 2021.

O SIVEP-Gripe/MS se encontra em atividade desde o ano de 2000, objetivando desenvolver o eficiente monitoramento do vírus influenza no Brasil, se processando a partir de uma rede de vigilância do tipo sentinela no que se

refere a síndrome gripal (SG).³⁸ Com a identificação da pandemia gerada pelo Vírus Influenza A(H1N1) pdm09 no ano de 2009, foi necessária a realização do processo de implantação da vigilância da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e, nesse processo, o MS vem fortalecendo a vigilância dos diferentes tipos de vírus respiratórios.³⁸

Atualmente, o sistema oficial para o registro dos casos e óbitos de SRAG é o Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe).³⁸ Na presente pesquisa, os dados do SIVEP-Gripe/MS foram atualizados em 11/10/2021 às 12h, sendo que os mesmos, estão sujeitos a constantes revisões. Também foram desenvolvidos, levantamentos bibliográficos eletrônicos em bases de dados digitais, sendo possível adquirir artigos de periódicos científicos, documentos oficiais, e documentos técnicos e posicionamentos e associações profissionais.

Após a aquisição dos subsídios necessários a construção do presente estudo, os mesmos foram organizados utilizando para esta atividade o software Microsoft Excel 2016®, pertencente ao Pacote Microsoft Office 2016®, for Windows®. Foi implementada análise estatística descritiva com a realização dos cálculos percentuais (%), média ($\bar{x}$) e desvio-padrão (σ) e, os resultados foram apresentados utilizando quatro (04) tabelas explicativas e um (01) quadro. Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesses.

Resultados

No processo de organização e análise dos dados, foi possível identificar o universo de 386.094 registros de comorbidades e fatores de risco, relacionados aos óbitos por SRAG e Covid-19 no Brasil no ano de 2021 até SE 40, além de média e desvio-padrão de (35.099,5±49.151,4). Também foi possível verificar que as cardiopatias foram as comorbidades mais preponderantes dentre as analisadas, contabilizando 39,2% (n=151.358) registros e a Síndrome de Down (SD) somou a menor preponderância com 0,4% (n=1.384), conforme exposto junto a Tabela 2.

Tabela 2 – Frequência das comorbidades e fatores de risco relacionados aos óbitos de SRAG por Covid-19, Brasil, 2021 até SE 40 (n=386.094):*, **, ***

Comorbidades e fatores de risco	f	%
Cardiopatias	151.358	39,2
Diabetes	107.644	27,9
Obesidade	44.951	11,6
Doença neurológica	18.598	4,8
Doença renal	18.360	4,8
Pneumopatia	16.786	4,3
Imunodepressão	11.418	3
Asma	8.267	2,1
Doença hepática	4.369	1,1
Doença hematológica	2.959	0,8
Síndrome de Down	1.384	0,4
Total	386.094	100

Fonte: SIVEP-Gripe/MS, 2021.

* Dados extraídos no dia 22/10/2021, às 12:00hs

** Os dados podem sofrer variações, pois as atualizações no presente banco de dados são diárias.

*** Os autores da presente pesquisa são fiéis ao banco de dados consultado.

Já na Tabela 3, foi possível identificar o universo de 114.950 registros de pessoas com idade inferior a sessenta (60) anos, que possuíam comorbidades e fatores de risco relacionados aos óbitos por SRAG por Covid-19, além de média e desvio-padrão ($10450 \pm 13275,3$). Nesse sentido, as cardiopatias registraram a maior preponderância dentre as analisadas somando 32,3% ($n=37.176$) e a SD a menor com 0,8% ($n=936$) registros de SRAG por Covid-19 em pessoas com idade inferior a 60 anos no Brasil em 2021.

Tabela 3 – Frequência das comorbidades e fatores de risco relacionados aos óbitos de pessoas com idade inferior a 60 anos, de SRAG por Covid-19, Brasil, 2021 até SE 40 ($n=114.950$):*, **, ***

Comorbidades e fatores de risco	f	%
Cardiopatias	37.176	32,3
Diabetes	28.437	24,7
Obesidade	26.248	22,8
Doença renal	5.026	4,4
Imunodepressão	4.690	4,1
Asma	3.555	3,1
Doença neurológica	3.411	3
Pneumopatia	2.708	2,4
Doença hepática	1.785	1,6
Doença hematológica	978	0,9
Síndrome de Down	936	0,8
Total	114.950	100

Fonte: SIVEP-Gripe/MS, 2021.

* Dados extraídos no dia 22/10/2021, às 12:00hs

** Os dados podem sofrer variações, pois as atualizações no presente banco de dados são diárias.

*** Os autores da presente pesquisa são fiéis ao banco de dados consultado.

Já na tabela 4, foi possível identificar o universo de 271.144 casos registrados de pessoas com idade superior a sessenta (60) anos, que possuíam comorbidades e fatores de risco relacionados aos óbitos por SRAG por Covid-19, além de média e desvio-padrão ($24.649,5 \pm 36.962,7$). Desta forma, as cardiopatias registraram a maior preponderância com 42,1% ($n=114.182$) e a SD a menor com 0,2% ($n=448$).

Tabela 4 – Frequência das comorbidades e fatores de risco relacionados aos óbitos de pessoas com idade superior a 60 anos, de SRAG por Covid-19, Brasil, 2021 até SE 40 ($n=271.144$):*, **, ***

Comorbidades e fatores de risco	f	%
Cardiopatias	114.182	42,1
Diabetes	79.207	29,2
Obesidade	18.703	6,9
Doença neurológica	15.187	5,6
Pneumopatia	14.078	5,2
Doença renal	13.334	4,9
Imunodepressão	6.728	2,5
Asma	4.712	1,7

Doença hepática	2.584	1
Doença hematológica	1.981	0,7
Síndrome de Down	448	0,2
Total	271.144	100

Fonte: SIVEP-Gripe/MS, 2021.

* Dados extraídos no dia 22/10/2021, às 12:00hs

** Os dados podem sofrer variações, pois as atualizações no presente banco de dados são diárias.

*** Os autores da presente pesquisa são fiéis ao banco de dados consultado.

Discussão

No que se refere a questão de pessoas com idade igual ou superior a sessenta (60) anos registrarem maior preponderância junto as comorbidades e fatores de risco do SRAG por Covid-19, foi identificada correlação com a literatura científica, quando é defendido que esta pandemia apresenta seus maiores impactos sobre a população formada por idosos.^{39,40} Esta condição de maior impacto e fragilidade identificada em pessoas idosas por conta do Covid-19, é identificada principalmente entre os seus subgrupos mais vulneráveis clinicamente, como por exemplo, os portadores de síndromes demenciais, de doenças crônicas e moradores de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI).^{39,40,41}

Para alguns pesquisadores, a maior taxa de mortalidade em idosos por Covid-19 se encontra entre aqueles que possuem 80 anos ou mais, sendo verificada mortalidade de aproximadamente 14,8% dos infectados e, de 8% naqueles que se encontram entre 70 à 79 anos.⁴² Para a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), outra questão que dificulta a maior compreensão no que se refere referida fragilidade, transmissibilidade e mortalidade de idosos pelo Covid-19, está relacionada com a subrepresentatividade dos mesmos junto a estudos clínicos, e também em testes de imunização/vacinação para outras enfermidades, por exemplo, para influenza do tipo H1N1.³⁹

Em relação as comorbidades cardíacas relacionadas a Covid-19, também foi identificado correlação com a literatura científica quando é defendido que as enfermidades cardiovasculares induzidas pelos efeitos gerados são a miocardite, o aumento das citocinas inflamatórias, a ruptura de ateromas, a doença microvascular, o infarto, e a cardiomiopatia por estresse.⁴³ Já para outros pesquisadores, num estudo que pesquisou 138 pacientes, 16,7% apresentaram arritmia e 7,2% lesão cardíaca aguda, dentre as complicações cardiológicas identificadas.⁴⁴

A complexidade e magnitude verificada no que se refere as comorbidades cardiológicas e o Covid-19 são tamanhas que, vários são os posicionamentos apresentados pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) para o melhor processamento desta questão, como por exemplo, as orientações para a ressuscitação cardiopulmonar de pacientes com diagnóstico ou suspeita desta enfermidade, sobre o uso de antiplaquetários e de anticoagulantes nos pacientes infectados pelo novo coronavírus e também, para a reabilitação cardiovascular sobre a atuação médica em suas áreas durante a pandemia.^{45,46,47}

Outros posicionamentos apresentados pela SBC foram o protocolo de reconexão dos serviços de cardiologia com os pacientes durante a pandemia de Covid-19, aquele indicado à gravidez em mulheres cardiopatas, o relacionado a avaliação pré-participação cardiológica após a pandemia nas orientações para o retorno à prática de exercícios físicos e esportes e ainda, as indicações e reintrodução dos métodos de imagem cardiovascular de forma segura.^{48,49,50,51} Em relação ao DM, enquanto comorbidade e fator de risco no que se refere a SRAG por Covid-19, foi encontrada correção com o que se encontra exposto junto a literatura científica, quando é defendido o aumento da gravidade, por exemplo, predispondo pessoas infectadas à hiperglicemia e, a interação com outros fatores de risco, pode modular ao surgimento de respostas inflamatórias e imunológicas com desfecho de óbito.⁵²

Conforme defendido por alguns pesquisadores, a maior preponderância das evidências científicas disponíveis, não desenvolveu distinção em relação aos diferentes tipos de DM, sendo verificada maior preponderância ao DM2, devido a sua elevada prevalência, quando comparada com os outros tipos.⁵² Num importante estudo desenvolvido, utilizando enquanto modelo para análise camundongos transgênicos, foi possível expressar o receptor DPP-IV junto a células do tipo alveolares pulmonares, permitindo desta forma identificar o agravamento da gravidade do DM em relação ao Covid-19, percebendo ainda associação existente entre a maior perda de peso e maior processo inflamatório pulmonar, além de infiltrado de macrófagos semelhantes aos identificados clinicamente.^{53,54}

Em outros estudos, a idade avançada, o DM e outras comorbidades são relatados enquanto significativos preditores de morbidade e mortalidade em relação ao Covid-19.^{54,55} Da mesma forma que a ampliação da atividade de coagulação, o processo de inflamação crônica, o comprometimento junto a resposta imune e ainda, do potencial dano junto a glândula pancreática por conta do SARS-CoV-2, podem estar diretamente relacionados com os diferentes mecanismos subjacentes de associação entre o DM e Covid-19.^{54,55}

Em relação a obesidade enquanto comorbidade e fator de risco relacionada aos óbitos por SRAG/Covid-19, ela se encontra de comum acordo com o que é exposto junto a literatura científica, quando é defendido que ela se constitui enquanto enfermidade crônica, multifatorial, subnotificada, com modificações relacionadas ao processo inflamatório contínuo, reduzida capacidade de desenvolvimento de resposta imune à processos infecciosos e virais.^{56,57} Nesse contexto analítico, a obesidade enquanto comorbidade do Covid-19 deriva maior risco de desencadeamento de fenômenos tromboembólicos, por possuir relação direta com outras enfermidades como a hipertensão arterial (HA), o DM dentre muitas outras, fragilizando o desenvolvimento de cuidados e assistência à pacientes que se encontram em quadros graves.^{56,57,58}

Desta forma, também podem ser citadas a possibilidade do surgimento de dificuldade respiratórias e por extensão, enfermidades pulmonares, dificuldade para aquisição de acesso venoso, transporte e limitação para realização de exames de tomografia computadorizada (TC) e procedimentos como o de intubação orotraqueal (IOT), facilitando o prognóstico de óbito.^{56,57,58} Segundo a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica (ABESO) e a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM), o problema da obesidade amplia os vários riscos de desfechos negativos relacionados ao Covid-19, já a partir do índice de massa corporal (IMC) de 30 kg/m², ou seja, grau 1, sendo que esse risco se amplia ainda mais quando comparado a pessoas que se encontram com o seu IMC $\geq$ 35 kg/m², ou seja, grau 2 e, naqueles com IMC $\geq$ 40 kg/m² por extensão, grau 3.^{57,58,59}

Em relação as doenças renais enquanto comorbidades e fatores de risco ao óbito por **SRAG**/Covid-19, foi identificada correlação com o que se encontra exposto junto a literatura científica, quando é defendido que ocorre o surgimento de comprometimento renal junto a pacientes que se encontram em tratamento em ambiente hospitalar, em decorrência de processo infeccioso por SARS-CoV-2.^{60,61} Desta forma, é possível realizar ainda, associação direta por conta da ampliação da frequência de mortalidade e ainda, pior grau de evolução do tipo clínico, dobrando às preocupações nos possuidores de doença renal crônica (DRC).^{60,61,62,63}

De acordo com os últimos dados gerados no mês de julho de 2018, aproximadamente 133,5 mil brasileiros são possuidores de diagnóstico enquanto pacientes renais crônicos, sendo que destes 92% são submetidos a tratamentos dialíticos e, nesse sentido, este universo populacional, se classifica enquanto alto risco para às complicações decorrentes do Covid-19.^{63,64} Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), o risco de ser infectado está aumentado pelas comorbidades relacionadas a doença renal, somado à necessidade de aquisição de tratamento junto à ambientes classificados enquanto coletivos, pelo desenvolvimento de contato interpessoal durante a realização do deslocamento entre o domicílio e as clínicas de realização de procedimentos dialíticos e de seus cuidados.⁶⁵

Em uma importante pesquisa, que possuía o universo de 37.852 pessoas que se encontravam em hemodiálise, foi possível verificar que ocorreram 1.291 casos de infecção por Covid-19 e destes, foram registradas 357 mortes, sendo que a taxa de incidência registrada foi de 341/10.000 pessoas, a taxa de mortalidade foi de 94,3/10.000 e a letalidade 27,2%.⁶⁶ Já em relação às condições e doenças de imunodepressão, enquanto comorbidades e fatores de risco relacionadas ao Covid-19, foi identificada correlação no que se encontra apresentado na literatura científica, quando é defendido que as pessoas que são portadoras de SIDA/ AIDS são mais vulneráveis à enfermidade pandêmica na atualidade.^{67,68}

Estudos desenvolvidos na Inglaterra e também na África do Sul, foi possível verificar que, nas pessoas que vivem com HIV, a possibilidade de morrer em consequência da Covid-19 e de suas complicações é o dobro (2x), quando comparado à população em geral.⁶⁷ Já para outros autores, os pacientes que possuem um ou mais tipos de cânceres (CA), tendem a apresentar risco mais ampliado de contrair ou piorar do Covid-19, além de apresentarem pior prognóstico do que aqueles sem.^{68,69} A questão da imunodepressão, enquanto comorbidades e fatores de risco relacionadas aos óbitos por **SRAG**/Covid-19, é

tão ampla que numerosas enfermidades, além da SIDA/AIDS e dos vários tipos de CAs são citados, enquanto exemplos de doenças crônicas e situações de imunodepressão, como por exemplo, a doença respiratória crônica (DRC), a asma grave em uso de corticoide sistêmico, a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), a bronquiectasia, a fibrose cística (FC) dentre muitas outras.⁷⁰ Enquanto forma de melhor entendimento de tão complexa questão, foi adaptado um quadro de enfermidades elencadas pelo Senado Federal (SF), que apresenta outras enfermidades crônicas e situações relacionadas a imunodepressão:

Quadro 1 – Exemplos de enfermidades crônicas e de situações de imunodepressão:

* Doença Respiratória Crônica (DRC)	* Síndrome nefrótica (SN)
* Asma Grave em uso de corticoide sistêmico	* Paciente em diálise
* Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)	* Doenças hepática crônica (DHC)
* Bronquiectasia	* Hepatites crônicas
* Fibrose Cística (FC)	* Cirrose
* Doenças hereditárias e degenerativas do sistema nervoso ou muscular	* Doenças Intersticiais do pulmão
* Displasia Broncopulmonar (DBP)	* Diabetes mellitus (DM)
* Diabetes Mellitus tipo I e tipo II em uso de medicamentos	* Hipertensão Pulmonar
* Doença cardíaca crônica	* Imunossupressão
* Imunodeficiência congênita ou adquirida	* Doença cardíaca congênita
* Insuficiência Cardíaca (IC)	* Doença cardíaca sistêmica
* Imunossupressão por doenças ou medicamentos	* Doença renal crônica (DRC)
* Doença Renal nos estágios 3, 4 e 5	* Transplantados

Fonte: Adaptado do Senado Federal (SF), 2021.

* Disponível em: [\[https://www12.senado.leg.br/institucional/covid/area-de-saude/doencas-cronicas-e-situacoes-de-imunodepressao\]](https://www12.senado.leg.br/institucional/covid/area-de-saude/doencas-cronicas-e-situacoes-de-imunodepressao).

Em relação a asma enquanto comorbidade e fator de risco relacionada ao Covid-19, foi verificado que, apesar do reconhecido Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos da América (EUA), listarem esta enfermidade respiratória enquanto fator de risco, estudos chineses apontam que a asma e a alergia respiratória, não foram identificadas enquanto fatores de risco significativos para esta enfermidade pandêmica, em séries de casos analisados.^{71,72} A questão da asma não ser identificada enquanto um significativo fator de risco relacionado a Covid-19, possivelmente a mesma esteja relacionada à sua reduzida expressão, no que se refere aos receptores da enzima de conversão da angiotensina (ECA) junto a asma atópica.^{72,73}

Para outros pesquisadores, a questão da suscetibilidade e também, do risco relacionado ao Covid-19 grave entre os pacientes com diagnóstico de asma, poderá ser diferente dependendo de algumas situações, como por exemplo, da faixa etária, da complexidade da enfermidade, do seu endótipo e do seu fenótipo, além do tipo de tratamento eleito para a sua implementação.⁷⁴ Por isso, é defendido que a relação existente entre a asma e o Covid-19 ainda não se encontra bem esclarecida, necessitando serem realizados outros estudos e pesquisas para uma melhor elucidação desta questão.^{72,73,74}

No que se refere às doenças neurológicas enquanto comorbidades e fatores de risco relacionados aos óbitos por SRAG/Covid-19, foi identificada correlação com o que se encontra exposto junto a literatura científica, quando é defendido

que na atualidade, existe um elevado quantitativo de publicações que tem defendido fortemente o envolvimento do Sistema Nervoso Central (SNC) junto à questão da Covid-19, entretanto, ainda existem inúmeras perguntas no que se refere à sua fisiopatologia a serem respondidas.^{75,76} Nesse sentido, podem ser citadas enquanto condições fisiopatológicas relacionadas ao comprometimentos e fatores de risco neurológico, as consequências indiretas no que se referem à disfunção bioquímica e também multiorgânica, e ainda, no seu impacto a médio e a longo prazo, por conta das propriedades neuroinvasivas do vírus.^{75,76}

Para alguns pesquisadores, a SARS-CoV apresenta elevada homologia quando comparado ao SARS-CoV-2, sendo ele comprovadamente classificado enquanto neurotrópico, pois, eles utilizam proteínas relacionadas à superfície, objetivando realizarem ligação junto ao receptor da enzima de conversão de angiotensina-2 (ECA2).^{75,76,77} Desta forma, a localização do referido receptor, possivelmente, determinar o processo de tropismo celular da estrutura do vírus, junto ao sistema nervoso central (SNC), ou seja, junto aos astrócitos, neurônios, micróglia e oligodendrócitos.^{75,76,77}

Conforme identificado junto a literatura científica, os sinais de sintomas neurológicos observados em pacientes acometidos por SARS-CoV-2 são a ageusia, a anosmia e a cefaleia.^{75,76,77,78} Também foram identificadas junto as pesquisas consultadas, enquanto outras manifestações neurológicas, as crises epiléticas, a doença cerebrovascular aguda, a encefalopatia, infecções do SNC e manifestações neuromusculares.^{75,76,77,78}

No que se refere às pneumopatias enquanto comorbidade e fatores de risco relacionados aos óbitos por SRAG/Covid-19, foi identificada correlação científica quando é defendido que o SARS-CoV-2 se constitui enquanto um vírus, que possui elevado potencial para causar tromboembolismo pulmonar, além de síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA), sintomas respiratórios e sistêmicos classificados enquanto leves, e também, quadros graves com sepse, e disfunção de múltiplos órgãos.^{79,80} Para alguns pesquisadores, o Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS-CoV) e o Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus (SARS-CoV), se constituem enquanto cepas relacionadas a enfermidades classificadas enquanto potencialmente fatais, sendo correlacionadas a agentes etiológicos da síndrome respiratória aguda grave (SRAG) nos anos de 2002 e em 2012.^{29,80,81}

Quando analisado geneticamente, o genoma pertencente ao SARS-CoV-2 tem a possibilidade de codificar quatro (04) proteínas estruturais principais, sendo elas a proteína E (envelope), a proteína M (membrana), a proteína N (nucleocapsídeo), e a proteína S (spike).^{80,81} Nesse sentido, é verificado que a proteína S tem a possibilidade de se ligar à ECA2, que se constitui enquanto o receptor para a entrada do vírus junto à célula e, posteriormente a esses fenômenos, ocorre o fenômeno conhecido enquanto tropismo estruturas citológicas epiteliais alveolares tipo II, que se representam enquanto secretoras de surfactante do tipo pulmonar e, possivelmente, de macrófagos alveolares residentes que irão expressar este receptor.^{80,81,82,83}

No que se refere às doenças hepáticas, enquanto comorbidades e fatores de risco relacionados aos óbitos por SRAG/Covid-19, foi identificada correlação com o que se encontra exposto junto a literatura científica, quando é defendida a necessidade de cuidados, tratamento e imunização dos referidos pacientes, portadores da doença hepática crônica (DHC) e cirrose hepática, enquanto grupo

de risco relacionados a uma ou mais patologias e, que necessitam de imunização junto a Fase 2 do Plano de Vacinação em Portugal.⁸⁴ Dentre as doenças hepáticas conhecidas, podem ser citadas a cirrose, a doença hepática gordurosa não alcoólica (DHGNA), a hepatite A, a hepatite B, a hepatite C, hemocromatose hereditária tipo 1 e a hepatite alcoólica.^{84,85,86}

Mesmo com a existência de diagnóstico clínico de cirrose hepática, não se pressupõe o surgimento de insuficiência hepática naquele exato momento, sendo possível a presença de risco acrescido de óbito, nos casos relacionados a infecção pelo Covid-19, sendo verificada taxa de mortalidade de aproximadamente 30%.^{85,86,87} Segundo a Associação Americana para o Estudo de Doenças Hepáticas (American Association for the Study Liver Diseases – AASLD), pessoas com faixa etária avançada, com a presença de comorbidades como, por exemplo, cirrose, cardiopatias, CAs, obesidade, imunodeficiências e transplantados de órgãos sólidos, apresentam maior risco para o desenvolvimento de óbito pelo Covid-19.⁸⁸

Por outro lado, por conta de pessoas com diagnóstico de cirrose, transplantados de fígado e outros imunossuprimidos, não terem sido incluídos junto a pesquisas iniciais, existe escassez de evidências relacionadas aos efeitos gerados, por conta do processo de imunização e vacinação.^{88,89} No que se refere às doenças hematológicas, enquanto comorbidade e fatores de risco relacionados aos óbitos por SRAG/Covid-19, foi identificada correlação com o que se encontra exposto junto a literatura científica, quando é defendido que esta enfermidade pandêmica, provoca alterações laboratoriais, clínicas e hematológicas, como por exemplo, a plaquetopenia e a linfopenia.^{90,91}

Para alguns pesquisadores, a pessoa que se encontra infectada pelo Covid-19, acaba desenvolvendo hipercoagulabilidade por conta de microtrombozes, além do processo de oclusão de reduzidos vasos pulmonares, ampliando o estado existente de diminuição da oxigenação (hipóxia) e, posteriormente, ocorre associação no que se refere às formas de coagulação do tipo intravascular tendo disseminação e também, reverberação sistêmica.^{92,93} Nesse sentido, se torna de fundamental importante se atentar para as complicações relacionadas a questão da demora no processo de internação e restrição ao leito, nos pacientes com diagnóstico de Covid-19 e com complicações hematológicas, permitindo o surgimento de riscos de trombose venosa profunda (TVP).^{92,93}

Num outro estudo, foi verificado significativo risco de óbito em pacientes com diagnóstico de Covid-19 internados em unidade de terapia intensiva (UTI), naqueles que apresentaram após a realização de exames hematológicos, resultados de elevados valores de leucócitos totais e neutrófilos, além de valores reduzidos de hemoglobinas.⁹⁴ No que se refere a Síndrome de Down (SD), enquanto comorbidade e fator de risco relacionado ao Covid-19, foi identificada correlação, quando é defendido que é verificado nas referidas pessoas, prevalência entre 40 a 50% de doenças do tipo cardiovasculares, além de maior possibilidade de desenvolvimento de sobrepeso, obesidade, hipertensão arterial e ainda, por eles possuírem alterações junto as vias aéreas, ocorre maior facilidade de infecção pelo vírus do Covid-19, ampliando as complicações junto ao paciente.^{95,96,97,98}

Para alguns pesquisadores, as pessoas com diagnóstico da SD possuem maior risco de contraírem esta enfermidade pandêmica, por conta de sua disfunção imunológica, maior propensão à necessidade de hospitalização e ainda, maior possibilidade de mortalidade por conta do Covid-19.^{98,99,100} A complexidade e emergência da questão é tamanha que a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) se manifestou, desenvolvendo uma nota de alerta no que se refere à questão aos cuidados em relação a criança com SD, sugerindo ações de atenção nos casos de suspeita do Covid-19.¹⁰¹

No documento citado pela SBP, também é identificado um importante alerta quanto a faixa etária pediátrica, ser aquela afetada de forma reduzida pelos impactos do Covid-19, as crianças com SD são vulneráveis e bem mais suscetíveis à processos infecciosos do tipo respiratórios, por conta inclusive das conhecidas comorbidades como por exemplo, as cardiopatias, o DM, às imunodeficiências, a obesidade, somados aos fatores preditivos de gravidade ampliada.¹⁰²

Conclusão

Por meio do presente estudo, foi possível verificar o considerável quantitativo de comorbidades e fatores de risco relacionados aos óbitos da SRAG por Covid-19, no recorte geográfico e histórico analisados. Dentre as comorbidades e fatores de risco identificados, podem ser citadas as cardiopatias, o DM, a obesidade, a doença renal, a imunodepressão, a asma, as doenças neurológicas, as pneumopatias, as doenças hepáticas, as doenças hematológicas e a SD.

Apesar do presente estudo possuir limitações, o mesmo conseguiu cumprir os objetivos propostos, permitindo melhor elucidar a relação existente entre as comorbidades e fatores de risco, no que se refere aos óbitos registrados da SRAG por Covid-19 no Brasil no período temporal em questão. Por outro lado, várias são as dúvidas ainda existentes, no que se refere ao Covid-19 e as suas comorbidades e fatores de riscos, necessitando serem incentivadas à realização de estudos e de pesquisas mais robustas, objetivando melhor elucidar esta enfermidade tão complexa e violenta.

Outra dúvida também existente deste complexo problema de saúde pública internacional e nacional, é em relação aos impactos diretos e indiretos gerados, às vítimas e aos vitimados pela pandemia do Covid-19, se constituindo enquanto questão que irá reverberar junto as futuras gerações. Nesse sentido, cabe a todas as pessoas, a sociedade e as nações internacionais, redobramos os seus esforços no sentido de não se permitirem o progresso e a expansão da Covid-19, bem como, de suas variantes, objetivando mitigar os seus efeitos devastadores.

Medidas como a utilização de máscaras, a higienização das mãos, o distanciamento social e o processo de imunização, se constituem enquanto poderosas estratégias para o combate e o controle do Covid-19 e de suas variantes. Outras estratégias de educação em saúde, comunicação em saúde, prevenção, combate e controle ao Covid-19 e de suas diferentes variantes, necessitam ser redobradas, objetivando incentivar a melhor conscientização de todos os integrantes das sociedades e mitigando os seus efeitos devastadores e incalculáveis na contemporaneidade e nas futuras gerações.

Agradecimento

Esta pesquisa não teve financiamentos.

Referências

1. Marcovecchio E. *Dizionario etimológico storico dei íermini medieî. Fircnze, Festina Lente, 1993.968p.*
2. Rezende JM de. Epidemia, endemia, pandemia. *Epidemiologia. Revista de Patologia Tropical.* 1998;27(1):153-155.
3. Platão. *As leis, ou da legislação e epinomis.* Bauru: Edipro, 1999. 543p.
4. Sarmento C. Paradoxos de uma Pandemia. *Revista Portuguesa de Ciência Política.* 2021;14. 9-17. doi: <https://doi.org/10.33167/2184-2078.RPCP2020.14/pp.9-17>.
5. Feijoo AMLC de, Protasio MM, Pietrani EEM, Lopes SEM, Protasio FM, Noletto MCMF. As enigmáticas expressões do homem moderno frente às pandemias. *Holos.* 2021;4:1-20. doi: <https://doi.org/10.15628/holos.2021.11498>.
6. Nossa PNMS. Preparação e cooperação internacional em cenários de emergência sanitária: fragilidades anunciadas num contexto de economia global. *Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde.* 2020;321-335. doi: <https://doi.org/10.14393/Hygeia0054631>.
7. Saez A. La peste Antonina: una peste global en el siglo II d.C. *Rev. chil. infectol.* 2016;33(2):218-221. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182016000200011>.
8. Geoffroy AS, Diaz JP. De la Peste Antonina a la Peste de Cipriano: Alcances y consecuencias de las pestes globales en el Imperio Romano en el siglo III d.C. *Rev. chil. infectol.* 2020;37(4):450-455. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182020000400450>.
9. Prieto O, Robin G. Más allá de las pandemias. *Revista Colombiana de Cirugía.* 2020;35(2):141-142. doi: <https://doi.org/10.30944/20117582.606>.
10. Sayar MH. Marcus Aurelius ve Lucius Verus Dönemlerinde M.S. 165-180 Yılları Arasında Görülen Büyük Salgın. *Tarih Dergisi - Turkish Journal of History.* 2020;(71):15-28. doi: [10.26650/TurkJHist.2020.002](https://doi.org/10.26650/TurkJHist.2020.002).
11. Romero JAR, Silva FAM da. Relação entre as condições socioeconômicas e a incidência da pandemia da covid-19 nos municípios do Ceará. *Boletim de Conjuntura (BOCA).* 2020;3(7):85-95. doi: [10.5281/zenodo.3923443](https://doi.org/10.5281/zenodo.3923443).
12. Quírico T. Peste negra e escatologia: os efeitos da expectativa da morte sobre a religiosidade do século XIV. *Mirabilia: Electronic Journal of Antiquity and Middle Ages.* 2012;14:135-135.
13. Radunz R, Rampazzo HB. Peste negra: uma análise filmográfica para sala de aula. *Revista Latino-Americana de História.* 2021;10(25):175-192. doi: <https://doi.org/10.4013/rlah.2021.1025.10>.
14. Sobrequés Callicó, Jaime. La Peste Negra en la Península Ibérica. **Anuario de Estudios Medievales.** 1970;7:67.
15. Niquini RP, Lana R M, Pacheco AG, Cruz OG, Coelho FC, Carvalho LM, Villela DAM, Gomes MF da C, Bastos LS. SRAG por COVID-19 no Brasil: descrição e comparação de características demográficas e comorbidades com SRAG por influenza e com a população geral. *Cadernos de Saúde Pública.* 2020;36(7). e00149420. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00149420>.

16. Barry, John M. A grande gripe: a história da gripe espanhola, a pandemia mais mortal de todos os tempos. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2020. 608p.
17. Alvarez A, Carbonetti A, Carrillo AM, Filho CB, Souza CMC de, Bertucci LM, Azevedo N. A gripe de longe e de perto: comparações entre as pandemias de 1918 e 2009. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. 2009;16(4):1065-1113. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702009005000001>.
18. Neto M, Gomes T de O, Cunha CS, Souza HAN de, Macena MVM, Fonseca MHS, Porto FR. Lessons from the past in the present: news from the Spanish flu pandemic to COVID-19. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2021;75(1):e20201161. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1161>.
19. Souza CMC de. A gripe espanhola em Salvador, 1918: cidade de bicos e cortiços. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. 2005; 12(1): 71-99. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702005000100005>.
20. Brito NA de. La dansarina: a gripe espanhola e o cotidiano na cidade do Rio de Janeiro. *História, Ciências, Saúde*. 1997; IV (1):11-30.
21. Neves JR de C. O mundo pós-pandemia: reflexões sobre uma nova vida. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2020. 416p.
22. Bertolli Filho, Claudio. A gripe espanhola em São Paulo, 1918: epidemia e sociedade. São Paulo; Paz e Terra; 2003. 393 p.
23. Gomes IM de AM, Ferraz LMR. Ameaça e controle da gripe A(H1N1): uma análise discursiva de *Veja*, *IstoÉ* e *Época*. *Saúde Soc*. 2012;21(2):302-313.
24. Ujvari SC. A história e suas epidemias: a convivência do homem com os microorganismos. Rio de Janeiro; São Paulo: Senac, 2003.
25. Lopez Bernal, Jamie; Andrews, Nick; Gower, Charlotte; Gallagher, Eileen; Simmons, Ruth; Thelwall, Simon; Stowe, Julia; Tessier, Elise; Groves, Natalie; Dabrera, Gavin; Myers, Richard; Campbell, Colin N J; Amirthalingam, Gayatri; Edmunds, Matt; Zambon, Maria; Brown, Kevin E; Hopkins, Susan; Chand, Meera; Ramsay, Mary. Effectiveness of Covid-19 Vaccines against the B.1.617.2 (Delta) Variant. *N Engl J Med*. 2021; 385(7):585-594. doi: [10.1056/NEJMoa2108891](https://doi.org/10.1056/NEJMoa2108891).
26. Velavan TP, Meyer CG. The COVID-19 epidemic. *Trop Med Int Health*. 2020;25(3):278-280. doi: <https://doi.org/10.1111/tmi.13383>.
27. Tyrrell DA, Bynoe ML. Cultivation of viruses from a high proportion of patients with colds. *Lancet*. 1966; 1:76-77. doi: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(66\)92364-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(66)92364-6).
28. 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: <http://dx.doi.org/10.21037/fomm.2020.02.01>.
29. Su S, Wong G, Shi W, et al. Epidemiology, Genetic Recombination, and Pathogenesis of Coronaviruses. *Trends Microbiol*. 2016;24(6):490-502. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.tim.2016.03.003>.
30. Lu R, Zhao X, Li J, Niu P, Yang B, Wu H, et al. Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding. *Lancet*. 2020;395: 565-574. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30251-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30251-8).
31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Protocolo de manejo clínico para o novo-coronavírus (2019-nCoV) na atenção primária à saúde. Disponível em: [\[https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/20/20200318-ProtocoloManejo-ver002.pdf\]](https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/20/20200318-ProtocoloManejo-ver002.pdf). Acesso em: 20 jun 2020.

32. 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: <http://dx.doi.org/10.1038/s41368-020-0075-9>.
33. E. Callaway, D. Cyranoski, Why snakes probably aren't spreading the new China virus. *Nature* (2020), doi: <https://doi.org/10.1038/d41586-020-00180-8>.
34. Johns Hopkins University. Coronavirus Resource Center. COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU). Available in: [<https://coronavirus.jhu.edu/map.Html>]. Access on: 21 out 2021.
35. Johns Hopkins University. Coronavirus Resource Center. COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU). Available in: [<https://coronavirus.jhu.edu/map.html>]. Access on: 22 out 2021.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Coronavírus: o que você precisa saber e como prevenir o contágio. Disponível em: [<https://coronavirus.saude.gov.br/>]. Acesso em: 20 jun 2020.
37. Gonçalves ALN, Feitoza AC, Albuquerque LJV, Falcão ACAM, Rocha MAW, Novais DMGA, Lyra PT, Ramos RCF. Comorbidades associadas em pacientes pediátricos positivos com covid-19. *Braz J Infect Dis.* 2021; 25:101104. doi: <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.101104>.
38. Brasil. Ministério da Saúde. OpenDataSUS. Conjunto de dados. Organizações. SRAG 2021 - Banco de Dados de Síndrome Respiratória Aguda Grave - incluindo dados da COVID-19. **Vigilância de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)**. Disponível em: [<https://opendatasus.saude.gov.br/dataset/bd-srag-2021>]. Acesso em: 19 out 2021.
39. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Nota de esclarecimento e posicionamento sobre vacinação contra covid-19 em idosos. Disponível em: [<https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2021/01/nota-1.pdf>]. Acesso em: 22 out 2021.
40. Graham NSN, Junghans C, Downes R, Sendall C, Lai H, McKirdy A, Ellio P, Howard R, Wingfield D, Priestman M, Ciechonska M, Cameron L, Storch M, Crone MA, Freemont PS, Randell P, McLaren R, Lang N, Ladhani S, Sanderson F, Sharp DJ. SARS-CoV-2 1 InfecLon, Clinical Features and Outcome of COVID-19 in United Kingdom Nursing Homes. *The Journal of Infec Lon.* 2020;81(3):411-419. doi <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.05.073>.
41. Han J, Gong H, Fu L, Chen P, Wang S, Yuan J, Fu Z. Clinical and CT imaging features of SARS-CoV-2 patients presented with diarrhea. *J Infect.* 2020;81(6):e33-e35. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.08.003>.
42. Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, Qiu Y, Wang J, Liu Y, Wei Y, Xia J, Yu T, Zhang X, Zhang L. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *The Lancet.* 2020.395(10223). 507-513. doi: [https://doi.org/10.1016/S01406736\(20\)30211-7](https://doi.org/10.1016/S01406736(20)30211-7).
43. Gomes ABS, Ferreira JG, Bernardo JMF, Sá FJLND, Oliveira JSD. Doenças cardiovasculares induzidas pela covid-19 e sua relação com marcadores biológicos. *Braz J Infect Dis.* 2021;25:101156. doi: <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2020.101156>.

44. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, et al. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 Novel Coronavirus infected pneumonia in Wuhan, China. *JAMA*. 2020;323(11):1061-1069. doi:[10.1001/jama.2020.1585](https://doi.org/10.1001/jama.2020.1585).
45. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Posicionamento para Ressuscitação Cardiopulmonar de Pacientes com Diagnóstico ou Suspeita de COVID-19. 2020. 10p. Disponível em: [<http://publicacoes.cardiol.br/portal/abc/portugues/2020/v11406/posicionamento-para-ressuscitacao-cardiopulmonar-de-pacientes-com-diagnostico-ou-suspeita-de-covid-19-2020.asp>]. Acesso em: 22 out 2021.
46. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Posicionamento sobre Uso de Antiplaquetários e Anticoagulantes nos Pacientes Infectados pelo Novo Coronavírus (COVID-19) - 2020. 10p. Disponível em: [<http://publicacoes.cardiol.br/portal/abc/portugues/2020/v11502/posicionamento-sobre-uso-de-antiplaquetarios-e-anticoagulantes-nos-pacientes-infectados-pelo-novo-coronavirus-covid-19-2020.asp>]. Acesso em: 22 out 2021.
47. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Posicionamento do Departamento de Ergometria, Exercício, Cardiologia Nuclear e Reabilitação Cardiovascular (DERC/SBC) sobre a Atuação Médica em suas Áreas Durante a Pandemia por COVID-19. 2020. 8p. Disponível em: https://adad56f4-85f5-461a-ad4d-33669b541a69.usrfiles.com/ugd/adad56_f1fa3d3f8128492cbd55b1549a1fe0b5.pdf. Acesso em: 22 out 2021.
48. Bittencourt et al. Protocolo de Reconexão dos Serviços de Cardiologia com os Pacientes Durante a Pandemia de COVID-19 - 2020. *Arq Bras Cardiol*. 2020; 115(4):776-799. doi: <https://doi.org/10.36660/abc.20201004>.
49. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Departamento de Cardiologia da Mulher. Posicionamento sobre COVID-19 e Gravidez em Mulheres Cardiopatas - 2020. 12p. Disponível em: [https://adad56f4-85f5-461a-ad4d-33669b541a69.usrfiles.com/ugd/adad56_10ac66e691de45e2b81e8b6c4072dbe2.pdf]. Acesso em: 22 out 2021.
50. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Posicionamento sobre Avaliação Pré-participação Cardiológica após a Covid-19: Orientações para Retorno à Prática de Exercícios Físicos e Esportes - 2020. 14p. Disponível em: <https://www.portal.cardiol.br/post/posicionamento-sobre-avaliacao-pre-participacao-cardiologica-apos-a-covid-19>. Acesso em: 22 out 2021.
51. Beck et al. Posicionamento sobre indicações e reintrodução dos métodos de imagem cardiovascular de forma segura no cenário da Covid-19 - 2021. *Arq Bras Cardiol*. 2021; 116(3):659-678. doi: <https://doi.org/10.36660/abc.20210133>.
52. Lim S, Bae JH, Kwon HS, Nauck MA. COVID-19 and diabetes mellitus: from pathophysiology to clinical management. *Nat Rev Endocrinol*. 2021;17:11-30. doi: <https://doi.org/10.1038/s41574-020-00435-4>.
53. Kulcsar KA, Coleman CM, Beck SE, Frieman MB. Comorbid diabetes results in immune dysregulation and enhanced disease severity following MERS-CoV infection. *JCI Insight*. 2019;4:131774. doi: [10.1172/jci.insight.131774](https://doi.org/10.1172/jci.insight.131774).
54. Bloomgarden ZT. Diabetes and Covid-19. *Journal of Diabetes*. 2020;12:347-349. doi: <https://doi.org/10.1111/1753-0407.13027>.
55. Hussain A, Bhowmik B, Moreira NC do V. COVID-19 and diabetes: Knowledge in progress. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2020;162:108142. doi: <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2020.108142>.

56. Sattar N, McInnes IB, McMurray JJV. Obesity Is a Risk Factor for Severe COVID-19 Infection: Multiple Potential Mechanisms. 2020;142(1):4-6. doi: <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.120.047659>.
57. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. Imunização contra Covid-19 em pessoas com obesidade. 2021. Disponível em: <https://abeso.org.br/imunizacao-contracovid-19-em-pessoas-com-obesidade/>. Acesso em: 31 out 2021.
58. Williamson EJ, Walker AJ, Bhaskaran K, Bacon S, Bates C, Morton CE, Curtis HJ, Mehrkar A, Evans D, Inglesby P, Cockburn J, McDonald HI, MacKenna B, Tomlinson L, Douglas IJ, Rentsch CT, Wong MR, Grieve R, Harrison D, Forbes H, Schultze A, Croker R, Parry J, Hester F, Harper S, Perera R, Evans SJW, Smeeth L, Goldacre B. Factors associated with COVID-19-related death using OpenSAFELY. *Nature*. 2020;584:430-436. doi: <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2521-4>.
59. Yang J, Hu J, Zhu C. Obesity aggravates COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *J Med Virol*. 2021;93:257-261. doi: [10.1002/jmv.26237](https://doi.org/10.1002/jmv.26237).
60. Pely IMD, Azevedo RB, Muxfeldt ES, Botelho BG, Albuquerque GG, Diniz PHP, Silva R, Rodrigues CIS. COVID-19 and chronic kidney disease: a comprehensive review. *Brazilian Journal of Nephrology*. 2021;43(3):383-399. doi: <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2020-0203>.
61. Chou CY, Wang SM, Liang CC, Chang CZ, Liu JH, Wang IK, et al. Risk of pneumonia among patients with chronic kidney disease in outpatient and inpatient settings: a nationwide population-based study. *Medicine (Baltimore)*. 2020;93(27):e174. doi: <https://doi.org/10.1097/MD.000000000000174>.
62. De Lusignan S, Dorward J, Correa A, Jones N, Akinyemi O, Amirthalingam G, et al. Risk factors for SARS-CoV-2 among patients in the Oxford Royal College of General Practitioners Research and Surveillance Centre primary care network: a cross-sectional study. *Lancet Infect Dis*. 2020 Sep;20(9):1034-1042. doi: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30371-6](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30371-6).
63. Neves PMM, Sesso RC, Thomé FS, Lugon JR, Nascimento MM. Brazilian Dialysis Census: analysis of data from the 2009-2018 decade. *Braz J Nephrol*. 2020;42(2):191-200. doi: <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2019-0234>.
64. Che Cheng Y, Luo R, Wang K, Zhang M, Wang Z, Dong L, Li J, Yao Y, Ge S, Xu G. Kidney disease is associated with in-hospital death of patients with COVID-19. *Kidney Int*. 2020;97:829-838. doi: [10.1016/j.kint.2020.03.005](https://doi.org/10.1016/j.kint.2020.03.005).
65. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Recomendações da SBN sobre vacinação contra COVID-19 em renais crônicos em diálise. 2021. Disponível em: https://www.sbn.org.br/fileadmin/user_upload/2021_noticias/departamento_de_dialise_28012021.pdf. Acesso em: 25 out 2021.
66. Pio-Abreu A, Nascimento MM do, Vieira MA, Neves PDM de M, Lugon JR, Sesso R. High mortality of CKD patients on hemodialysis with Covid-19 in Brazil. *J Nephrol*. 2020;33:875-877. doi: <https://doi.org/10.1007/s40620-020-00823-z>.
67. Joint United Nations Program on HIV/AIDS. Global AIDS update. Confronting inequalities. Lessons for pandemic responses from 40 years of AIDS. 2021. 386p. Available in: [\[https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2021-global-aids-update_en.pdf\]](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2021-global-aids-update_en.pdf). Access on: 25 oct 2021.

68. Xia Y, Jin R, Zhao J, Li W, Shen H. Risk of COVID-19 for patients with cancer. *Lancet Oncol.* 2020;21(4): e180. doi: [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30150-9](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30150-9).
69. Freitas R de, Oliveira LAF de, Rosa KS da C, Borsatto AZ, Sampaio SG dos SM, Sales BR, Krieger MV, Esteves EMFL, Silva ED da, Oliveira LC de. Cuidados Paliativos em Pacientes com Câncer Avançado e Covid-19. *Rev. Bras. Cancerol.* 2020;66:e-1077. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66nTemaAtual.1077>.
70. Senado Federal. Ações de combate à COVID-19. Medidas da Área de Saúde. Doenças crônicas e situações de imunodepressão. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/covid/area-de-saude/doencas-cronicas-e-situacoes-de-imunodepressao> . Acesso em: 25 out 2021.
71. Jackson DJ, Busse WW, Bacharier LB, Kattan M, O'Connor GT, Wood RA, Visness CM, Durham SR, Larson D, Esnault S, Ober C, Gergen PJ, Becker P, Togias A, Gern JE, Altman MC. Association of respiratory allergy, asthma, and expression of the SARS-CoV-2 receptor ACE2. *J Allergy Clin Immunol.* 2020;146(1):203-206. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2020.04.009>.
72. Halpin DMG, Singh D, Hadfield RM. Inhaled corticosteroids and COVID-19: a systematic review and clinical perspective. *Eur Respir J.* 2020;55:2001009. doi: <https://doi.org/10.1183/13993003.01009-2020>.
73. Venerabile ALG. Asma e COVID-19. *Residência Pediátrica*; 2020: Ahead of Print. doi: <https://doi.org/10.25060/residpediatr-2020.v10n2-355>.
74. Carvalho JC, Coutinho IA, Nunes I, Moura AL, Regateiro FS. Asma e COVID-19: Atualização. *Rev Port Imunoalergologia.* 2020;28(2):97-109. doi: <http://doi.org/10.32932/rpia.2020.06.034>.
75. Costa A, Silva-pinto A. Neurological manifestations and Covid-19. *Acta Med Port.* 2020;33(12):787-788. doi: <https://doi.org/10.20344/amp.14773>.
76. Zubair AS, McAlpine LS, Gardin T, Farhadian S, Kuruvilla DE, Spudich S. Neuropathogenesis and neurologic manifestations of the coronaviruses in the age of coronavirus disease 2019: a review. *JAMA Neurol.* 2020;77(8):1018-1027. doi: <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2020.2065>.
77. Espíndola OM, Siqueira M, Soares CN, Lima MASD, Leite ACCB, Araujo AQC, Brandão CO, Silva MTT. Patients with covid-19 and neurological manifestations show undetectable sars-cov-2 RNA levels in the cerebrospinal fluid. *Int J Infect Dis.* 2020;96:567-569. doi: [10.1016/j.ijid.2020.05.123](https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.05.123).
78. Mao L, Jin H, Wang M, Hu Y, Chen S, He Q, Chang J, Hong C, Zhou Y, Wang D, Miao X, Li Y, Hu B. Neurologic manifestations of hospitalized patients with coronavirus disease 2019 in Wuhan, China. *JAMA Neurol.* 2020;77(6): 683-690. doi: <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2020.1127>.
79. Amorim DS, Lima FLO, Costa EAS. Tromboembolismo pulmonar em Covid-19. *Hematol Transfus Cell Ther.* 2020;42:562-563. doi: [10.1016/j.htct.2020.10.951](https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.951).
80. Loureiro CMC, Serra JPC, Loureiro BMC, Souza TDM de, Góes TM, Neto J de SA, Dantas F de S e S, Valverde ABCM, Marinho JM. Alterações Pulmonares na COVID-19. *Rev. Cient. HSI.* 2020;4(2):89-99. doi: <https://doi.org/10.35753/rchsi.v4i2.175>.
81. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, Zhao X, Huang B, Shi W, Lu R, Niu P, Zhan F, Ma X, Wang D, Xu W, Wu G, Gao GF, Tan W. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med.* 2020;382(8):727-733. doi: [10.1056/NEJMoa2001017](https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001017).

82. Kirchenchtejn C, Ueda SKN, Guimarães SML, Reis FP dos, Pavani AVB. Pneumotórax secundário por lesão cística formada na síndrome respiratória aguda pela COVID-19 – um relato de caso. *Diagn Tratamento*. 2020;25(4):147-151.
83. Hoffmann M, Kleine-Weber H, Schroeder S, Krüger N, Herrler T, Erichsen S, Schiergens TS, Herrler G, Wu NH, Nitsche A, Müller MA, Drosten C, Pöhlmann S. SARS-CoV-2 cell entry depends on ACE2 and TMPRSS2 and is blocked by a clinically proven protease inhibitor. *Cell*. 2020;181(2):271-280. doi: [10.1016/j.cell.2020.02.052](https://doi.org/10.1016/j.cell.2020.02.052).
84. Marinho RT, Matos L, Macedo G. Risk Stratification of Patients with Chronic Liver Disease and Potential Implications for the COVID-19 Vaccination Program in Portugal. *Acta Med Port*. 2021;34(6):484-491. doi: <https://doi.org/10.20344/amp.16442>.
85. Abdollahi A, Beigmohammadi MT, Safaei M, Mehrtash V, Jafarzadeh B. A histopathological observation regarding the possibility of hemophagocytic lymphohistiocytosis in COVID-19 patients. *J Gastrointest Liver Dis*. 2020;29(3):475-476. doi: [10.15403/jgld-2934](https://doi.org/10.15403/jgld-2934).
86. Lavarone M, D'Ambrosio R, Soria A, Triolo M, Pugliese N, Del Poggio P, Perricone G, Massironi S, Spinetti A, Buscarini E, Viganò M, Carriero C, Fagiuoli S, Aghemo A, Belli LS, Lucà M, Pedaci M, Rimondi A, Rumi MG, Invernizzi P, Bonfanti P, Lampertico P. High rates of 30-day mortality in patients with cirrhosis and COVID-19. *J Hepatol*. 2020;73(5):1063-1071. doi: [10.1016/j.jhep.2020.06.001](https://doi.org/10.1016/j.jhep.2020.06.001).
87. Shalimar EA, Vaishnav M, Kumar R, Pathak P, Soni KD, Aggarwal R, Soneja M, Jorwal P, Kumar A, Khanna P, Singh AK, Biswas A, Nischal N, Dar L, Choudhary A, Rangarajan K, Mohan A, Acharya P, Nayak B, Gunjan D, Saraya A, Mahapatra S, Makharia G, Trikha A, Garg P. Poor outcomes in patients with cirrhosis and corona virus disease-19. *Indian J Gastroenterol*. 2020;39(3):285-291. doi: [10.1007/s12664-020-01074-3](https://doi.org/10.1007/s12664-020-01074-3).
88. American Association for the Study Liver Diseases. Covid-19 and the liver. Available in: [<https://www.aasld.org/about-aasld/covid-19-and-liver>]. Access on: 28 oct 2021.
89. Marjot T, Webb GJ, Barritt AS, Ginès P, Lohse AW, Moon AM, Pose E, Trivedi P, Barnes E. SARS-CoV-2 vaccination in patients with liver disease: responding to the next big question. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2021; 6(3):156-158. doi: [10.1016/S2468-1253\(21\)00008-X](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(21)00008-X).
- 90. Martins ML, Grunewald STF, Cunha CF, Ferreira AA. Alterações hematológicas em pacientes com covid-19 hospitalizados: estudo retrospectivo. *Hematology, Transfusion and Cell Therapy*. 2021;43(Suppl1); S32. doi: <https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.055>.**
91. Grunewald STF. Manifestações hematológicas na covid-19. *Hematol Transfus Cell Ther*. 2020;42:542. doi:[10.1016/j.htct.2020.10.915](https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.915).
92. Azevedo MVC, Leite CMC, Melo ACCFS, Gonçalves PGL, Soares JAH, Bruno LC, Lelis ESDS, Araújo MESO, Benvindo RDN, Soares MFM. Repercussões hematológicas na infecção por covid-19. *Hematol Transfus Cell Ther*. 2020;42:555. doi:[10.1016/j.htct.2020.10.937](https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.937).
93. Lima FLO, Gomes LNL, Góes FSR, et al. Doença de coronavírus 2019 (covid-19): doença hematológica ou respiratória? *Hematol Transfus Cell Ther*. 2020;42:531-532. doi:[10.1016/j.htct.2020.10.897](https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.897).

94. Silva AP, Lira AC, Diniz MV, Nascimento AVD, Silva WRC, Aguiar GR, Silva VR, Lima K. Análise de padrões hematológicos como ferramenta preditiva para avaliar o risco de óbito em pacientes com Covid-19. *Hematology, Transfusion and Cell Therapy*. 2021; 43(Suppl1).S419. doi: <https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.718>.
95. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de atenção à pessoa com Síndrome de Down. Brasília: MS, 2013.62p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_pessoa_sindrome_down.pdf]. Acesso em: 30 out 21.
96. Tempski PZ, Miyahara KL, Almeida MD, Oliveira RB, Oyakawa A, Battistella LR. Protocolo de cuidado à saúde da pessoa com Síndrome de Down-MREA/HCFMUSP. *Acta Fisiatr*. 2011;18(4):175-86. doi: <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20110003>.
97. Russo GC, Bernardes N, Baraldi NR, Saraiva DJB, De A Kátia, Lantieri CJB, Saraiva JF. Ações contra a Covid-19 na população com Síndrome de Down. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2020;115(5):939-941. doi: <https://doi.org/10.36660/abc.20200685>.
98. De Cauwer H, Spaepen A. Are patients with Down syndrome vulnerable to lifethreatening COVID19? *Acta Neurol Belg*. 2020.121(3):685-687. doi: <https://doi.org/10.1007/s13760-020-01373-8>.
99. Paz-Maldonado E. Síndrome de Down y Covid-19: Una breve perspectiva. *Rev Ecuat Neurol*.2021;30(1):15. doi: <https://doi.org/10.46997/revecuatneurol30100015>.
100. Vita S, Di Bari V, Corpolongo A, Goletti D, Espinosa J, Petracca S, Palmieri F, Nicastrì E. Down Syndrome patients with COVID-19 pneumonia: A high-risk category for unfavourable outcome. *Int J Infect Dis* 2021;(103): 607-610. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.11.188>.
101. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Genético. Covid-19 e Síndrome de Down. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22629c-NA_-_COVID-19_e_Sindrome_de_Down.pdf]. Acesso em: 30 out 2021.
102. Siordia JA Jr. Epidemiology and clinical features of Covid-19: a review of current literature. *J Clin Virol*. 2020; 127: 104357. doi: [10.1016/j.jcv.2020.104357](https://doi.org/10.1016/j.jcv.2020.104357).

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

O cuidado oncológico pediátrico frente à pandemia da COVID-19: ações da equipe multiprofissional

Pediatric oncological care in front of the COVID-19: actions by the multiprofessional team

Atención pediátrica oncológica frente a la pandemia COVID-19: acciones del equipo multiprofesional

Mariana Moitinho Freire Queiroz da Silva¹, Luciana Nunes Silva², Maria Carolina Ortiz Whitaker³, Luciana Nascimento Costa⁴,
Mariana de Oliveira Lima Caldas⁵, Geanine Naiara Clementino Rodrigues⁶

Como citar: Silva MMFQ, Silva LN, Whitaker MCO, Costa LN, Caldas MOL, Rodrigues GNC. O cuidado oncológico pediátrico frente à pandemia da COVID-19: ações da equipe multiprofissional. REVISA. 2021; 10(3): 627-32. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n3.p627a632>

REVISA

1.Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-8348-2495>

2. Hospital Martagão Gesteira. Salvador, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-6058-2979>

3.Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-0253-3831>

4. Hospital Martagão Gesteira. Salvador, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-1598-3292>

5. Hospital Martagão Gesteira. Salvador, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-3689-8070>

6. Hospital Martagão Gesteira. Salvador, Bahia, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-7143-711X>

Recebido: 29/04/2021
Aprovado: 26/06/2021

RESUMO

Objetivo: relatar intervenções organizacionais vivenciadas pela equipe multiprofissional para a adaptação e manutenção de um serviço de oncologia pediátrica frente à pandemia do novo coronavírus. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo exploratório junto a profissionais de saúde da oncologia pediátrica em parceria com enfermeiras do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e Educação Permanente em Saúde. **Resultados:** As adaptações e intervenções realizadas foram fundamentadas no Planejamento Comunicativo e organizado em três pilares: espaço físico; fluxo de atendimento; acolhimento e capacitação da equipe. **Conclusão:** As ações organizacionais para a adaptação e manutenção do serviço de oncologia pediátrica frente à pandemia, possibilitaram que os fluxos de atendimentos fossem mantidos com respeito às normas socio-sanitárias e com direcionamento, que proporcionou assistência de qualidade às crianças e adolescentes.

Descritores: Infecções por coronavírus; Neoplasias; Criança; Adolescente; Cuidado da criança.

ABSTRACT

Objective: to report organizational interventions experienced by the multidisciplinary team for the adaptation and maintenance of a pediatric oncology service in the face of the new coronavirus pandemic. **Method:** This is an exploratory and descriptive study conducted with pediatric oncology health professionals in partnership with nurses from the Hospital Infection Control and Continuing Health Education Service. **Results:** The adaptations and interventions performed were based on Communicative Planning and organized into three pillars: physical space; service flow; reception and training of the team. **Conclusion:** The organizational actions for the adaptation and maintenance of the pediatric oncology service in the face of the pandemic allowed the flow of care to be maintained with respect to social and health standards and with guidance that provided quality care to children and adolescents.

Descriptors: Coronavirus infections; Neoplasms; Kid; Adolescent; Child Care.

RESUMEN

Objetivo: informar de las intervenciones organizativas vividas por el equipo multidisciplinar para la adecuación y mantenimiento de un servicio de oncología pediátrica ante la nueva pandemia de coronavirus. **Método:** Este es un estudio descriptivo y exploratorio con los profesionales de la salud en oncología pediátrica en asociación con enfermeras del Servicio de Control de Infecciones Hospitalarias y Educación Continua en Salud. **Resultados:** Las adaptaciones e intervenciones realizadas se basaron en la Planificación Comunicativa y se organizaron en tres pilares: espacio físico; flujo de servicio; recepción y formación del equipo. **Conclusión:** Las acciones organizativas para la adecuación y mantenimiento del servicio de oncología pediátrica ante la pandemia permitieron mantener el flujo de atención con respecto a los estándares socio-sanitarios y con orientaciones que brinden una atención de calidad a la niñez y adolescencia.

Descriptores: Infecciones por coronavirus; Neoplasias; Niño; Adolescente; Cuidado de los niños.

ORIGINAL

Introdução

Em 30 de janeiro de 2020 a Organização Mundial de Saúde declarou a emergência de saúde pública de importância internacional (ESPII) provocada pelo SARS-CoV-2.¹ A pandemia pela COVID-19 gerou a necessidade de mudanças organizacionais nos estabelecimentos de saúde com o objetivo de garantir a manutenção e continuidade dos atendimentos.² Nesse cenário destacamos os serviços de oncologia pediátrica que abruptamente necessitaram adaptar suas rotinas para não interromper o atendimento de crianças e adolescentes com diagnóstico de câncer.

A pandemia desvelou a necessidade de garantia e manutenção do tratamento oncológico para crianças e adolescentes por meio da adaptação de protocolos de diagnóstico e tratamento durante a pandemia, bem como o estabelecimento de estratégias para a contenção da COVID-19.³ Partindo desse pressuposto, entende-se que a interrupção do tratamento do câncer, somado às possíveis complicações da COVID-19, pode contribuir negativamente para as chances de cura das crianças e para as taxas de morbimortalidade.

Assim como no Brasil, que estima de 8.460 casos novos de neoplasias em crianças e adolescentes (triênio 2020-2022)⁴, estudos mostram que equipes, de oncologia pediátrica, em países como Itália, China e Reino Unido também vivenciaram desafios para organização dos serviços cujo principal foco foi à manutenção do tratamento oncológico, evitando atrasos e implementando estratégias para proteção da COVID-19.⁵ Há relato de serviços que atrasaram ou interromperam os cuidados de saúde oncológicos em função da COVID-19, por meio da redução no número de cirurgias e reagendamento das consultas ambulatoriais, por exemplo. Esses dados revelam as diversas fragilidades e desafios dos sistemas de saúde, devido ao pouco conhecimento sobre o novo vírus e a necessidade urgente de implementação de novas diretrizes de funcionamento.⁶

Os serviços de oncologia pediátrica precisaram se reorganizar para garantir o direito de acesso à saúde de crianças e adolescentes. O estabelecimento de novos fluxos para atendimento ambulatorial, manutenção de consultas e administração de quimioterápicos, reorganização das enfermarias para hospitalização, divisão dos leitos de terapia intensiva, dimensionamento de pessoal, logística de insumos de materiais e fármacos estão entre os desafios enfrentados pelos serviços.⁷

Nesse sentido, objetivou-se relatar intervenções organizacionais vivenciadas pela equipe multiprofissional para a adaptação e manutenção de um serviço de oncologia pediátrica frente à pandemia da COVID-19.

Método

Trata-se de um estudo descritivo exploratório referente às adaptações organizacionais vivenciadas pela equipe multiprofissional, utilizando o Planejamento Comunicativo, modelo que se fundamenta na teoria do agir comunicativo de maneira horizontalizada por meio da análise de cenários, definição de metas e ações que permitirão alcançar resultados táticos e operacionais de forma dialógica, cooperativa e construtiva.⁸ As atividades ocorreram em serviço de oncologia pediátrica de hospital filantrópico em

Salvador, Bahia, caracterizado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade (UNACON). As intervenções iniciais aconteceram no período de março a dezembro de 2020, resultante da experiência da equipe multiprofissional do serviço de oncologia pediátrica, em parceria com o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e Educação Permanente em Saúde que integram a equipe de enfrentamento à COVID-19. O presente relato respeitou os aspectos éticos aprovados pelo comitê de ética e pesquisa da Universidade Federal da Bahia – Maternidade Climério de Oliveira, em 22 de maio de 2020, sob o parecer nº 4.043.353.

Resultados e Discussão

As adaptações realizadas no serviço de oncologia pediátrica foram baseadas nos protocolos orientados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária⁹ e foram elaboradas em três pilares: espaço físico; fluxos de atendimento; acolhimento e capacitação da equipe (Quadro 1).

Quadro 1 – Estratégias implementadas para a manutenção do serviço de oncologia pediátrica. Salvador, Bahia, Brasil.2020.

Espaço físico
Instalação de pias na entrada do hospital
Espaço para dispensação de Equipamento de Proteção Individual (EPI) localizado na recepção
Bloqueio de uma das vias de acesso ao ambulatório de oncologia pediátrica, permanecendo ativa apenas a entrada passando pela triagem imediata de enfermagem
Instalação de porteiro eletrônico na enfermaria oncológica
No ambulatório de oncologia pediátrica: Isolamento respiratório ou Isolamento de contato para encaminhamento das crianças com suspeita para COVID-19
Sinalização dos pisos para fluxos de entrada/ saída e de distanciamento social
Disponibilização de dispensadores de álcool em gel pelos corredores e em cada quarto
Adequação dos espaços para Isolamento respiratório e Isolamento de contato
Interdição do uso da brinquedoteca e readequação do espaço para atendimento de casos sintomáticos
Suspensão de acompanhamento das professoras da escola, bem como os estagiários e voluntários
Fluxos de atendimento
Instituiu-se o Comitê de Enfrentamento à COVID-19
Confirmação via telefone do agendamento de sua consulta, quimioterapia ou procedimento
Implementação do projeto piloto de atendimento por telemedicina
Suspensão de visitas e restrição para apenas um acompanhante por criança
Suspensão temporária das quimioterapias longas e consultas médicas das crianças em fase de manutenção
Triagem imediata de enfermagem para identificação de crianças suspeitas ou confirmadas para COVID-19
Monitoramento quanto ao uso da máscara pelas crianças e acompanhantes e higienização das mãos

Solicitação da troca de acompanhante, caso este apresentasse sinais e sintomas suspeitos para COVID-19
Implementação de videochamadas entre crianças, familiares e equipe de saúde
Aferição da temperatura corporal em crianças, acompanhantes e equipe multiprofissional
Acolhimento e capacitação da equipe
Elaboração de E-book: "Cuidando de quem cuida"
Acolhimento psicológico aos colaboradores
Campanha "Heróis invisíveis" agradecendo o empenho e reconhecendo a importância de cada categoria profissional
Criação e discussão do Manual de Boas Práticas no Enfrentamento da COVID-19
Capacitação dos profissionais envolvidos na triagem imediata
Capacitação dos colaboradores diante dos novos processos e protocolos - Plano de Contingência
Capacitação de profissionais para o manejo da COVID-19
Capacitação sobre a importância da paramentação e desparamentação adequada
Capacitação do Protocolo de Higienização das mãos
Implementação de sessões clínicas e treinamentos remotos
Produção e disponibilização de videoaulas com orientações do Plano de Contingência (Ex.: Paramentação e desparamentação/ Protocolo de higienização das mãos)

É importante implementar comitês hospitalares de planejamento e gestão das ações durante a pandemia¹⁰ pois permitem organização e planejamento em situações de caráter emergencial. Ações como reorganização do espaço físico, implementação do teleatendimento, triagem e monitorização de casos suspeitos tem sido ações eficazes descritas em alguns estudos, como a Índia por exemplo.¹¹ O acolhimento, valorização e escuta aos profissionais foi medida assertiva, evidenciada, também em estudos realizados na China, que forneceram apoio psicológico aos profissionais de saúde da linha de frente, bem como crianças de COVID-19 e seus familiares.⁷ Tais ações podem contribuir para minimizar riscos e danos não apenas ao profissional de saúde, mas também à criança, refletindo na melhoria da qualidade do cuidado prestado.¹²

Seguindo a perspectiva das ações implementadas, vale notar que nesse período, toda a dinâmica estrutural e de atendimentos no serviço de oncologia pediátrica foi reorganizada, sendo priorizados os cuidados aos casos novos, crianças em fase inicial de tratamento (indução) e as que estavam em tratamento quimioterápico. Os atendimentos das crianças em manutenção e fora de terapia foram reagendados inicialmente por teleatendimento, seguindo posteriormente na modalidade presencial. Assim como em outros países, foi desafiador realizar tais medidas, mas destaca-se que foi o ponto principal para o sucesso na implantação de mudanças relevantes e manutenção do cuidado seguro e de qualidade às crianças oncológicas.⁵

É importante destacar que a partir deste relato, o estudo servirá de subsídio no estabelecimento e/ou atualização de fluxos de atendimentos e protocolos, com foco na adaptação e manutenção do serviço de oncologia pediátrica em tempo de pandemia com base em um processo dialógico e comunicativo entre a equipe.

Conclusão

Durante o enfrentamento da COVID-19, a superação das dificuldades exige atenção especial dos profissionais de saúde envolvidos nos serviços. Estratégias organizacionais direcionadas à adaptação e manutenção dos atendimentos no serviço de oncologia pediátrica, foram efetivas pois permitiram a manutenção do atendimento e tratamento das crianças. Destaca-se que atualmente o SARS-CoV-2 tem apresentado variantes e isso poderá surgir a necessitar de novas estratégias para o enfrentamento da transmissão de acordo com as mudanças do comportamento viral.

As ações organizacionais para a adaptação e manutenção do serviço de oncologia pediátrica durante a pandemia da COVID-19, revelou que as estratégias organizacionais foram planejadas e desenvolvidas com resultados favoráveis, principalmente ao considerar que a condução das práticas assistenciais garantiu a assistência.

É importante destacar que a partir deste relato, o estudo servirá de subsídio no estabelecimento e/ou atualização de fluxos de atendimentos e protocolos, com foco na adaptação e manutenção do serviço de oncologia pediátrica em tempo de pandemia com base em um processo dialógico e comunicativo entre a equipe. Referente às limitações, apresentou como desafio a falta de consolidação de evidências clínicas que respaldassem a equipe na implementação das ações, uma vez que se trata de um evento novo com necessidade de alterações constantes dos órgãos regulatórios, obedecendo as diretrizes internacionais.

Agradecimento

Esta pesquisa não teve financiamentos.

Referências

1. World Health Organization. Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). [Internet]. 2020. [acesso em 05 jun 2021]. Disponível em: [https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))
2. Burki TK. Cancer guidelines during the COVID-19 pandemic. *Lancet Oncol*. [Internet]. 2020. v. 21, p. 629-630. doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30217-5.
3. Sullivan M, Bouffet E, Rodriguez-Galindo C, *et al*. A pandemia COVID19: uma resposta global rápida para crianças com câncer de SIOP, COG, SIOP E, SIOP PODC, IPSO, PROS, CCI e St Jude Global. *Pediatr Blood Cancer*. 2020. 67: e28409. <http://dx.doi.org/10.1002/pbc.28409>
4. Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. -Rio de Janeiro: INCA. [Internet]. 2019. [acesso em 12 jul 2021]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>.

5. Pacheco STA, *et al.* Recomendações para o cuidado à criança frente ao novo coronavírus. *Cogitare Enfermagem*. 2020. [S.l.], v. 25. ISSN 2176-9133. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.73554>.
6. Riera R, Bagattini ÂM, Pacheco RL, Pachito DV, Roitberg F, Ilbawi A. Atrasos e interrupções na assistência à saúde do câncer devido à pandemia de COVID-19: revisão sistemática. *JCO Glob Oncol*. 2021. 7: 311-323. doi: <http://dx.doi.org/10.1200/GO.20.00639>.
7. Grupo de Subespecialidade de Hematologia e Oncologia, Sociedade de Pediatria de Hubei. [Diretriz de gestão padronizada para enfermarias pediátricas de hematologia e oncologia durante a epidemia de doença coronavírus 2019]. *Zhongguo Dang Dai Er Ke Za Zhi*. 2020. Mar; 22 (3): 177 -182. Chinês. doi: <http://dx.doi.org/10.7499/j.issn.1008-8830.2020.03.001>
8. Rivera FJU, Artmann E. Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010. Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2265-2274. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500002>
9. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2). (atualizada em 31/03/2020). 2020.
10. Massuda A, Malik AM, Ferreira Junior WC, Vecina Neto G, Lago M, Tasca R. Pontos-chave para Gestão do SUS na Resposta à Pandemia COVID-19. Nota Técnica n.6 IEPS/FGV-SP. [Internet]. 2020. São Paulo. Disponível em: <https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2020/04/IEPS-GVsaude-NT6.pdf>.
11. Amicucci M, Mastronuzzi A, Ciaralli I, *et al.* The Management of Children with Cancer during the COVID-19 Pandemic: A Rapid Review. *J Clin Med*. 2020. 9 (11): 3756. doi: <http://dx.doi.org/10.3390/jcm9113756>.
12. Ferreira NCLQ, Meneguetti MG, Almeida CL, Gabriel CS, Laus AM. Avaliação dos padrões de qualidade da assistência de enfermagem com indicadores de processo. *Cogitare enferm*. 2019. 24: e62411. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.62411>

Autor de Correspondência

Mariana Moitinho Freire Queiroz da Silva
Universidade Federal da Bahia
Rua Basílio da Gama, 241. CEP: 40231-300, Canela.
Salvador, Bahia, Brasil
maianaqueiroz@ufba.br