

Vírus de Marburg: Brevíssimos apontamentos sobre sua história, classificação científica e saúde pública

Marburg virus: very brief notes on its history, scientific classification and public health

Virus de Marburg: apuntes muy breves sobre su historia, clasificación científica y salud pública

Lincoln Agudo Oliveira Benito¹, Rosana da Cruz Benito², Margô Gomes de Oliveira Karnikowski³, Isabel Cristina Rodrigues da Silva⁴

Como citar: Benito LAO, Benito RC, Karnikowski MGO, Silva ICR. Vírus de Marburg: Brevíssimos apontamentos sobre sua história, classificação científica e saúde pública. REVISIA. 2023;12(2): 240-5. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v12.n2.p240a245>

REVISA

1. Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-8624-0176>

2. 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: 14/01/2023
Aprovado: 09/03/2023

A “febre de Marburg”, “febre hemorrágica de Marburg”, o “Marburgvirus”, o “Vírus de Marburg”, o “Vírus de Marburgo” (MARV), ou ainda, a “doença do vírus Marburg” (DVM), são nomenclaturas relacionadas a mesma complexa enfermidade, que possui elevada virulência e letalidade, sendo pertencente direta da ordem dos “*Mononegavirales*”, da família “*Filoviridae*” e do gênero “*Marburgvirus*”.^{1,2,3,5,9,10,12,13} Conforme identificado junto a literatura científica, um outro termo alternativo e, diretamente relacionado ao DVM é “*Marburgvirus do Lago Vitória*”, sendo ele possuidor de várias linhagens e, o seu gênero, não mostra reatividade antigênica do tipo cruzada, com o conhecido “*Ebolavirus*”.^{1,2,3,5,8,9}

Segundo apontamentos da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), autoridades de saúde pública de “Guiné-Conacri”, confirmaram que, na primeira quinzena do ano de 2021, foi possível diagnosticar o primeiro caso da DVM no país e, também, junto a África Ocidental.^{1,2,3,14} Já, quando analisada a primeira quinzena do mês de fevereiro do ano de 2023, foram identificadas na Guiné Equatorial, o universo de nove (09) mortes, e também, de dezesseis (16) casos suspeitos, apresentando sintomas relacionados a DVM, sendo fortemente intensificadas pelas autoridades de saúde pública, medidas específicas para o seu combate e controle.^{1,2,3,10,12,14}

Ele é da mesma família da “*Doença do Vírus Ebola*” (DVE), sendo que historicamente, o primeiro processo epidêmico conhecido, foi identificado no ano de 1967, quando foram diagnosticados trinta e um (31) pacientes, que tiveram o seu adoecimento constatado e, desta forma, todos foram registrados nas cidades alemãs de “*Frankfurt am Main*” e “*Marburg*”, e também, em Belgrado na Sérvia.^{1,2,3,5,7,9} Esse evento epidêmico, foi diretamente associado a experimentos desenvolvidos em ambientes laboratoriais, usando para essa atividade, animais não-humanos do tipo macacos verdes africanos (*Cercopithecus aethiops*), que eram importados de Uganda, nação localizada geograficamente na África Oriental.^{2,3,4,5,9}

Subsequentemente, registros de casos esporádicos e também de surtos, foram implementados junto a regiões da África do Sul, Angola, Quênia, República Democrática do Congo, e também na Uganda, permitindo desta forma, um melhor entendimento de sua evolução epidemiológica.^{1,4,5,6,7} Na tabela de número 01, é apresentado a série cronológica proposta pela OMS, no que se referem aos principais surtos da DVM, por nações e por seus respectivos continentes, entre aos anos de 1967 à 2017, apontando para maior preponderância dos eventos e registros, junto as nações pertencentes as regiões contituíntes da África Oriental (Uganda), África Central (Angola e a República Democrática do Congo) e também, da África Austral (África do Sul).¹⁶

Tabela 1 – Cronologia proposta pela OMS, dos principais surtos da Doença do Vírus de Marburg, por nação e continente, 1967-2017:*, **, ***¹⁶

Ano	Nação	Continente
2017	Uganda	África Oriental
2014	Uganda	África Oriental
2012	Uganda	África Oriental
2008	Holanda (ex-Uganda)	Europa (ex-África Oriental)
2008	EUA (ex-Uganda)	América do Norte (ex-África Oriental)
2007	Uganda	África Oriental
2005	Angola	África Central
1998 / 2000	República Democrática do Congo	África Central
1987	Quênia	África Oriental
1980	Quênia	África Oriental
1975	África do Sul	África Austral
1967	Iugoslávia	Europa
1967	Alemanha	Europa

Fonte: Adaptado da OMS, 2023. * Os autores da presente pesquisa são fiéis a fonte consultada. ** Por conta de vários fatores e situações, os dados podem sofrer algum tipo de modificação. *** Os dados foram consultados no dia 22/02/2023, às 14 horas, no endereço eletrônico [<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/marburg-virus-disease>].

Já na tabela de número 02, é apresentado por meio de dados da OMS, a série histórica composta pelos anos de 1967 à 2017, além de sua frequência (f), percentual (%), dos principais surtos da DVM, pelas respectivas nações, sendo possível apresentar também, os casos registrados, óbitos identificados e o coeficiente de letalidade calculado.¹⁶ Desta forma, também foi possível identificar o universo de 590 casos registrados, além de 478 óbitos registrados, e ainda, o coeficiente de letalidade de aproximadamente 81% na série histórica analisada.¹⁶

Tabela 2 – Cronologia, frequência e percentual dos principais surtos da DVM, por nação, 1967-2017:*, **, ***

Ano	Nação	Casos		Óbitos		L****
		f*****	%*****	f	%	%
2017	Uganda	3	0,5	3	0,6	100%
2014	Uganda	1	0,2	1	0,2	100%
2012	Uganda	15	2,5	4	0,8	27%
2008	Holanda (ex-Uganda)	1	0,2	1	0,2	100%
2008	EUA (ex-Uganda)	1	0,2	-	-	-

2007	Uganda	4	0,7	2	0,4	50%
2005	Angola	374	63,4	329	68,8	88%
1998 para 2000	República Democrática do Congo	154	26,1	128	26,8	83%
1987	Quênia	1	0,2	1	0,2	100%
1980	Quênia	2	0,3	1	0,2	50%
1975	África do Sul	3	0,5	1	0,2	33%
1967	Iugoslávia	2	0,3	-	-	-
1967	Alemanha	29	4,9	7	1,5	24%
Total	-	590	100	478	100	81%

Fonte: Adaptado da OMS, 2023. * Os autores da presente pesquisa são fiéis a fonte consultada. ** Por conta de vários fatores e situações, os dados podem sofrer algum tipo de modificação. *** Os dados foram consultados no dia 22/02/2023, às 14 horas, no endereço eletrônico [<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/marburg-virus-disease>]. ****L: Coeficiente de letalidade; *****f: Frequência. *****%: Percentual.

Após o ano de 1967, foram registrados casos da DVM nos anos de 1975, 1980, 1987, 1998, 2004, 2005, 2007, 2014 e em 2023, sendo este último, identificado junto a “Guiné Equatorial”, onde, segundo a OMS, ele é transmitido para às pessoas, por intermédio de morcegos (*Chiroptera*), classificados enquanto frugívoros, ou seja, que se alimentam essencialmente de frutas.^{1,3,4,5,9} Nesse contexto, é proposto que a DVM foi o primeiro “*filovírus*” a ser identificado, sendo que o mesmo, é transmitido para seres humanos, por meio da implementação do contato direto, ou ainda, por fluidos corporais de pessoas contaminadas, materiais infectados, e também, por superfícies que contenham seu microrganismo infeccioso.^{2,3,4,5,7}

Desta forma, é proposto ainda que, a infecção humana com a MARV, resulte inicialmente da exposição, classificada enquanto “prolongada”, em cavernas ou também, em minas, que possuam a presença de colônias de morcegos do tipo *Rousettus (Rousettus aegyptiacus)*, pertencentes à família “*Pteropodidae*”, que são fortemente encontrados, em nações pertencentes a África e na Ásia.^{1,3,4,5,6,9} Para alguns pesquisadores, é complexa a distinção clínica da DVM, em relação a outras enfermidades infecciosas, como é o caso da febre tifóide, da malária, da meningite, da shigelose, e também, de outras febres hemorrágicas virais, sendo necessária a implementação de exames laboratoriais, objetivando apoiar o seu diagnóstico definitivo.^{1,3,4,5,6,7}

A presente enfermidade inicia suas manifestações de forma abrupta, apresentando enquanto sinais e sintomas, febre elevada, mal-estar intenso, forte dor de cabeça, dores musculares, sendo que, no terceiro (3º) dia, a pessoa infectada pode desencadear diarreia do tipo aquosa, dor abdominal, cólicas, náuseas e ainda, vômitos.^{2,3,4,7,8} Posteriormente e, por conta de todos esses sinais e sintomas apresentados, é verificado o abatimento facial da pessoa contaminada, além dos olhos se encontrarem, normalmente “profundos”, o rosto é percebido de forma “inexpressiva”, gerando nesse contexto, letargia e, a possibilidade do surgimento de uma erupção cutânea sem a presença de coceira (prurido), observada entre o segundo (2º) e o sétimo (7º) dias, em seu avançar infeccioso.^{2,4,5,7,8}

Posteriormente a todas as manifestações identificadas, podem ser citadas ainda que, os pacientes podem desenvolver fenômenos hemorrágicos graves no sétimo (7º) dia, além de ser possível o surgimento de sangramento, normalmente percebido em várias áreas corporais, o que pode resultar enquanto condições

fatais e de difícil reversão deste quadro.^{2,4,5,7,8,9} Nesse contexto de enfraquecimento do organismo contaminado, também são apontados pela literatura científica, fenômenos de sangue presente no vômito, na(s) feze(s), gengival, sangramento nasal, e ainda, de ordem vaginal.^{2,4,5,7,8,9}

Em casos classificados enquanto fatais, o óbito do paciente é registrado, geralmente, entre o oitavo (8) e o nono (9º) dia, após o processo de contaminação infeccioso, normalmente antecedida por elevada perda de sangue, enfraquecimento e, posteriormente, o surgimento da condição, como por exemplo, choque.^{2,3,5,7,9} Para alguns pesquisadores, durante a fase grave desta complexa enfermidade, as pessoas contaminadas podem apresentar ainda, a presença de febre elevada, manifestações junto ao sistema nervoso central (SNC), como por exemplo, agressividade, confusão mental e irritabilidade, sendo que, no décimo quinto (15º) dia, foi também identificado ocasionalmente, inflamação dos testículos (orquite).^{2,3,5,7,9}

Por conta de todos os sinais, sintomas e manifestações apontadas anteriormente, é importante enquanto medida de segurança, objetivando reduzir a possibilidade de ampliação da transmissibilidade do DVM, propor medidas de isolamento da(s) pessoa(s) que se encontrem em tratamento, além da instituição de utilização de equipamentos de proteção individual (EPI), no que se refere aos profissionais de saúde envolvidos diretamente no tratamento dos pacientes que se encontram infectados.^{1,3,4,6,8,9,10} O processo infeccioso instalado em uma pessoa, é efetivamente confirmado pela implementação da análise de amostras de saliva, sangue e ainda, de urina, sendo que podem ser citados enquanto exames indicados para essa ação, o de reação em cadeia da polimerase (PCR), os ensaios de imunoabsorção do tipo enzimática de captura de antígeno (ELISA), e também, o ELISA de captura de Imunoglobulina M (IgM).^{2,3,4,5,9,10}

Enquanto formas de tratamento e de cuidado da(s) pessoa(s) que teve (tiveram) o seu diagnóstico positivado por DVM, pode ser indicada enquanto terapia, a reidratação oral, a terapia intravenosa (IV) precoce, objetivando equilibrar eletrólitos e os fluidos corporais, permitindo a melhoria do seu estado, além da implementação de tratamento sintomático, conforme manifestação(ões) identificada(s) no processo de cuidado do paciente.^{7,8,9,10} Já enquanto medidas para prevenção da DVM, podem ser citadas, a utilização de EPIs, como é o caso de jalecos, de aventais, luvas, máscaras de proteção e, em relação aos insumos e materiais utilizados em pessoas com este diagnóstico, é importante lembrar ainda, a necessidade de realizar o descarte correto de agulhas, perfurocortantes, dentre outros, objetivando não permitir a propagação de processos infecciosos.^{8,9,10,11,12,13}

Pessoas que se encontrem próximas ao paciente infectado pela DVM, como por exemplo, familiares e profissionais das áreas da saúde, também devem ser orientados sistematicamente, permitindo com que os mesmos, por conta de sua proximidade, não venham a estar expostos aos riscos de contaminação, sendo também necessária a utilização cotidiana de EPIs por eles.^{8,9,10,11,12,13} É importante lembrar sobre a inexistência de imunobiológicos (vacinas) e de medicamentos antivirais autorizados, para o combate e prevenção da DVM e, por isso, a importância e a necessidade da implementação de cuidados e de terapias, das pessoas infectadas, como a reposição líquida oral, a terapia IV de reposição hidroeletrólítica, o tratamento sintomático, a realização de exames específicos para avaliação do estado geral e do seu grau de evolução.^{3,5,7,8,9,10,12,13}

Também é reconhecida a importância dos serviços de Atenção Básica em Saúde (ABS), enquanto porta de entrada dos serviços públicos em saúde,

objetivando desenvolver ações e mecanismos, que facilitem a captação de casos suspeitos, para posterior diagnóstico da DVM e, posterior encaminhamento dos casos confirmados para tratamento e internação.^{3,5,9,10,15} Para esses possíveis casos, ações de promoção da saúde, educação em saúde, comunicação em saúde e prevenção à DVM, também se constituem enquanto importantes medidas contra esta enfermidade viral e de elevada transmissibilidade, existindo a necessidade de aderência orgânica do serviço de vigilância em saúde, em todas às unidades federativas (UFs), municípios brasileiros e também, de regiões de fronteiras.^{3,5,9,10,11,13,15}

Outro ponto importante, objetivando prevenir a DVM no Brasil, é a intensificação de medidas de sua identificação e de bloqueio, de possíveis pessoas portadoras, por exemplo, viajantes provenientes de outras nações e continentes, que acessam regiões e estados/municípios brasileiros, utilizando os aeroportos nacionais.^{2,3,9,10,12,14,16} A conscientização de todos os pertencentes aos extratos constituintes da sociedade, também se constitui enquanto importante medida em saúde, de combate, de controle e de mitigação dos possíveis casos da DVM, garantindo desta forma, que o seu corpo como um todo, participe de forma real e ativa, em todas as políticas e estratégias implementadas pelas autoridades sanitárias nacionais, no que se refere a esta enfermidade e de seus possíveis impactos nacionais e internacionais.^{3,9,10,12,14,16}

Agradecimentos

Esse estudo foi financiado pelos próprios autores

Referências

01. World Health Organization. Home. Health topics. Marburg Vírus disease. Overview. Available in: [https://www.who.int/health-topics/marburg-virus-disease#tab=tab_1]. Access at: 17 feb 23.
02. World Health Organization. Home. Health topics. Marburg Vírus disease. Symptoms. Available in: [https://www.who.int/health-topics/marburg-virus-disease#tab=tab_2]. Access at: 17 feb 23.
03. World Health Organization. Home. Health topics. Marburg Vírus disease. Treatment. Available in: [https://www.who.int/health-topics/marburg-virus-disease#tab=tab_3]. Access at: 17 feb 23.
04. Messaoudi I, Amarasinghe G, Basler C. Filovirus pathogenesis and Vírus evasion: insights from Ebola Vírus and Marburg Vírus. *Nat Ver Microbiol*. 2015; 13:663–676. doi: <https://doi.org/10.1038/nrmicro3524>.
05. Iversen PL, Warren TK, Wells JB, Garza NL, Mourich DV, Welch LS, Panchal RG, Bavari S. Discovery and Early Development of AVI-7537 and AVI-7288 for the Treatment of Ebola Virus and Marburg Virus Infections. *Viruses*. 2012; 4(11):2806–2830. doi: <https://doi.org/10.3390/v4112806>.
06. Geisbert TW, Strong JE, Feldmann H. Considerations in the use of nonhuman primate models of Ebola Virus and Marburg Virus Infection. *The Journal of Infectious Diseases*. 2015;212(Suppl_2): S91–S97. doi: <https://doi.org/10.1093/infdis/jiv284>.

Benito LAO, Benito RC, Karnikowski MGO, Silva CR

07. Brauburger K, Hume AJ, Mühlberger E, Olejnik J. Forty-five Vírus of Marburg Virus research. *Viruses*. 2012; 4(10):1878-1927. doi: <https://doi.org/10.3390/v4101878> .

08. Anantpadma M, Kouznetsova J, Wang H, Huang R, Kolokoltsov A, Guha R, Lindstrom AR, et al. Large-scale screening and identification of novel Ebola Virus and Marburg Vírus entry inhibitors. *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*. 2016;60(8):4471-4481. doi: <https://doi.org/10.1128/AAC.00543-16> .

09. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases. Division of High-Consequence Pathogens and Pathology. Viral Special Pathogens Branch. Marburg (Marburg Virus Disease). Available in: [<https://www.cdc.gov/vhf/marburg/index.html>]. Access at: 18 feb 23.

10. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases. Division of High-Consequence Pathogens and Pathology. Viral Special Pathogens Branch. Marburg (Marburg Virus Disease). Diagnosis. Available in: [<https://www.cdc.gov/vhf/marburg/diagnosis/index.html>]. Access at: 20 feb 23.

11. Sacomboio ENM. Desconstruindo preconceitos, redefinindo conceitos: trabalhadores de saúde em angola. *Rev baiana enferm*. 2020;33. E34496. doi: <https://doi.org/10.18471/rbe.v33.34496> .

12. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases. Division of High-Consequence Pathogens and Pathology. Viral Special Pathogens Branch. Marburg (Marburg Virus Disease). Prevention. Available in: [<https://www.cdc.gov/vhf/marburg/prevention/index.html>]. Access at: 21 feb 23.

13. Kortepeter MG, Bausch DG, Bray M. Basic clinical and laboratory features of filoviral hemorrhagic fever. *Journal of Infectious Diseases*. 2011;204(Suppl 3):S810-816. doi: <https://doi.org/10.1093/infdis/jir299>.

14. Organização das Nações Unidas. ONU News. Perspectiva Global Reportagens Humanas. OMS confirma primeiro caso de Marburgo na África Ocidental. Disponível em: [<https://news.un.org/pt/story/2021/08/1759552>]. Acesso em: 21 feb 23.

15. Hortelan M dos S, Almeida M de L de, Fumincelli L, Zilly A, Nihei OK, Peres AM, et al. Papel do gestor de saúde pública em região de fronteira: scoping review. *Acta paul enferm*. 2019;32(2): 229-236. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900031>.

16. World Health Organization. Home. Newsroom. Fact sheets. Detail. Marburg virus disease. WHO response. Available in: [<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/marburg-virus-disease>]. Access at: 22 feb 23.

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.
linconlbenito@yahoo.com.br

Visão integrativa da dor em seu aspecto biopsicossocial

Integrative view of pain in its biopsychosocial aspect

Visión integradora del dolor en su vertiente biopsicossocial

Bruno Fracassi¹, Reginaldo Barini², Rodrigo Martins Tadine³, Natália Campos Barbosa⁴

Como citar: Fracassi B, Barini R, Tadine RM, Barbosa NC. Visão integrativa da dor em seu aspecto biopsicossocial. REVISA. 2023;12(2):246-9. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v12.n2.p246a249>

REVISA

1. Confraria do Saber Integrativo. São Paulo, São Paulo, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-5776-5934>

2. Confraria do Saber Integrativo. São Paulo, São Paulo, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-3280-7031>

3. Confraria do Saber Integrativo. São Paulo, São Paulo, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-2271-2247>

4. Confraria do Saber Integrativo. São Paulo, São Paulo, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-4899-1774>

Recebido: 23/01/2023
Aprovado: 19/03/2023

Na definição padrão da medicina a nociceção ou algia é a transdução, condução e processamento de sinais nervosos aferentes gerados por nociceptores estimulados, resultando na percepção da dor. Os sinais de estímulos nocivos (mecânicos, térmicos ou químicos) são transmitidos principalmente através de dois tipos de nervos.¹

As terminações nervosas das pequenas fibras mielinizadas A delta e as fibras C não mielinizadas estão localizadas na pele, tecido subcutâneo, periosteio, articulações, músculos e vísceras. As fibras beta mielinizadas, as maiores, normalmente transmitem estímulos não nocivos, como toque, vibração, pressão, movimento e propriocepção. No entanto, a entrada não nociva dessas fibras pode ser incorretamente processada em um sistema nervoso central alterado, resultando na percepção da dor (alodinia).

As fibras delta A e C entram no corno dorsal da medula espinhal através dos gânglios da raiz dorsal, onde fazem sinapse com neurônios de segunda ordem da substância cinzenta. Alguma integração e modulação podem ocorrer. A informação nociceptiva resultante é transportada para o cérebro através do trato espinotalâmico, onde pode ser integrada, processada e reconhecida em múltiplas áreas do cérebro”.

Embora a dor normalmente siga um estímulo nocivo, certas alterações ocasionalmente resultam em aumento da sensibilidade a estímulos não-nocivos (hiperestesia), uma resposta dolorosa exagerada a estímulos levemente nocivos (hiperalgesia) ou uma resposta dolorosa anormal a estímulos não nocivos (alodinia). A alodinia e a hiperalgesia são mais comumente encontradas em condições de dor crônica não tratada ou subtratada e resultam de alterações periféricas e centrais na transmissão, modulação e integração de estímulos nociceptivos. A dor irruptiva ocorre quando a dor crônica controlada se torna subitamente mais grave (exacerbação).

Nas classificações da saúde, a dor pode ser descrita de diversas formas, com base em vários critérios. Quando classificada de acordo com os aspectos temporais, a dor é descrita como aguda, crônica ou intermitente. Quando classificada por intensidade, a dor pode ser leve, moderada, severa ou excruciante.¹

Outra classificação é por origem ou tipo de dor, como dor somática, visceral e neuropática com diferentes causas, sintomas associados (descritos por pacientes humanos) e resposta à intervenção terapêutica. Esses três tipos de dor podem ocorrer isoladamente ou em combinação no mesmo paciente.²

Nos últimos 20 anos, a ciência comportamental e a neurociência ultrapassaram a introspecção e a descrição para reconhecer os aspectos perceptuais, afetivos e cognitivos da experiência. Concentrar-se na sensação e afeto no estudo da dor em humanos ignorando-se uma compreensão abrangente da cognição animal - do ser humano - e do comportamento social, necessitando de uma atenção no que afere as questões ligadas as habilidades cognitivas humanas para influenciar ambos os ambientes somáticos internos (por exemplo, controles inibitórios e autorregulação) e o ambiente externo físico e social. Não reconhecer esse aspecto da dor é um problema grave.³

A dor crônica é uma situação desmoralizante que confronta o sofredor não apenas com o estresse criado pela dor, mas com muitas outras dificuldades que comprometem todos os aspectos de sua vida. Viver com dor crônica requer considerável resiliência emocional, pois esgota as reservas emocionais das pessoas.

Na presença de dor crônica, a busca contínua de alívio geralmente permanece indefinida, o que pode levar a sentimentos de desmoralização, impotência, desesperança e depressão total. Além disso, a dor crônica não apenas afeta o sofredor, mas também a capacidade de outras pessoas que fornecem apoio instrumental e emocional. Os profissionais de saúde compartilham os sentimentos de frustração dos pacientes e de outras pessoas significativas à medida que os relatos de dor continuam, apesar dos melhores esforços do provedor e, às vezes, na ausência de sinais patológicos que possam explicar a dor relatada.

Em âmbito social, a dor não aliviada cria um fardo para os gastos com saúde, benefícios por invalidez, perda de produtividade e receita tributária. Os pagadores de terceiros são confrontados com o aumento dos custos médicos, pagamentos de compensação e frustração quando os pacientes permanecem incapacitados, apesar dos tratamentos extensos e caros.

Apesar dos avanços no conhecimento dos mecanismos físicos, do desenvolvimento de sofisticados procedimentos diagnósticos e do desenvolvimento de tratamentos inovadores, atualmente não há tratamento disponível que alivie a dor de forma consistente e permanente para todos os atingidos. Mas sabe-se que, através da compreensão da medicina integrativa que, fatores psicológicos e sociais podem ser integrados a fatores físicos para criar uma estrutura biopsicossocial que pode nos ajudar a entender os pacientes com dor crônica e sua deficiência.

De acordo com Nair e colaboradores (2008), as equipes colaborativas, transdisciplinares, consistem em indivíduos de diferentes campos, trabalhando em direção a um objetivo comum que transcende as fronteiras de uma única disciplina. Quem irá compor os membros de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar deve ser determinado individualmente para cada projeto de acordo com as necessidades específicas.⁴

Nair et al. (2008) também ponderam que é quase certo que, em projetos de pesquisa, os indivíduos enfrentarão obstáculos que só podem ser resolvidos com o apoio do grupo, levando a um sentimento generalizado entre os membros de estarem fora da zona de conforto. A comunicação pode ser um desafio quando uma equipe envolve membros de várias disciplinas. Uma estratégia clássica empregada para dominar o discurso e o processo de tomada de decisão é usar uma linguagem altamente técnica, específica para o campo de especialização. Instrumentos interdisciplinares são muito relevantes para uma integração da linguagem que será utilizada na construção da propedêutica e das terapêuticas,

que serão assimiladas com maior facilidade pelo grupo multiprofissional de dor, contraponto a uma única visão, que se apresenta de forma disciplinar não integrativa.⁴

Bammer et al. (2005) propuseram a criação de um novo papel para cientistas de integração e implementação. Esses especialistas contribuiriam para as equipes que lidam com problemas complexos, avaliando os problemas e suas interconexões e identificando estratégias para abordá-los.⁵

Esses cientistas de implementação poderiam definir o nível de envolvimento das diferentes partes interessadas e criar estratégias para incorporar as várias disciplinas e objetivos das partes interessadas. Além disso, eles podem identificar lacunas de conhecimento e prever problemas em evolução, fornecendo suporte durante todo o processo.

Dois grandes obstáculos podem ser identificados: primeiro, na identificação de um requisito universal para especialistas nessa função e, segundo, no estabelecimento de uma identidade clara para os cientistas nessa função. Deve existir um claro consenso sobre os métodos e processos a serem usados, como, por exemplo, em treinamento com conceitos interdisciplinares e integrativos para determinada atividade.

O manejo multiprofissional e interdisciplinar abrangente da dor crônica tem sido demonstrado, sem sombra de dúvida, como uma abordagem clinicamente eficaz e custo-eficiente para o tratamento da dor crônica de origem benigna. De maior importância moral, no entanto, é o enorme custo não econômico da dor crônica para as pessoas que ela aflige. Os afetados incluem não apenas a pessoa que experimenta a dor diretamente, mas também os entes queridos.⁶

Perdas experimentadas por pacientes com dor crônica incluem não apenas o físico, mas o profissional, financeiro, social, sexual, recreativo, emocional e espiritual. Um estudo qualitativo constatou que, além das perdas socioeconômicas e dificuldades financeiras, as pessoas com dor crônica experimentaram reduções no valor próprio, expectativas positivas para o futuro e esperança.⁶

Outros estudos, como o de Siddall, Lovell e Macleod (2015) e Kamper et al. (2015) identificaram aumentos nos sentimentos de desespero, perda de sentido de vida, perdas de liberdade / independência, ameaça à integridade, perda de papéis e desorganização do “estar no mundo” do paciente como o pior consequência das condições de dor crônica. A dor crônica é claramente um estado de doença da pessoa, não simplesmente um desconforto de ordem física do corpo.⁷⁻⁸

Apesar do fato de que as abordagens convencionais para tratar a dor crônica, como cirurgias, medicamentos e outras intervenções invasivas busquem restaurar a qualidade de vida do portador de dor crônica e continuem sendo a primeira linha contra a dor, as intervenções biopsicossociais integrativas e multiprofissionais são consideradas ações eficazes e essenciais no tratamento da dor crônica. No entanto, se faz necessário realizar mais pesquisas e estudos para melhor quantificar e qualificar o emprego de técnicas que auxiliem as terapêuticas convencionais e tradicionais. Um exemplo são as evidências clínicas e científicas sobre a implementação técnica de psicoterapia no tratamento de dor crônica, como a terapia cognitivo-comportamental, que adiciona resultados significativos às intervenções disponíveis no tratamento da dor.⁹

Destaca-se que, no processo saúde-doença, a dor crônica é multifatorial. Aspectos e intervenções biopsicossociais são elementares para uma gestão de maior abrangência e resolubilidade no tratamento dos indivíduos com dor crônica, corroborando na restauração de uma vida com qualidade para o paciente e para os que sofrem ao seu redor.

Agradecimentos

Nossos agradecimentos à Confraria do Saber Integrativo que frequentemente promove pautas sobre Medicina Integrativa desde 2014, dialogando sobre os mais distintos temas e integrando de forma interdisciplinar os saberes das mais diversas áreas do conhecimento.

Referências

1. Steeds, Charlotte E. The anatomy and physiology of pain. *Surgery (Oxford)*, v. 27, n. 12, p. 507-511, 2009.
2. Martelli, A.; Zavarize, S. F. Vias nociceptivas da dor e seus impactos nas atividades da vida diária. *Uniciências*, v. 17, n. 1, p. 47-51, 2015.
3. Frodeman, R.; Klein, J. T.; Pacheco, R. C. S. (Ed.). *The Oxford handbook of interdisciplinarity*. 2 ed. Oxford, UK: Oxford University Press, 2017. 622 p.
4. Nair, K. M. et al. It's all about relationships: A qualitative study of health researchers' perspectives of conducting interdisciplinary health research. *BMC Health Services Research*, v. 8, n. 1, p. 1-10, 2008.
5. Bammer, G. et al. Integration and implementation sciences: building a new specialization. *Ecology and society*, v. 10, n. 2, p. 95-107, 2005.
6. Thorn, B.E (Ed). *Cognitive therapy for chronic pain: a step-by-step guide*. 2 ed. New York: Guilford Publications, 2017. 377 p.
7. Siddall, P. J.; Lovell, M.; Macleod, R. Spirituality: what is its role in pain medicine? *Pain Medicine*, v. 16, n. 1, p. 51-60, 2015.
8. Kamper, Steven J. et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ*, v. 350, p. h444, 2015.
9. Barros, J. R. F.; Duarte, M. G. de O.; Lopes, A. P. A terapia cognitivo-comportamental no tratamento de pacientes com dor crônica. *Caderno De Graduação - Ciências Biológicas e Da Saúde - UNIT, Alagoas*, v. 2, n. 2, p.77-90, 2014.

Autor de Correspondência

Bruno Fracassi

Rua Domingos de Moraes, 2253. Caixa Postal 20300.

CEP: 040359970. São Paulo, São Paulo, Brasil.

confriadosaberintegrativo@hotmail.com

Vitamina D: Apontamentos históricos e sua importância para manutenção da saúde

Vitamin D: Historical notes and its importance for health maintenance

Vitamina D: apuntes históricos y su importancia para el mantenimiento de la salud

Lincoln Agudo Oliveira Benito¹, Rosana da Cruz Benito², Margô Gomes de Oliveira Karnikowski³, Izabel Cristina Rodrigues da Silva⁴

Como citar: Benito LAO, Benito RC, Karnikowski MGO, Silva ICR. Vitamina D: Apontamentos históricos e sua importância para manutenção da saúde. 2023; 12(2): 250-9. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v12.n2.p250a259>

REVISA

1. Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-8624-0176>

2. 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: 13/01/2023
Aprovado: 14/03/2023

Heródoto, do grego *Ἡρόδοτος*, viveu até onde se conhece entre 485 a 425 a.C., perseverando seu interesse intelectual junto as atividades de historiador e de geógrafo, sendo reconhecido enquanto “pai da história” e, tendo analisado e escrito sobre a invasão da Pérsia ao estado da Grécia.^{1,2,3} Em seus escritos, Heródoto pode observar que os guerreiros persas possuíam os seus “crânios moles”, por conta dos mesmos, segundo suas observações, “utilizarem turbante” e, desta forma, não tendo acesso a exposição aos raios solares.^{1,2,3}

Na atualidade, é possível entender que esta condição é entendida enquanto “osteomalácia”, ou seja, a forma adulta do que é reconhecido enquanto “raquitismo”, relacionada a deficiência da vitamina “D” e, por extensão, a não exposição, ou exposição reduzida aos raios solares ultra violeta (UV), objetivando a melhor metabolização desta vitamina pelo organismo, para posterior utilização da mesma.^{1,2,3} O médico *Hipócrates de Cós*, do grego clássico *Ἱπποκράτης*, que viveu sua existência entre 460 à 370 a.C., é frequentemente defendido enquanto o “pai da ciência médica” e também, por muitos pesquisadores, é classificado enquanto uma das pessoas mais importantes da história da construção da prática da medicina.^{1,4}

Em suas produções, teve a oportunidade de escrever sobre uma intrigante enfermidade já identificada em sua época, sendo que na atualidade a mesma é conhecida enquanto raquitismo, prescrevendo para os seus pacientes, o ato de exposição solar, aqueles que se encontravam com tuberculose (TB), uma enfermidade afetada diretamente pela vitamina D.^{1,4} (*Soranus*) era de origem grega, vivendo entre o século I e II depois da era cristã e, teve a oportunidade de praticar o seu ofício em medicina na cidade de Alexandria e, posteriormente em Roma, sendo considerado um dos maiores representantes da escola metódica de medicina e, exercendo o seu ofício na área de ginecologia, deixando para a posteridade um importante tratado neste campo de atuação, e também, sobre doenças do tipo crônicas e agudas.⁵

Já o médico *Sorano de Éfeso* (*Soranus*) era de origem grega, vivendo entre o século I e II depois da era cristã e, teve a oportunidade de praticar o seu ofício em medicina na cidade de Alexandria e, posteriormente em Roma, sendo considerado um dos maiores representantes da escola metódica de medicina e, exercendo o seu ofício na área de ginecologia, deixando para a posteridade um importante tratado neste campo de atuação, e também, sobre doenças do tipo crônicas e agudas.⁵

O médico e filósofo *Élio Galeno* ou *Cláudio Galeno* (do grego *Κλαύδιος Γαληνός* e do latim *Claudius Galenus*), na atualidade, é mais conhecido enquanto *Galeno de Pergamo*, foi um grande pesquisador de vários campos do conhecimento como a anatomia, a fisiologia, a patologia, a sintomatologia e a terapêutica, se constituindo enquanto percussor da utilização e experimentação com animais não-humanos e também da práxis da vivisseção.^{5,6,7} A importância destes quatro (04) importantes precursores e expoentes da medicina e da história foi, conforme proposto por vários pesquisadores e analistas da ciência e da tecnologia, que em sua época, já possuíam casos em que se suspeitavam ser de pessoas que desencadearam enquanto enfermidade(s) o raquitismo, ou seja, a deficiência de vitamina D.^{5,6,7}

A possibilidade de se estabelecer um eficiente nexos causal, no que se refere a relação existente entre o tecido ósseo e da vitamina D, só foi possível pela utilização do raquitismo enquanto base inicial, sendo está, uma das mais magníficas evidências já realizadas pela medicina e pelas práticas científicas em saúde.⁸ Nesse sentido, o vocábulo raquitismo possui sua origem junto ao termo do grego “*ραχίτις*” e também, do inglês antigo “*wrickken*”, representando uma das mais intrigantes enfermidades ainda na atualidade investigada por vários pesquisadores.⁸

Em meados do ano de 1645, o médico inglês *Daniel Whistler* (1619–1684), foi o pioneiro em documentar a questão do raquitismo, descrevendo esta enfermidade, que desenvolve segundo as suas reflexões, o acometimento do esqueleto e de sua estrutura e, gerando o surgimento de defeitos junto a mineralização e ainda, facilitando o surgimento de deformidades ósseas.^{8,9,10,11,12} O anatomista, escritor e médico de origem britânica *Francis Glisson* (1597-1677), desenvolveu um importante estudo, no que se refere a glândula hepática, ou seja, o fígado, descrevendo-o “*pediaticamente*” e, de forma precoce, sobre o problema do raquitismo.^{13,14}

Outro poderoso fenômeno histórico-social-capitalista, intimamente relacionado a carência de vitaminas no organismo, a sua síntese e também, ao seu metabolismo orgânico, desenvolvido de forma reduzida, em decorrência da exposição solar à raios UV, foram as manifestações geradas junto às pessoas pertencentes à sociedade, pelo que foi designado enquanto revolução industrial, principalmente identificada primeiramente na Inglaterra, nos Estados Unidos (EUA) e na Europa continental.^{5,8,10,14,15,16,17,18} Nesse contexto, é sabido que várias pessoas pertencentes e originadas da zona rural, imigraram para a zona urbana em várias nações européias, objetivando ascenderem socialmente e financeiramente, ingressando para desenvolvimento laborativo de vários ofícios trabalhistas, em empresas e fábricas pertencentes a numerosos ramos de produção em larga escala.^{5,8,10,14,15,16,17,18}

Desta forma, esses inúmeros trabalhadores, permaneciam várias horas

internamente, junto a esses ambientes laborativos industriais de produção e, desta forma, se encontravam impossibilitados de terem o desenvolvimento à síntese e a metabolização da vitamina D em seu organismo, adquirida por meio da alimentação, gerada pela reduzida ou ainda, pela impossibilidade de exposição aos raios solares UV, configurando o surgimento do raquitismo, enquanto um problema de saúde pública e também, a complexa epidemia emanada no continente europeu.^{5,8,10,14,15,16,17,18} Para vários pesquisadores, o processo econômico-social-histórico, definido enquanto revolução industrial, ocorreu mais fortemente em várias nações européias, se difundindo no recorte histórico formado pelos anos de 1760 à 1840, ou seja, permanecendo em franca atividade de expansão, por aproximadamente oitenta (80) anos.^{5,8,10,14,15,16,17,18}

Devemos ao biólogo, escritor, filósofo, médico, e químico de origem polonesa, *Jędrzej Śniadecki* (1768-1838), que percebeu por meio de suas minuciosas observações no ano de 1822 que, o raquitismo era mais frequentemente identificado em crianças provenientes ou que viviam em cidades pertencentes a zona urbana e, não aquelas de origem rural.^{13,14} Por meio de suas reflexões e análises, *Śniadecki* sustentou a relação existente do raquitismo, a reduzida ou a ausência de exposição aos raios solares, que se sabe na atualidade, plenamente necessários para a metabolização da vitamina D, junto a pacientes classificados enquanto pediátricos.^{13,14}

Já entre os anos de 1890/1892, o médico de origem britânica, *Theobald Adrian Palm* (1848-1928), teve a oportunidade de correlacionar a questão da latitude, ou seja, da distribuição geográfica do raquitismo e de sua prevalência, no que se refere a proporção da luz solar, numa região que se encontrava fortemente industrializada.^{15,16} Desta forma, o Dr. *Palm* conseguiu instituir a questão da exposição aos raios solares, enquanto importante fator etiológico, diretamente relacionado ao raquitismo, entretanto, segundo algumas pesquisas, ele foi ignorado pelo mundo médico e científico em sua época, não recebendo o devido crédito por sua importante descoberta.^{15,16,17}

Em 1912 com o Dr. *Kazimierz Funk* (23/02/1884 – 19/11/1967), ou *Casimir Funk*, como era mais reconhecido, em relação a forma americanizada de escrita de seu nome, é mundialmente reconhecido por ter disponibilizado à designação do que hoje é conhecido enquanto vitaminas.^{10,19,20,21,22} Esse importante bioquímico de origem polonesa, utilizou para edificação do conceito de “vitamina”, o termo proveniente do latim “*vita*” que significa vida, e também, “*amine*” de aminas, ou seja, de “aminoácidos”, enquanto micronutrientes que são entendidos enquanto essenciais para a vida e para a sua manutenção com qualidade.^{10,19,20,21,22}

Nesse importante contexto, o Dr. *Funk* propôs a designação e o conceito de “vitaminas”, enquanto elementos de fundamental importância para a vida, para a existência orgânica e para a sua manutenção sem enfermidades, porque entendia que, estes nutrientes se constituíam enquanto uma verdadeira “amina da vida”.^{10,19,20,21,22} Nesse importante contexto, o termo inglês original, conhecido enquanto “*Vitamine*”, com o passar do tempo, foi posteriormente transformado para o que conhecemos na atualidade enquanto “*Vitamin*”, pois, foi efetivamente reconhecido cientificamente que, nem todas as vitaminas identificadas, se constituíam enquanto aminas.^{10,19,20,21,22}

A evolução nos estudos e pesquisas desenvolvidas para melhor entendimento, combate e controle do raquitismo, identificado em animais não humanos, utilizados em laboratórios e também, em crianças, pode ser constatada por meio de pesquisa desenvolvidas no ano de 1913 por *Raczynski*, em 1919 por *Huldschinsky* e posteriormente em 1922 por *Hess* e *Unger*.^{10,17,19,20,21,22} Esses importantes pesquisadores, conseguiram comprovar com os seus trabalhos, a melhoria do quadro geral e a cura do raquitismo, quando ocorria a exposição à luz emanada por lâmpadas de mercúrio (Hg) ou também, à raios solares UV.^{17,19,20,21,22}

Uma importante experiência implementada no ano de 1913, pelo bioquímico *Harry Steenbock* (1886-1967) e por *Edwin Bret Hart* (1874-1953), pôde demonstrar sistematicamente, a relação existente entre a estrutura óssea e a ação dos raios solares UV.^{5,9,14,17,23,24} Nesse importante estudo, foi defendido que cabras leiteiras (*Capra aegagrus hircus*), que eram mantidas em ambientes que estivessem fechados, perdiam uma grande quantidade de cálcio (Ca) do tipo esquelético e, diferentemente, das comparadas as cabras que se encontravam mantidas soltas ao ar livre, sustentando a importância da exposição aos raios UV, para metabolização da vitamina D no organismo vivo.^{5,9,14,17,19,20,23,24}

O bioquímico estadunidense *Ermer McCollum* (1879-1967) e também, a química também estadunidense, *Marguerite Davis* (1887-1967), conseguiram demonstrar em suas pesquisas, a existência e a ação do fator anti-raquítico, gerado por meio do óleo de fígado de bacalhau e de, sua distinção no que se refere a “vitamina A”, denominado desta forma, o que conhecemos na atualidade enquanto “vitamina D”.^{14,17,22,23,24} Nesse sentido, o óleo de fígado de bacalhau é fortemente utilizado por nações nórdicas, localizadas ao norte do continente europeu, por conta da reduzida exposição das pessoas aos raios solares UV, e também, pelas longas noites de inverno, gerando desta forma, a diminuição no processo de produção e metabolização da tão importante vitamina D.^{14,17,22,23,24}

As nações nórdicas, também pertencentes ao que é conhecido enquanto “Escandinávia”, se compõem pela Dinamarca, Finlândia, Groenlândia, Ilhas Aland, Ilhas Faroé, Islândia, Noruega, e da Suécia, possuindo afinidades no que se refere a sua cultura e a questões sociais, e também, consomem o óleo de fígado de bacalhau, objetivando reduzir a referida deficiência desta substância e de sua metabolização e síntese no organismo.^{17,20,22,23,24} O Dr. *McCollum* nomeou a sua descoberta desenvolvida, pois, a “vitamina D”, dentre as já identificadas, foi a quarta (4^a) a receber uma designação.^{17,22,23,24,26,27}

O renomado médico e fisiologista britânico *Edward Mellanby* (1884-1955), conseguiu notar em suas pesquisas que, cães que possuíam uma dieta possuidora em sua constituição de óleo de fígado de bacalhau, não desenvolviam raquitismo, concluindo desta forma que, a “vitamina A” era um fator intimamente associado, para a prevenção desta enfermidade.^{23,24,25,26,27,30} Outro importante pesquisador, sobre a osteomalacia, a tetania e o raquitismo, foi o Dr. *Alfred Fabian Hess* (1875-1933), conhecido por suas pesquisas experimentais e investigativas, correlacionando a última enfermidade citada, às representações da vitamina D.^{26,27,28,29,30}

Uma das frases mais emblemáticas proferidas pelo Dr. *Alfred Fabian Hess* foi que, a “... luz é igual a vitamina D”, defendendo a importância de ambas as entidades, para o bom metabolismo orgânico e, por extensão, qualidade na saúde

e nos processos orgânicos.^{20,28,29,30} Desta forma, *Hess* e *Weinsstock* em 1924 e ainda, *Steenbock* e *Black* também em 1924, conseguiram ajustar os conceitos que, se encontravam diferenciados, no que se refere à luz dos raios solares UV, em relação à fatores alimentares, sustentando que o processo de irradiação de determinados tipos de alimentos, como é o caso leveduras e de óleos do tipo vegetal, conseguiam ampliar a atividade da vitamina D no organismo.^{5,9,17,19,22,23,27,30}

Nesse importante contexto histórico e científico, também merece menção e lembrança, o legado deixado pelo Dr. *Adolf Otto Reinhold Windaus* (1876-1959), eminente médico e químico alemão, que conseguiu elucidar a questão da estrutura e a da constituição dos esteróis, entre eles da vitamina D, recebendo o prestigioso “Prêmio Nobel em Química”, no ano de 1928.^{30,31,32} Em 1932, o bioquímico *Otto Rosenheim* (1871-1955) e colaboradores, publicaram um artigo que apresentava em seu corpo, as estruturas para esteróis, e também, para os ácidos biliares, ou seja, ácidos esteroides, que encontraram sua aceitação imediata.^{30,33,34}

A colaboração intelectual e informal, desenvolvida entre os membros integrantes da equipe do Dr. *Robert Benedict Bourdillon* (1889-1971), *Otto Rosenheim* (1871-1955), *Kenneth Callow* (1901-1983) e colaboradores, foi muito edificante e produtiva, levando ao isolamento, e também, a caracterização da vitamina D, enquanto importante inovação científica, nesse campo do conhecimento.^{27,34,35,36} Já na última década de 30, o Dr. *Adolf Windaus* teve a oportunidade, por meio de seus estudos e pesquisas químicas e farmacológicas, desenvolver o esclarecimento mais fortemente, da estrutura química da vitamina D, por irradiação do tipo UV, por meio de ergosterol de levedura, ou seja, um esterol que foi o precursor da importante vitamina D².^{35,36,37,38,39}

O ilustre bioquímico e professor da Universidade de Wisconsin, nos Estados Unidos da América (EUA), *Harry Steenbock* (1886-1967), conseguiu demonstrar por meio de experimentos que, o processo de irradiação por luz do tipo UV, tinha a ação de aumentar o conteúdo da vitamina D, presente em alimentos e também, em materiais do tipo orgânico.^{38,39,40,41,42,43} Nesse sentido, o Dr. *Steenbock* em suas investigações, iniciou o processo de irradiação, implementada junto a alimentos, a serem disponibilizados à roedores utilizados na pesquisa, evidenciando desta forma que, eles se encontravam livres do raquitismo, abrindo desta forma, um novo tipo de tratamento a esta complexa e ruidosa enfermidade.^{37,38,39,40,41,42,43}

Nesse contexto histórico e, utilizando aproximadamente a quantia de trezentos dólares (US\$ 300,00) dos seus próprios recursos financeiros, o Dr. *Steenbock* conseguiu registrar a patente de sua descoberta, sendo que a técnica de irradiação, foi posteriormente e, largamente, utilizada para modificação dos alimentos, principalmente para o leite, enquanto fonte rica do elemento químico cálcio (Ca), tão necessário para os ossos, dentes, dentre outras estruturas corporais.^{17,20,39,40,41,42,43,44,44} Segundo Marshall (2010), quando a patente solicitada pelo Dr. *Steenbock* expirou no ano de 1945, o raquitismo enquanto enfermidade e problema complexo de saúde pública, já havia sido eliminado junto aos EUA, apontando o progresso gerado pela sua importante descoberta.^{10,17,20,40,42,43,44,45}

Já no ano de 1969, o Dr. *Mark Haussler* e o Dr. *Tony Norman*, membros do Departamento de Bioquímica da Universidade da Califórnia em Riverside (UC

Riverside) nos EUA, tiveram a possibilidade de investigar de forma aprofundada as células intestinais e, em especial, os seus fragmentos nucleares.^{17,40,42,43,46} Nesse contexto analítico, *Haussler e Norman*, conseguiram perceber a existência de uma proteína, que era específica para ligação da vitamina D, sendo designada por esses pesquisadores enquanto, receptora da vitamina D, ampliando ainda mais o interesse por essa estrutura, intimamente necessária para a saúde e para a existência saudável.^{17,40,41,43,44,46}

O endocrinologista e bioquímico americano, *Michael F. Holick* (1946), se constitui enquanto uma das maiores autoridades na atualidade, no que se refere a “vitamina D” e o seu metabolismo no organismo, sendo ele o pioneiro na identificação da forma circulante no sangue humano, conhecida enquanto “25-hidroxivitamina D₃”.^{4,47,48,49,50,51,52,53} Posteriormente, o Dr. *Holick*, conseguiu desenvolver o processo de isolamento e de identificação, no que se refere a forma ativa da vitamina D, ou seja, “1,25-dihidroxivitamina D₃”, desvendando nesse sentido, a mecânica envolvida de como ela é sintetizada junto a pele do ser humano.^{4,46,47,48,49,50,51,52,53,54,55,56}

Outras pesquisas implementadas pelo Dr. *Holick* e por seus colaboradores, correlacionaram a vitamina D, ao processo de envelhecimento, ao sobrepeso, a obesidade, a obesidade mórbida, a latitude e junto as questões geográficas, na(s) mudança(s) relacionadas ao clima e nos diferentes tipos de sazonalidade, a utilização ou não do(s) protetor(es) solar(es), nos diferentes tipos de pigmentação da pele, além da ação de roupas, no que se refere a questão tissular e no que é apontado enquanto, “processo cutâneo vital”.^{4,46,47,48,49,50,51,52,53,54,55,56,57,58} Também é creditado ao Dr. *Holick*, o isolamento do pré-hormônio “calcifediol”, também conhecido como “*calcidiol*”, “25-hidróxi-colecalciferol”, ou ainda, “25-hidróxi-vitamina D”, sendo ele produzido pelo fígado, através do processo de hidroxilação da Vitamina D₃, ou seja, do colecalciferol.^{4,46,47,48,49,50,51,52,53,54,55,56,57,58}

Desta forma, nos primeiros anos da última década de 70, ou seja, entre 1971 e 1972, foi possível realizar o desvelamento do seu metabolismo da vitamina em questão, sendo viável à verificação no fígado de sua conversão em calcifediol, e então, convertida pelos rins em calcitriol, ou seja, a forma biologicamente ativa da vitamina D.^{4,54,55,56,57,58} Segundo alguns pesquisadores e especialistas no assunto, o Dr. *Holick*, trabalhando no laboratório do Dr. *Hector DeLuca*, e também, pelo Dr. *Tony Norman* e colaboradores, tiveram a oportunidade de identificar, pela primeira vez, o “calcitriol” no ano de 1971, promovendo um novo e importante avanço, junto aos estudos e pesquisas acadêmicas, relacionadas a vitamina D e, de suas importantes particularidades constituintes.^{55,56,57,58,59,60,61}

Agradecimentos

Essa pesquisa não recebeu financiamento para sua utilização.

Referências

1. Wishart I. Vitamina D: seria esta a vitamina milagrosa? Porto Alegre: CDG. 2015. 207p.
2. Ranke L von. Heródoto e Tucídides. História da historiografia. 2011;6:252-259.

Benito LAO, Benito RC, Karnikowski MGO, Silva ICR

3. Besselaar JVD. Heródoto, pai da História. *Revista de História*. 1962;24(49):3-26.
4. Holick MF. The CO-VID D-Lemma: A Call for Action. *Nutrients*. 2022;14(5):963.
5. Silva JM e. Breve história do raquitismo e da descoberta da vitamina d. *Acta Reum Port*. 2007;32:205-229.
6. Rebollo RA. O legado hipocrático e sua fortuna no período greco-romano: de Cós a Galeno. *Scientiae Studia*. 2006;4(1):45-81.
7. Manetti D, Roselli A. Galeno commentatore di Ippocrate. In: Haase W (ed.) Band 37/2. Teilband Philosophie, Wissenschaften, Technik. *Wissenschaften (Medizin und Biologie [Forts.]*). Berlin, Boston: De Gruyter; 2016. p.1529-1635.
8. DeLuca HF. Vitamin D: historical overview. *Vitam Horm*. 2016;100:1-20.
9. Gibbs D. Rickets and the crippled child: an historical perspective. *J R Soc Med*. 1994;87(12):729-732.
10. Quadros KR da S, Oliveira RB de. Reposição de vitamina D nativa: indicação à luz das evidências científicas atuais. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba*. 2016;18(2):79-86.
11. Ihde AJ. Studies on the History of Rickets. I: Recognition of Rickets as a Deficiency Disease. *Pharmacy in History*. 1974;16(3):83-88.
12. Alia E, Kerr PE. Vitamin D: Skin, sunshine, and beyond. *Clinics in Dermatology*. 2021;39(5):840-846.
13. Gamarra AI, Restrepo JF. Historia de los mecanismos fisiológicos y bioquímicos de la vitamina D. *Revista Colombiana de Reumatología*. 2005;12(1):11-32.
14. Dunn PM. Francis Glisson (1597-1677) and the "discovery" of rickets. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 1998;78(2):F154-155.
15. Peters BSE, Martini LA. *Funções Plenamente Reconhecidas de Nutrientes, Vitamina D*. 2.ed. São Paulo: ILSI BRASIL, Instituto Brasil. 2014. 24p.
16. Martins e Silva, J. Breve história do raquitismo e da descoberta da vitamina D. *Acta Reum Port*. 2007;32:205-229.
17. Braga, PS da FS. *Correlação entre os níveis séricos da vitamina D e os diferentes subtipos de tumores mamários*. Coimbra, 2010. Dissertação (Mestrado - Ginecologia Oncológica). Faculdade de Medicina. Universidade de Coimbra.
18. Premaor MO, Furlanetto TW. Hipovitaminose D em adultos: entendendo melhor a apresentação de uma velha doença. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2006;50(1):25-37.
19. Corsino J. *Bioquímica*. Campo Grande: EdUFMS. 2009.213p.
20. Berger S. Kazimierz (Casimir) Funk – pioneer in vitaminology – 101 anniversary of his discovery – special note. *Pol. J. Food Nutr. Sci*.2013;63(4):201-205.
21. Stepuro II. Thiamine and vasculopathies. *Prostaglandins, Leukotrienes and Essential Fatty Acids*. 2005;72(2):115-127.

22. Jaworek A, Łazarczyk A, Hałubiec P, Leończyk M, Staszewski F, Wojas-Pelc A. The history of pellagra. *Dermatology Review. Przegląd Dermatologiczny*. 2021;108(6):554-566.
23. Borges CC. Efeitos adversos da deficiência de vitamina D em ilhotas pancreáticas de camundongos alimentados com dieta hiperlipídica. 2015. 79 f. Dissertação (Mestrado em Biologia Humana e Experimental) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.
24. Lima, TP de. A Importância da vitamina D: A suplementação ideal na rotina dos idosos com o devido acompanhamento farmacoterapêutico. 2021. 41f. Monografia (Graduação) - Curso de Bacharelado em Farmácia. Centro Universitário Regional Do Brasil. Barreiras, Bahia.
25. Mellanby E. The rickets-producing and anti-calcifying action of phytate. *J Physiol*.1949;109(3-4):488-533.
26. Dale HH. Edward Mellanby, 1884-1955. *Biogr. Mem. Fell. R. Soc.* 1955.1:192-222.
27. Harris RS, Wool IG, Loraine JA. *Vitamins and Hormones*. New York and London: Academic Press.1963.373p.
28. William JD, Calvin WW. Alfred Fabian Hess: A Biographical Sketch: (October 9, 1875 - December 5, 1933). *The Journal of Nutrition*.1960;71(1):1-9.
29. Wiedemann HR. The pioneers of pediatric medicine. Alfred Fabian Hess (1875-1933). *European Journal of Pediatrics*. 1993;152(6):461.
30. Hess, A. Influence of light on the prevention of rickets. *Lancet*.1922;2:1222.
31. Dimroth K. "Das Portrait: Adolf Windaus 1876-1959". *Chemie in unserer Zeit*. 1976;10(6):175-179.
32. Butenandt A. "Zur Geschichte der Sterin- und Vitamin-Forschung. Adolf Windaus zum Gedächtnis". *J. Nutr*.1960;72(18):645-651.
33. Rosenheim O, King H. The Ring-system of sterols and bile acids. Part II. *J. Chem. Technol. Biotechnol*. 1932;51(47):954-957.
34. **Sourkes TL**. The protagon phoenix. *Journal of the History of the Neurosciences*. 1995;4(1):37-62.
35. Askew FA, Bourdillon RB, Bruce HM, Callow RK, Philpot J St L, Webster TA. Crystalline vitamin D. *Proc. R. Soc. Lond. B*. 1932;109:488-506.
36. Feldman D, Pike JW, Adams JS. *Vitamin D*. 3.ed. Academic Press. 2011. 2144p.
37. Wolf G. The Discovery of Vitamin D: The Contribution of Adolf Windaus. *The Journal of Nutrition*. 2004;134(6):1299-1302.
38. Windaus, A. E. Merck's Jahresbericht über Neuerungen auf den Gebieten der Pharmakotherapie und Pharmazie. *Antirachitic vitamin*.1936;50:3-12.

39. Haas J. Vigantol--Adolf Windaus and the history of vitamin D. *Wurzbürger Medizinhistorische Mitteilungen*.2007;26:144-181.
40. **Steenbock H.** The Induction of Growth Promoting and Calcifying Properties in a Ration by Exposure to Light. *Science*.1924;60(1549):224-225.
41. Geiger BJ, Steenbock H, Parsons HT. Lathyrism in the rat. *The Journal of Nutrition*.1933;6(5):427-442.
42. Steenbock H, Kletzien SWF, Halpin JG. The reaction of the chicken to irradiated ergosterol and irradiated yeast as contrasted with the natural vitamin D in fish liver oils. *Journal of Biological Chemistry*.1932;97:249-264.
43. Wortsman J, Matsuoka LY, Chen TC, Lu Z, Holick MF. Decreased bioavailability of vitamin D in obesity. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 2000;72(3):690-693.
44. Pileggi VJ, De Luca HF, Steenbock H. The role of vitamin D and intestinal phytase in the prevention of rickets in rats on cereal diets. *Archives of Biochemistry and Biophysics*. 1955;58(1):194-204.
45. Marshall J. *Elbridge a Stuart: Founder of Carnation Company*. Kessinger Publishing. 2010. 284p.
46. Haussler MR, Norman AW. Chromosomal receptor for a vitamin D metabolite. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 1969;62(1):155-162.
47. Holick MF. *Vitamina D: Como um tratamento tão simples pode reverter doenças tão importantes*. São Paulo: Fundamento. 2012. 344p.
48. Holick MF. Vitamin D Deficiency. *N Engl J Med*.2007;357:266-281.
49. Dawson-Hughes B, Heaney RP, Holick MF. et al. Estimates of optimal vitamin D status. *Osteoporos Int*.2005;16:713-716.
50. Wortsman J, Matsuoka LY, Chen TC, Lu Z, Holick MF. Decreased bioavailability of vitamin D in obesity. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 2000;72(3):690-693.
51. Holick MF. Sunlight and vitamin D for bone health and prevention of autoimmune diseases, cancers, and cardiovascular disease. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 2004;80(6):1678S-1688S.
52. Holick MF. Vitamin D: A millenium perspective. *J. Cell. Biochem*. 2003;88: 296-307.
53. Holick MF, Binkley NC, Bischoff-Ferrari HA, Gordon CM, Hanley DA, Heaney RP, Murad MH, Weaver CM. Evaluation, treatment, and prevention of vitamin D deficiency: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2011;96(7):1911-1930.
54. Holick MF, Chen TC. Vitamin D deficiency: a worldwide problem with health consequences. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 2008;87(4):1080S-1086S.
55. Holick MF. High Prevalence of Vitamin D Inadequacy and Implications for Health. *Mayo Clinic Proceedings*. 2006;81(3):353-373.

56. Holick MF. Vitamin D: importance in the prevention of cancers, type 1 diabetes, heart disease, and osteoporosis. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 2004;79(3):362-371.

57. Webb AR, Kline L, Holick MF. Influence of season and latitude on the cutaneous synthesis of vitamin D₃: Exposure to winter sunlight in Boston and edmonton will not promote Vitamin D₃ synthesis in human skin. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*.1988;67(2):373-378.

58. Holick MF. Vitamin D Status: Measurement, interpretation, and clinical application. *Annals of Epidemiology*. 2009;19(2):73-78.

59. Holick MF, Schnoes HK, DeLuca HF, Suda T, Cousins RJ. Isolation and identification of 1,25-dihydroxycholecalciferol. A metabolite of vitamin D active in intestine. *Biochemistry*.1971;10(14):2799-2804.

60. Holick MF, Schnoes HK, DeLuca HF. Identification of 1,25-dihydroxycholecalciferol, a form of vitamin D₃ metabolically active in the intestine. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 1971;68(4):803-804.

61. Norman AW, Myrtle JF, Midgett RJ, Nowicki HG, Williams V, Popják G. "1,25-dihydroxycholecalciferol: identification of the proposed active form of vitamin D₃ in the intestine". *Science*. 1971;173(3991):51-54.

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

Preditores de risco para o consumo de medicamentos potencialmente inapropriados em idosos com dor

Risk predictors for the consumption of potentially inappropriate medications in elderly people with pain

Predictores de riesgo para el consumo de medicamentos potencialmente inapropiados en ancianos con dolor

Cristiane Koeche¹, Luiz Sérgio Fernandes de Carvalho²

Como citar: Koeche C, Carvalho LSF. Preditores de risco para o consumo de medicamentos potencialmente inapropriados em idosos com dor. 2023; 12(2): 339-49. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v12.n2.p339a349>

REVISA

¹ Universidade Católica de Brasília, Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Gerontologia. Brasília, Distrito Federal, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-4083-5961>

² Universidade Católica de Brasília, Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Gerontologia. Brasília, Distrito Federal, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6465-356X>

Recebido: 23/01/2023
Aprovado: 24/03/2023

RESUMO

Objetivo: Verificar quais as comorbidades podem ser preditoras do risco para uso de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos (MPII) e desenvolver um modelo preditor para o consumo de MPII. **Método:** Trata-se de um estudo retrospectivo, transversal, com alocação consecutiva de idosos atendidos ambulatorialmente. Foram desenvolvidos modelos probabilísticos com a utilização de regressões logísticas binárias. **Resultados:** Um modelo contendo as variáveis dor, ansiedade, depressão, escore de Elixhauser, e número de medicamentos atingiu área sob a curva de 0,853 (IC95% 0,813-0,893) para identificar idosos sob risco de receber prescrição de MPII. Os resultados corroboram que a ansiedade [OR 10,6 (IC95% 1,29-87,0), p=0,028] e depressão [OR 40,3 (IC95% 5,05-321), p<0,001] são fatores de risco independentes para o uso de MPII. **Conclusão:** Ferramentas de suporte à decisão clínica podem incorporar modelos preditores como os desenvolvidos no presente trabalho, aumentando o nível de informação e facilitando a sinalização de MPII no ato da prescrição.

Descritores: Idoso; Polifármaco; Comorbidade.

ABSTRACT

Objective: To verify which comorbidities may be predictors of the risk for use of potentially inappropriate medication for the elderly (PIME) and to develop a predictive model for the consumption of PIME. **Method:** It is a study retrospective, cross-sectional study with consecutive allocation of elderly patients treated on an outpatient basis. Probabilistic models have been developed using binary logistic regressions. **Results:** A model containing the variables pain, anxiety, depression, Elixhauser score, and number of medications reached an area under the curve of 0.853 (95%CI 0.813-0.893) to identify elderly people at risk of receiving PIME prescription. The results corroborate that anxiety [OR 10.6 (95%CI 1.29-87.0), p=0.028] and depression [OR 40.3 (95%CI 5.05-321), p<0.001] are independent risk factors for the use of PIME. **Conclusion:** Clinical decision support tools can incorporate predictive models such as those developed in the present study, increasing the level of information and facilitating the signaling of PIME at the time of prescription.

Descriptors: Elderly; Polypharmacy; Comorbidity.

RESUMEN

Objetivo: Verificar qué comorbidades pueden ser predictoras del riesgo de uso de medicación potencialmente inapropiada para los ancianos (MPIA) y desarrollar un modelo predictivo para el consumo de MPIA. **Método:** Es un estudio retrospectivo, transversal, con asignación consecutiva de ancianos atendidos de forma ambulatoria. Se han desarrollado modelos probabilísticos utilizando regresiones logísticas binarias. **Resultados:** Un modelo que contenía las variables dolor, ansiedad, depresión, puntaje de Elixhauser y número de medicamentos alcanzó un área bajo la curva de 0,853 (IC95% 0,813-0,893) para identificar ancianos con riesgo de recibir prescripción de MPIA. Los resultados corroboran que la ansiedad [OR 10,6 (IC95% 1,29-87,0), p=0,028] y la depresión [OR 40,3 (IC95% 5,05-321), p<0,001] son factores de riesgo independientes para el uso de MPIA. **Conclusión:** Las herramientas de apoyo a la decisión clínica pueden incorporar modelos predictivos como los desarrollados en el presente estudio, aumentando el nivel de información y facilitando la señalización del MPIA en el momento de la prescripción.

Descritores: Ancianos; Polifarmacia; Comorbilidad.

Introdução

Com o envelhecimento populacional, as principais comorbidades (ocorrência de duas ou mais doenças simultaneamente, na mesma pessoa) que acometem os indivíduos se modificaram, havendo uma migração das doenças infecciosas e parasitárias - que atingem em sua maioria os mais jovens - para as doenças crônicas e degenerativas.^{1,2}

Consideradas como um dos maiores problemas de saúde pública do mundo, as doenças crônicas são prevalentes em 70% dos idosos no Brasil e, normalmente, são acompanhadas de dor.

A dor torna o idoso mais vulnerável, restringindo a sua interação social, interferindo na sua independência e autonomia, podendo torná-lo ansioso ou depressivo.³⁻⁵ A relação inversa também pode ocorrer, gerando bidirecionalidade e, conseqüentemente, a confusão de diagnóstico e uma cascata de prescrições.³

Frente a essa plêiade de doenças crônicas prevalentes em idosos, os tratamentos medicamentosos passam a ser mais desafiadores, pois as diversas alterações que ocorrem no organismo, e que são consequência do envelhecimento, tornam os tratamentos farmacológicos um desafio quanto à eficácia e segurança, principalmente quando o paciente faz uso de polifármacos. Tais fatores podem aumentar as chances de interações medicamentosas, fazendo com que alguns medicamentos sejam considerados como medicamentos potencialmente inapropriados para idosos (MPII).^{3,6,7}

Para auxiliar no momento da prescrição médica, e com o intuito de se evitar o uso desses medicamentos, foram criadas listas desses MPII, a exemplo do *AGS/Beers Criteria* e do Consenso Brasileiro de Medicamentos Potencialmente Inapropriados para Idosos (CBMPII), as quais foram utilizadas no presente estudo.⁸

Os MPII têm sido destacados, porém não há clareza quanto aos principais fatores associados ao uso destes. Assim sendo, os objetivos principais desta pesquisa foram (i) verificar quais são as comorbidades que podem ser consideradas como preditoras do risco para o consumo de MPII em casos de dor crônica, nos idosos atendidos no Ambulatório de Geriatria do Centro Integrado Ambulatorial da Universidade Católica de Brasília (AG/CIA/UCB); e (ii) desenvolver um modelo preditor para consumo de MPII. Como objetivos secundários (iii) conhecer as diferenças quantitativas da dor por sexo; (iv) verificar se há uso de polifármacos; (v) observar se há relatos de reações adversas a medicamentos (RAM); e (vi) se há adesão a terapias não farmacológicas para o tratamento da dor, e se esta interfere no desenvolvimento de atividades diárias.

Método

Trata-se de um estudo do tipo retrospectivo, transversal e quantitativo, com alocação de consecutivos participantes idosos de um programa de acesso primário à saúde.

O estudo foi realizado no Ambulatório de Geriatria (AG), o qual faz parte do Centro Integrado Ambulatorial (CIA), localizado na Universidade Católica de Brasília - Campus Taguatinga. No CIA utiliza-se o sistema KONSIST, instalado em agosto de 2018, sendo coletados dados dos prontuários de pacientes que

foram atendidos no período de agosto/2018 até agosto/2021 (com os atendimentos interrompidos entre junho/2020 a abril de 2021 em razão da pandemia).

Foram analisados 565 prontuários de pacientes dos sexos masculino e feminino, com 60 anos ou mais, cujas consultas foram realizadas especificamente no AG. Como critérios de inclusão, no prontuário deveria constar as comorbidades apresentadas, bem como o registro dos medicamentos utilizados. Foram excluídos os prontuários em branco ou sem as informações pertinentes aos questionamentos desta pesquisa, e dos pacientes falecidos.

A análise exploratória dos dados incluiu as estatísticas descritivas, média, mediana, desvio-padrão, valor mínimo e valor máximo para variáveis numéricas e número e proporção para variáveis categóricas. Para a análise do comportamento das variáveis contínuas, foram consideradas as estatísticas descritivas, gráficos de histograma e *boxplot* e o teste específico para o pressuposto teórico de normalidade Kolmogorov-Smirnov.⁹ A comparação entre as variáveis categóricas (comorbidades, sexo, dor) e o tratamento MPII (não uso e uso) foi realizada aplicando-se o Teste Qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher, quando apropriado.¹⁰ Para variáveis contínuas (idade e número de medicamentos), aplicou-se o Teste de Mann-Whitney na análise comparativa.¹⁰

Utilizou-se do escore de Elixhauser, o qual, embora tenha sido desenvolvido originalmente para prever mortalidade, é um importante componente do prognóstico clínico.¹¹ Após as análises comparativas, foram desenvolvidos três modelos probabilísticos com a utilização da técnica de regressão logística binária, com objetivo de encontrar os preditores de risco para o uso de MPII^{12,13}.

Inicialmente, foram consideradas como variáveis candidatas ao modelo, aquelas cujos valores de p foram menores que 0,05 nas análises bivariadas, a fim de desenvolver um modelo parcimonioso, levando-se também em consideração a aplicabilidade no estudo. As variáveis finalistas do modelo com valores de $p < 0,05$ foram consideradas significantes. Como indicadores de desempenho do modelo, considerou-se o R quadrado de Nagelkerke, R quadrado de Cox & Snell e a tabela de classificação do evento do estudo (matriz de confusão).¹²

A curva ROC (*Receiver Operator Characteristic Curve*), construída com o propósito de avaliar a acurácia dos modelos em prever o uso de MPII, foi determinada pela medida da área sob a curva ROC (AUROC)¹⁰. Os resultados das variáveis finalistas dos modelos foram apresentados como *Odds Ratio* e intervalo de confiança de 95%.^{12,13}

A análise estatística foi realizada mediante o *software* IBM-SPSS *Statistics* versão 28 (IBM Corporation, NY, USA). Valores de $p < 0,05$ foram considerados significantes.

Esta pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética da UCB sob parecer número 4.671.785, CAAE 45191521.9.0000.0029, com dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por se tratar de uma pesquisa retrospectiva, sem o contato direto com o participante.

Resultados

Observando-se os critérios de inclusão e exclusão, dos 565 prontuários coletados, 48 foram excluídos, sendo 517 prontuários elegíveis, e destes, 70,4% (364 prontuários) corresponderam a prontuários de pacientes do sexo feminino, e 29,6% (153 prontuários) corresponderam a prontuários de pacientes do sexo masculino.

A média de idade dos idosos tratados sem MPII (71 anos) e dos pacientes tratados com MPII (73 anos), não mostrou diferença significativa. Quanto ao número de medicamentos utilizados, a média ficou de 3 para os pacientes que não usam MPII e de 4 medicamentos para aqueles que fazem uso de MPII. Na Tabela 1, pode-se verificar as análises bivariadas desses dados demográficos (idade, sexo) e dados clínicos (dor) em relação ao uso do MPII.

Cerca de 130 comorbidades foram citadas nos prontuários. Porém, ainda na Tabela 1, pode-se verificar que constam apenas 23 comorbidades na análise, fato este que se deve em razão de apenas essas terem apresentado citações nos prontuários em número suficiente para serem comparadas em relação ao uso de MPII.

Tabela 1- Análise comparativa bivariada.

Análise comparativa entre o sexo, dor, idade, número de medicamentos e o tipo de tratamento (sem ou com uso de MPII)				
		MPII		Valor p
		Não uso	Uso	
Sexo	Feminino	62,10%	73,20%	0,016
Dor	Sim	36,40%	55,80%	< 0,001
Idade (anos)		71 (60 - 98)	73 (60 - 101)	0,263
Número de medicamentos		3 (1- 4)	4 (1- 4)	<0,001
Análise comparativa entre as comorbidades e o tipo de tratamento (sem ou com uso de MPII)				
Alzheimer		0 (100,00%)	17 (95,60%)	0,009
Ansiedade		1 (0,80%)	27 (7,00%)	0,006
Arritmia		2 (1,50%)	15 (3,90%)	0,261
AVC		0 (0,00%)	12 (3,10%)	0,043
Chagas		3 (2,30%)	13 (3,40%)	0,772
Depressão		1 (0,80%)	69 (17,90%)	< 0,001
DM		39 (29,50%)	140 (36,40%)	0,155
DRGE		3 (2,30%)	7 (1,80%)	0,721
Esteatose hepática		2 (1,50%)	8 (2,10%)	1,000
Fibromialgia		2 (1,50%)	20 (5,20%)	0,071
Gastrite		2 (1,50%)	16 (4,20%)	0,181
Glaucoma		3 (2,30%)	10 (2,60%)	1,000
HAS		86 (65,20%)	264 (68,60%)	0,468
Hérnia		1 (0,80%)	15 (3,90%)	0,084
Hipotireoidismo		17 (12,90%)	55 (14,30%)	0,687
Incontinência urinária		3 (2,30%)	10 (2,60%)	1,000
Insônia		6 (4,50%)	38 (9,90%)	0,059

Insuficiência renal	1 (0,80%)	10 (2,60%)	0,304
Obesidade	5 (3,80%)	15 (3,90%)	0,956
Osteopenia	9 (6,80%)	12 (3,10%)	0,063
Osteoporose	22 (16,70%)	44 (11,40%)	0,120
Rinite	1 (0,80%)	10 (2,60%)	0,304
Tontura	2 (1,50%)	9 (2,30%)	0,737

AVC - Acidente Vascular Cerebral; DM - Diabetes Mellitus; DRGE - Doença do Refluxo Gastroesofágico; HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica; MPIO - Medicamentos Potencialmente Inapropriados para Idosos

Quanto ao modelo multivariado, observado na Tabela 2, foram consideradas como variáveis candidatas aquelas cujos valores de p foram menores que 0,05 nas análises bivariadas, como já mencionado, tais variáveis foram: sexo, dor, número de medicamentos, além de 4 comorbidades: alzheimer, ansiedade, acidente vascular cerebral (AVC) e depressão.

Para o modelo 1, as variáveis finalistas foram: dor, ansiedade, depressão (variáveis categóricas) e número de medicamentos (variável numérica), como demonstrado na Tabela 2. Este modelo apresentou, como indicadores de desempenho, o R quadrado de Nagelkerke = 0,355; R quadrado de Cox & Snell = 0,241. Além disso, apresentou a proporção de acertos para o desfecho uso de MPIO de 93,8%, considerando o ponto de corte de 0,5 para a classificação da probabilidade do uso de MPIO.

No modelo 2, observado, também, na Tabela 2, consideram-se como variáveis finalistas a dor (variável categórica) e número de medicamentos (variável numérica). Esse apresentou, como indicadores de desempenho, o R quadrado de Nagelkerke = 0,278; R quadrado de Cox & Snell = 0,189, bem como, apresentou a proporção de acertos para o desfecho uso de MPIO de 92,5%, considerando o ponto de corte de 0,5 para a classificação da probabilidade do uso de MPIO.

O modelo 3, também constante na Tabela 2, considera o índice de comorbidade de Elixhauser^{11,14,15} como covariável, e apresenta como variáveis: dor, ansiedade, depressão (variáveis categóricas) e número de medicamentos. Para esse modelo, estavam disponíveis 468 casos, sendo 360 com o evento "uso de MPIO" e apresentou, como indicadores de desempenho, o R quadrado de Nagelkerke = 0,401; R quadrado de Cox & Snell 0,265=. Além disso, embora tenha apresentado um largo intervalo de confiança para as duas comorbidades, o modelo 3 apresentou a proporção de acertos para o desfecho uso de MPIO de 93,9%, considerando o ponto de corte de 0,5 para a classificação da probabilidade do uso de MPIO.

Quanto à acurácia do modelo, foi construída a curva ROC (*Receiver Operator Characteristic Curve*), determinada pela medida da área sob a curva ROC (AUROC) e seu intervalo de confiança, conforme pode-se verificar na Tabela 2.

Tabela 2- Modelos dos fatores de risco para o uso de MPII, segundo regressão logística binária.

MODELO 1			
AUROC		IC 95%	
0,823		0,783-0,863	
Variável		OR (IC 95%)	Valor p
Dor	Sim *	2,290 (1,430-3,680)	<0,001
Ansiedade	Sim *	10,030 (1,240-81,100)	0,030
Depressão	Sim *	23,080 (3,020-176,490)	0,002
Número de medicamentos		2,650 (2,110-13,330)	<0,001
Constante		0,068	<0,001
MODELO 2			
AUROC		IC 95%	
0,784		0,738-0,830	
Variável		OR (IC 95%)	Valor p
Dor	Sim*	2,270(1,430-3,580)	<0,001
Número de medicamentos		2,69 (2,170-3,340)	<0,001
Constante		0,080	<0,001
MODELO 3			
AUROC		IC 95%	
0,853		0,813-0,893	
Variável		OR (IC 95%)	Valor p
Dor	Sim*	2,378 (1,409 ; 4,013)	0,001
Ansiedade	Sim*	10,582 (1,287 ; 87,023)	0,028
Depressão	Sim*	40,325 (5,053 ; 321,795)	< 0,001
Número de medicamentos		1,666 (1,455 ; 1,908)	<0,001
Escore Elixhauser		1,199 (1,067 ; 1,347)	< 0,001
Constante		0,161	< 0,001

*utilizado em relação à categoria "Não". AUROC- área sob a Receiver Operator Characteristic Curve; OR, odds ratio; IC, intervalo de confiança.

Dos 517 prontuários analisados, cerca de 275 pacientes foram identificados como usuários de polifármacos, e destes, 54,6% são pacientes que relataram dor; quanto às RAM, observou-se poucos registros e a predominância no sexo feminino, com 7 relatos dentre o total de 9 pacientes. As mulheres também compõem a maioria dos que aderem a terapias não farmacológicas (fisioterapia, acupuntura, dentre outros), correspondendo a 21 do total de 25 pacientes. Quanto à interferência da dor no desenvolvimento de atividades diárias, tem-se que dos 26 relatos, 80% são de pacientes do sexo feminino.

Discussão

Estudos sugerem que o escore de Elixhauser, embora tenha sido desenvolvido originalmente para prever mortalidade, é um importante componente do prognóstico clínico, visto que dados sobre comorbidades são valiosos na comparação entre populações de pacientes, e nos ajustes de riscos aos

desfechos associados.^{11,14,15} Neste trabalho, o desfecho associado foi o uso de MPII. Desta forma, o índice de comorbidade de Elixhauser foi inserido na regressão logística binária, sendo utilizado como um escore de gravidade.^{14,15}

Observa-se que, das comorbidades testadas, apenas 4 apresentaram associação significativa com o uso de MPII, as quais foram: alzheimer, ansiedade, AVC e depressão.

Em razão de apresentarem valor p menor na análise comparativa entre as comorbidades e o tipo de tratamento sem ou com o uso de MPII, as comorbidades Ansiedade e Depressão podem ser consideradas como preditoras do risco para o consumo de MPII. Observou-se que alguns autores as correlacionam de forma bidirecional, ou seja, podem ser tanto desencadeadoras da dor, quanto consequência.¹⁶⁻¹⁸ Esta confusão de diagnóstico, que pode gerar prescrições desnecessárias e incorretas, enfatiza o desafio do manejo da dor no idoso e ressalta-se que, para atingir resultados positivos no tratamento, há que se ter a compreensão de todas as particularidades de cada idoso.^{16,18}

No que tange os resultados da AUROC, os três modelos testados apresentaram bom desempenho, distinguindo bem entre o uso e não uso de MPII, considerando a variação de sensibilidade e especificidade. Porém, dentre esses modelos, o modelo 3 denota uma melhor acurácia em prever o consumo de MPII em pacientes com dor, com uma AUROC de 0,853.

Considerando-se que a longevidade é maior entre as mulheres, estudos apontam as mulheres como maioria na amostra (62,6% e 66,8%).^{19,20} No presente estudo, pacientes do sexo feminino corresponderam a 70,4% da amostra (364 prontuários).

A predominância do sexo feminino quanto ao uso de MPII também foi verificada neste estudo, como consequência de serem a maioria da amostra, em consonância com outros trabalhos.¹⁹ Tem-se que a associação do sexo feminino com o maior uso de MPII é também apontado em outros estudos, onde observa-se que, de maneira geral, as mulheres utilizam mais medicamentos do que os homens.^{23,25} Este fato pode ser em razão de as mulheres apresentarem “maior prevalência de dor e sintomas da esfera afetiva neurológica do que os homens”, estar relacionado a fatores biológicos, e por elas se preocuparem mais com a saúde, bem como a aspectos sociais por utilizarem mais frequentemente os serviços de saúde.

Observou-se que a dor estava presente em 50,8% da amostra, sendo destes, 77,2% correspondente ao sexo feminino, indo ao encontro de um estudo realizado nos Estados Unidos.²¹ O mesmo estudo observa a interferência da dor no desenvolvimento das atividades diárias em 70 a 80% dos idosos, diferentemente dos números encontrados nesta pesquisa (6,7%), denotando que, talvez, a dor seja pouco valorizada ou subnotificada no Brasil.

O uso de polifármacos é considerado como um fator frequentemente relacionado ao uso de MPII, visto que ela pode ser desencadeada por uma “cascata” de prescrições.²³ Estudos realizados em Natal/RN apontam para uma alta prevalência no uso de MPII (54,6%) fortemente associada ao uso de polifármacos (47%).²⁴ Corroborando com esses autores, a amostra deste estudo apresentou perfil de uso de polifármacos em 53,19% dos pacientes, com predominância naqueles tratados com MPII (90,55%). Em geral, embora tenham sido apontados como idosos polifármacos, foram encontrados poucos relatos de

RAM, o que possivelmente se deve a algum viés de pesquisa, em razão de subnotificação ou subdiagnóstico.

Nesta pesquisa, em consonância com outros trabalhos divulgados, tem-se que o desenvolvimento de múltiplas comorbidades aumenta o risco para o desenvolvimento da dor, bem como há resultados indicativos estatísticos para afirmar que a quantidade de medicamentos utilizados e o tipo de comorbidades apresentadas está diretamente relacionada com a presença da dor e ao uso de MPII.^{16,25}

Baseando-se em estudos que demonstram que a redução do uso de MPII aumenta a segurança na administração de medicamentos de forma geral, e considerando-se a variabilidade de respostas do organismo do idoso a um fármaco, as listas padronizadas de MPII para auxiliar nas prescrições médicas são consideradas importantes ferramentas para o sucesso do tratamento e para a preservação da saúde do idoso.²²

Este estudo tem limitações por ser do tipo retrospectivo, não sendo possível realizar uma pesquisa sociodemográfica completa, abrangendo escolaridade e nível socioeconômico. Outra limitação se dá em razão de ter sido realizado apenas no AG/CIA/UCB, tendo, assim, o seu potencial de generalização diminuído. O largo intervalo de confiança para as comorbidades ansiedade e depressão demanda estudos posteriores para aprofundamento. E, por fim, em razão de não haver informações suficientes quanto às condições de saúde ou dose diária consumida em todos os prontuários, a pesquisa do MPII foi realizada com base nas listas (*AGS/Beers Criteria* e *CBMPII*) utilizando-se apenas o nome dos medicamentos.

Conclusão

Inferre-se que as comorbidades ansiedade e depressão podem ser consideradas preditoras do risco para o uso de MPII e, juntamente com o uso de polifármacos, devem ser encarados como sinais de alerta para que os clínicos reconsiderem a segurança e a eficácia de suas prescrições a idosos com dor. Ressalta-se que ferramentas de suporte à decisão clínica podem incorporar modelos preditores, como os desenvolvidos no presente trabalho, aumentando o nível de informação para clínicos e facilitando a sinalização de MPII no ato da prescrição.

Agradecimento

Esse trabalho foi financiado pelos próprios autores.

Referências

1. Borges E, Batista KRO, Andrade LE, Sena PLSC, Soares NMMS, Silva FB, Hernández M. O envelhecimento populacional um fenômeno mundial. In: Dantas EHM, Santos CAS (Orgs.). Aspectos biopsicossociais do envelhecimento e a prevenção de quedas na terceira idade. 2017;17-46. Disponível em: <https://www.ufsj.edu.br/portal2->

[repositorio/File/ppgps/ebooks/Aspectos_Biopsicossociais_do_envelhecimento.pdf](#)

2. Oliveira AS. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. *Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*. 2019; 15 (32):69-79. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/48614>
3. Ferretti F, Castanha AC, Padoan ER, Lutinski J, Silva MR. Qualidade de vida em idosos com e sem dor crônica. *BrJP*. 2018; 1(2):111-5. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20180022>
4. Alves ES, Oliveira NO, Terassi M, Luchesi BM, Pavarini SCI, Inouye, K. Dor e dificuldade para dormir em idosos. *BrJP*. 2019; 2(3):217-24. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/25950118.20190039>
5. Masson L, Dallacosta FM. Vulnerabilidade em idosos e sua relação com a presença de dor. *BrJP*. 2019; 2(3): 213-6. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20190038>
6. Olivência SA, Barbosa LGM, Cunha MR, Silva LJ. Tratamento farmacológico da dor crônica não maligna em idosos: uma revisão integrativa. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2018; 21(3):372-81. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170179>
7. Araújo BG, Moraes CF, Fonseca KA. Prevalência do uso de medicamentos potencialmente inapropriados ao idoso no Brasil: uma revisão sistemática. *Kairós Gerontologia*. 2019; 22(4). Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/47880>
8. Rosa ASKC, Costa BP, Kapper CP, Dalmas GGS, Sbroglio LL, Andreis L, Lamper MA. Correia et al. Identificação de prescrição inapropriada em ambulatório de Geriatria utilizando os Critérios Stopp e Start. *Rev. Bras. Geriatr. Geront.* 2016; 19(5):871-878. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150220>
9. Conover WJ. *Practical nonparametric statistics*. New York: John Wiley & Sons, 1999.
10. Siegel S, Castellan Jr, JN. *Estatística Não Paramétrica para Ciências do Comportamento*. 2nd ed. São Paulo: Bookman, 2006.
11. Austin SR, Wong YN, Uzzo RG, Beck JR, Egleston BL. Why summary comorbidity measures such as the Charlson comorbidity index and Elixhauser score work. *Med Care*. 2015; 53(9):e65-72. Available from: <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e318297429c>
12. Agresti A, *Categorical data analysis*. 3rd ed. EUA: Wiley & Sons, 2012.

13. Hosmer DW, Lemeshow S. Applied Logistic Regression. 2nd ed. New York, USA: John Wiley and Sons, 2000.
14. Elixhauser A, Steiner C, Harris DR, Coffey RM. Comorbidity measures for use with administrative data. *Medical Care*. 1998; 36(1):8-27.
15. Sharma N, Schwendimann R, Endrich O, Ausserhofer D, Simon M. Comparing Charlson and Elixhauser comorbidity indices with different weightings to predict in-hospital mortality: an analysis of national inpatient data. *BMC Health Serv Res*. 2021; 21(13). doi.org/10.1186/s12913-020-05999-5
16. Marques CM, Barbosa MT, Porto JP, Ulhoa TS. Dor no idoso. In: Haueisen, ALM (Orgs.). *Guia Prático para o manejo da dor*. São Paulo: Perse. 2019; p. 203-21.
17. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Dor: o quinto sinal vital. 2018. Disponível em: https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2018/08/SBGG_-_Guia_de_Dor_-_final_site.pdf
18. Correa ML, Carpena MX, Lucas RDM, Silva N. Depressão em idosos de uma região rural do Sul do Brasil. *Cien Saude Colet*. 2020; 25(6). doi.org/10.1590/1413-81232020256.18392018
19. Cassoni TCJ, Corona LP, Romano-Lieber NS, Secoli SR, Duarte YAO, Lebrao ML. Uso de medicamentos potencialmente inapropriados por idosos do Município de São Paulo, Brasil: Estudo SABE. *Cadernos de Saúde Pública*. 2014; 30(8):1708-20. doi.org/10.1590/0102-311X00055613
20. Cuentro VS, Andrade MA, Gerlack LF, Bós AJG, Silva MVS, Oliveira AF. Prescrições medicamentosas de pacientes atendidos no ambulatório de geriatria de um hospital universitário: estudo transversal descritivo. *Cien Saude Colet*. 2014; 19(08). doi.org/10.1590/1413-81232014198.09962013
21. Patel KV, Guralnik JMB, Danise EJA, Turk DCA. Prevalence and Impact of Pain among Older Adults in the United States: Findings from the 2011 National Health and Aging Trends Study. *NIH Public Access. Pain*. 2013;154(12):2649-2657. [10.1016/j.pain.2013.07.029](https://doi.org/10.1016/j.pain.2013.07.029)
22. Praxedes MFS, Pereira GCS, Lima CFM, Santos DS, Berhends JS. Prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos segundo os Critérios de Beers: Revisão sistemática. *Cien Saude Colet*, 2020. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/prescricao-de-medicamentos-potencialmente-inapropriados-para-idosos-segundo-os-criterios-de-beers-revisao-sistemica/17615?id=17615>
23. Roca García Iliana Cristina, Ramos Guevara Kenia, Martínez Ginarte Guillermo José, Pérez Marín Daiana, González Rodríguez María del

Rosario. Caracterização da polifarmácia em idosos de um consultório médico urbano. *Multimídia [Internet]*. 2021; 25(2): e2052. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182021000200006&lng=es

24. Moreira FSM, Jerez-Roig J, Ferreira LMBM, Dantas PQM, Lima KC, Ferreira MAF. Uso de medicamentos potencialmente inapropriados em idosos institucionalizados: prevalência e fatores associados. *Cien Saude Colet*. 2020; 25(6):2073-82. doi.org/10.1590/1413-81232020256.26752018

25. Melo LA, Lima, KC. Prevalência e fatores associados a multimorbidades em idosos brasileiros. *Cien Saude Colet*. 2020; 25(10):3869-77. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020001003869

Autor de correspondência

Cristiane Koeche

QS 07 - Lote 01 - EPCT. CEP: 71966-700.

Taguatinga, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

criskoeche@hotmail.com

Sexualidade de mulheres vivendo com HIV: é complicado

Sexuality of women living with HIV: it's complicated

Sexualidad de mujeres que viven con VIH: es complicado

Cleuma Sueli Santos Suto¹, Mirian Santos Paiva², Carle Porcino³, Pablo Luiz Santos Couto⁴, Andreia Silva Rodrigues⁵, Marília Emanuela Ferreira de Jesus⁶, Ana Caroline de Souza Batista⁷

Como citar: Suto CSS, Paiva MS, Porcino C, Couto PLS, Rodrigues AS, Jesus MEF, et al. Sexualidade de mulheres vivendo com HIV: é complicado. 2023; 12(2): 350-60. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v12.n2.p350a360>

REVISA

¹ 1. Universidade Federal da Bahia, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Salvador, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-6427-5535>

2. Universidade Federal da Bahia, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Salvador, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-4399-321X>

3. Universidade Federal da Bahia, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Salvador, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-6176-0105>

4. Faculdade Guanambi. Guanambi, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-2692-9243>

5. Universidade Federal da Bahia, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Salvador, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0091-2849>

6. Universidade Federal da Bahia, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Salvador, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-6844-6434>

7. Universidade do Estado da Bahia. Senhor do Bonfim, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-4444-7731>

Recebido: 17/01/2023
Aprovado: 19/03/2023

RESUMO

Objetivo: analisar a estrutura das representações sociais de mulheres que vivem com HIV sobre sexualidade. **Método:** Pesquisa qualitativa com referencial teórico-metodológico da Teoria das Representações Sociais, ancorada na Teoria do Núcleo Central. Foram coletadas evocações livres de palavras, nos meses de agosto a novembro de 2018, de 191 mulheres vivendo com HIV em um município da Bahia. Os dados foram processados pelo software Evoc conformando quadros de quatro casas. **Resultados:** Em sua estrutura apresenta as palavras sexo, se prevenir, não sei e complicado. Os termos remetem a concepção da sexualidade como algo "difícil" de ser nominado e que demanda cuidados preventivos. Os elementos centrais e periféricos apresentaram, sua maioria, uma conotação negativa da sexualidade. **Conclusão:** As representações se ancoram em situações de temor e no medo em expor a condição de vivência com o vírus. Sugere-se que a temática possa ser incorporada às práticas de cuidados de profissionais de saúde.

Descritores: Sexualidade; Hiv; Mulheres; Atenção secundária à saúde; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To analyze the structure of social representations of women living with HIV about sexuality. **Method:** Qualitative research with theoretical and methodological framework of the Theory of Social Representations, anchored in the Theory of the Central Nucleus. Word-free evocations were collected in the months of August to November 2018 from 191 women living with HIV in a municipality in Bahia. The data were processed by the Evoc software, forming tables of four houses. **Results:** In its structure it presents the words sex, to prevent, I do not know and complicated. The terms refer to the conception of sexuality as something "difficult" to be named and that requires preventive care. The central and peripheral elements presented, for the most part, a negative connotation of sexuality. **Conclusion:** The representations are anchored in situations of fear and fear of exposing the condition of living with the virus. It is suggested that the theme can be incorporated into the care practices of health professionals.

Descriptors: Sexuality; Hiv; Women; Secondary health care; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la estructura de las representaciones sociales de las mujeres que viven con el VIH sobre la sexualidad. **Método:** Investigación cualitativa con marco teórico y metodológico de la Teoría de las Representaciones Sociales, anclado en la Teoría del Núcleo Central. Se recopilieron evocaciones sin palabras en los meses de agosto a noviembre de 2018 de 191 mujeres que viven con el VIH en un municipio de Bahía. Los datos fueron procesados por el software Evoc, formando tablas de cuatro casas. **Resultados:** En su estructura presenta las palabras sexo, prevenir, no sé y complicado. Los términos se refieren a la concepción de la sexualidad como algo "difícil" de nombrar y que requiere cuidados preventivos. Los elementos centrales y periféricos presentaron, en su mayor parte, una connotación negativa de sexualidad. **Conclusión:** Las representaciones están ancladas en situaciones de miedo y miedo a exponer la condición de convivencia con el virus. Se sugiere que el tema se pueda incorporar a las prácticas asistenciales de los profesionales de la salud.

Descritores: Sexualidad; VIH; Mujeres; Atención secundaria de salud; Enfermería.

ORIGINAL

Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua a sexualidade como algo que é influenciado por diversos fatores, tais como: biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espiritual.¹⁻² Assim, conceber a sexualidade, também perpassa pelo sentido de necessidade básica de seres humanos, considerando que essa dimensão não pode ser separadas de outros aspectos da vida.¹

No âmbito dos direitos sexuais e reprodutivos, a vivência de uma sexualidade (livre de discriminação e preconceitos) deve ser assegurada a todas as pessoas, sendo que qualquer decisão, a ser tomada, em relação à vida sexual, deve ser exercida com autonomia, consentimento pleno, livre, informado e sem práticas coercitivas.²

Nesse aspecto, a força das relações desiguais de gênero evidencia condições de desigualdades entre mulheres e homens, no tocante a construção social da sexualidade. Nesse sentido, as mulheres são ensinadas a vivenciarem o exercício da sexualidade restrita ao matrimônio, com vista à satisfação do companheiro, bem como para fins de procriação. A esse respeito, pesquisa realizada na Cidade do México, com médicos de serviços públicos de saúde, revelou que a normatividade sobre gênero e sexualidade ainda legitima e reforçam as desigualdades sociais em espaços de saúde reprodutiva, na medida em que os cuidados sobre corpo são abordados nas consultas.³

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), que antes era visto como uma condição restrita aos grupos minoritários (gays, hemofílicos e trabalhadoras sexuais), atingiu outros seguimentos populacionais, como as mulheres heterossexuais, muitas vezes em relacionamentos estáveis, repercutindo no seu cotidiano e em tudo que nele está imbricado: relações sociais, relações afetivas, práticas sexuais, autoestima, prazer e na própria sexualidade.⁴

No entanto, considera-se que a infecção pelo HIV repercute na dinâmica da sexualidade, ao comprometer e limitar a libido e a satisfação sexual, profissionais de saúde precisam romper com a prática biologicista no que se refere ao cuidado dispensado às pessoas que convivem com HIV. Desse modo, a abordagem em seus atendimentos deve contemplar questões relacionadas à subjetividade, visto que essa pode interferir no bem-estar das pessoas. Especialmente, ao estudar mulheres vulneradas (aquelas que convivem com o HIV) por iniquidades de gênero e históricas, cujo processo de adoecimento estreitamente associado à cultura do patriarcado e às relações de poder estabelecidas no matrimônio.²

Dados epidemiológicos revelaram que o grupo populacional de mulheres, no Brasil, no ano de 2008, apresentou maior taxa de detecção do aids entre as mulheres de 30 a 34 anos (37,2 casos/100.000 habitantes); em 2018, as faixas com maior detecção foram as das mulheres entre 40 e 44 anos (20,5 casos/100.000 habitantes). Na distribuição por sexo, verificou-se uma redução da taxa de detecção entre as mulheres nos últimos 10 anos em todas as faixas etárias, exceto entre 15 e 19 anos.⁵

Para o enfrentamento da epidemia do HIV/Aids no Brasil, faz-se necessário o manejo clínico das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) na

população sexualmente ativa, como as mulheres cisgêneras heterossexuais. Entretanto, se observa que as questões referentes ao gênero e autonomia do exercício da sexualidade, ainda são negligenciadas, a vivência da sexualidade feminina fica atrelada à função de contracepção, de modo que essas mulheres acabam por se culpabilizarem e responsabilizarem em relação aos eventos que ocorram em decorrência da vida sexual e reprodutiva, onde as normas tradicionais de gênero se mostram fortemente instaladas.⁶

Estudo realizado com pessoa vivendo com HIV, no estado de São Paulo, revelou que os participantes sinalizaram que a infecção/síndrome, ainda é permeada por representações hegemônicas, que estigmatizam e discriminam ao privilegiar o processo de adoecimento em detrimento de aspectos subjetivos.⁴

Evidências apontam para existência de lacuna na prestação de cuidados por profissionais de saúde, como os da enfermagem, no que tange às questões relacionadas a sexualidade, portanto, a desconstrução de barreiras que cercam a temática se torna relevante.^{1,7-8}

Assim, observa-se que raramente a sexualidade é um tema discutido no âmbito da formação e/ou prática de cuidado de enfermeiras. Esses são aspectos que potencializam as dificuldades, na medida em que necessitam abordar o assunto com usuárias/os dos serviços durante a realização de cuidados, mesmo compreendendo essa necessidade.⁹ Ademais, no sistema de busca de artigos *PUBMED*, *BDEF* e *SCOPUS*, por meio dos descritores “sexualidade” and “mulheres” and “HIV” and “representações sociais”, nas línguas portuguesa e inglesa, sendo identificado seis artigos acerca da temática nos últimos cinco anos.

Dentre os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) ligados com a temática, no objetivo 17 destaca-se a Saúde e Bem-Estar, como importante para assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades. Em consonância com a meta 3.3, o Brasil compromete-se até 2030 a reduzir impactos das epidemias de AIDS, hepatites virais e outras doenças negligenciadas ao assegurar o acesso universal aos serviços e insumos de saúde sexual e reprodutiva com foco na educação em saúde e a sexualidade.¹⁰

Portanto, questionou-se: como estão estruturadas as representações sociais de mulheres que convivem com HIV sobre a sexualidade? Para ajudar a responder a tal indagação, objetivou-se analisar a estrutura das representações sociais de mulheres que vivem com HIV sobre sexualidade.

Método

Pesquisa de campo do tipo qualitativa, com enfoque teórico-metodológico na Teoria das Representações Sociais (TRS), norteado pela ferramenta COREQ (*Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research*).¹¹ A teoria é compreendida como um espaço de produção do cotidiano, onde o senso comum é visto como uma força apropriada para reinventar e deslocar o sujeito.¹² A opção em privilegiar a Teoria do Núcleo Central se respaldou por ser uma das vertentes da TRS, constituída por informações estruturadas e constituídas pelo sistema sociocognitivo que se organiza em dois subsistemas: um central (ou núcleo central) e um periférico.

A pesquisa foi desenvolvida em um Serviço de Atenção Especializada em HIV (SAE), sendo o único serviço no município de Feira de Santana-BA, principal eixo rodoviário do Norte/Nordeste do país que presta atendimento a cerca de 1.200 mulheres cadastradas. As enfermeiras responsáveis pelo SAE abordaram

as participantes e as convidavam para uma conversa inicial com a pesquisadora onde lhes foram apresentados os objetivos do estudo e, após aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), aplicou-se o instrumento de coleta de dados. Contribuíram com o estudo 191 mulheres, selecionadas por meio da amostragem não probabilística de conveniência, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou maior que 18 anos, realizar acompanhamento no Serviço de Atenção Especializada; e, estar em uso de Tratamento Antiretroviral (TARV). Foram excluídas aquelas usuárias do serviço que estavam grávidas no período da coleta.

Foi utilizada para a coleta de dados a Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP) composta por um roteiro com dois estímulos indutores “sexualidade” e “sexualidade para pessoas vivendo com HIV”. Além disso, o roteiro comportou itens (faixa etária, nível de escolaridade, raça/cor e situação econômica; e dados relacionados ao agravo e a relação afetivossexual), com vista à caracterização sociodemográfica, no intuito de delimitar o grupo de pertencimento, considerando que este é um aspecto essencial para as pesquisa ancoradas na TRS.¹²

Reitera-se que a TALP é uma técnica projetiva que permite a apreensão da produção verbal e/ou escrita por meio de um ou mais estímulos indutores. Essa técnica além de possibilitar rapidez e ampliar o acesso a diferentes participantes, permite a constituição do universo semântico do termo ou do objeto de representação, por meio de elementos latentes nas produções discursivas.¹³

As participantes responderam ao TALP individualmente via formulário previamente elaborado, no período de agosto a novembro de 2018, em sala reservada na instituição, com vista a garantir o sigilo. Na aplicação do TALP foi solicitado às participantes que evocassem até cinco palavras, que lhes viessem rapidamente à mente ao escutarem cada um dos termos indutores, as evocações foram gravadas e transcritas. As participantes levaram em média 45 segundos para responder prontamente a cada estímulo verbalizado pela pesquisadora. Em seguida, na etapa de organização dos dados foi feita a lematização dos termos evocados para cada estímulo e conformação dos corpora.

Os corpora foram processados pelo software *Ensemble de Programmes permettant l'analyse des Evocations* (EVOC), na versão 2005, o qual emitiu o Quadro de Casas, que possibilita a análise prototípica ao considerar os critérios de hierarquia e saliência, apontando para os possíveis elementos que conformam os sistemas central e periféricos.¹⁴⁻¹⁵ Para o estímulo “Sexualidade”, foi definida a frequência absoluta média de 16 e a mínima de 12; o critério de saliência da ordem média de evocações (OME) e o Rang adotados, foi de 2,4. Esses dados organizados conjuntamente deram origem ao quadro de quatro casas (Figura 1), obteve-se aproveitamento 90,1% desse corpus. A análise do segundo corpus, com o termo indutor “Sexualidade de pessoas vivendo com HIV” (Figura 2), teve a frequência absoluta média de 19 e a mínima de 13, com Rang de 2,7 e aproveitamento de 95,4%.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa e foi conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos.

Resultados e Discussão

O estudo permitiu caracterizar o perfil das mulheres cujas idades variaram entre 18 e 75 anos, com maior concentração entre 33 e 42 anos (37,7%); de raça

preta/parda (97,9%); com oito e onze anos de escolaridade (62,3%); quanto ao estado civil, (69,1%) referiram união consensual e/ou casadas e, 50,5% revelaram soroconcordância com o parceiro; com relação às atividades laborais remuneradas, (36,1%), enquanto as demais dependiam da renda de parceiro e/ou familiares. Um número significativo de mulheres convivia com HIV há mais de seis anos (40,3%) e 11,5% delas há mais de 15 anos.

Os dados provenientes das evocações, processados pelo *software* Evoc considerou as frequências média e mínima e OME em cada um dos quadros de quatro casas. As respostas ao termo indutor “Sexualidade” contribuíram com 639 palavras evocadas, dentre estas, 112 foram diferentes, conforme se observa no Quadro 1.

Quadro 1 - Quadro de quatro casas ao termo indutor “sexualidade”. Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2020

Núcleo central			Primeira periferia		
Frequência ≥ 16 Rang < 2,4			Frequência ≥ 16 Rang > = 2,4		
Sexo	68	2,088	Carinho	20	2,550
Se prevenir	30	2,233	Mulher	17	3,118
Relação sexual	28	2,036	Parceiro	16	3,125
Não-sei	21	1,619			
Prazer	18	1,889			
Não quero mais	17				
Elementos de contraste			Segunda periferia		
Frequência < 16 Rang < 2,4			Frequência < 16 Rang > = 2,4		
Amor	15	1,933	Homem	15	2,467
Coisa boa	14	1,786	Relacionamento	15	2,467
Nada	14	2,000	Medo	13	2,692
Ter cuidado	13	2,231	Camisinha	12	2,750

Fonte: *Software* EVOC.

Por sua vez, os dados provenientes do estímulo “Sexualidade de pessoa vivendo com HIV”, resultou 746 termos, sendo 79 diferentes, o quadro do Quadro 2.

Quadro 2 - Quadro de quatro casas ao termo indutor “sexualidade de pessoas vivendo com HIV”. Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2020

Núcleo central			Primeira periferia		
Frequência ≥ 19 Rang < 2,7			Frequência ≥ 19 Rang > = 2,7		
Difícil	59	1,746	Medo	40	2,825
Normal	48	1,625	Aceitação	40	2,700
Complicado	32	1,813	Preconceito	23	2,870
Se prevenir	27	2,407			
Não pode mais	22	2,091			
Horrível					
Elementos de contraste			Segunda periferia		
Frequência < 19 Rang < 2,7			Frequência < 19 Rang > = 2,7		
Barreira	15	2,133	Não falar	18	3,500
Tristeza	13	2,308	Responsabilidade	18	2,889
Mudou	13	2,462	Parceiro	17	3,235

Fonte: *Software* EVOC.

Discussão

O perfil das participantes desse estudo coaduna com pesquisa realizada no Ceará, com mulheres em idade fértil vivendo com HIV, onde se evidenciou que a baixa renda ampliou em quatro vezes a chance de infecção e que os principais marcadores de vulnerabilidade para a infecção do vírus, entre as mulheres, foram associados aos aspectos socioeconômicos e componentes programáticos.¹⁶

Em representações sociais os elementos que estão dispostos no núcleo central, não o compõem apenas por critérios quantitativos, mas também por aspectos qualitativos considerando a manifestação do pensamento social. Assim, a centralidade de um dado elemento necessita ser definida com base no significado que se atribui à representação. Desse modo, cada grupo social representa a sua realidade e a reconstrói em seu sistema cognitivo, tendo em vista seu repertório simbólico em determinado contexto sócio-histórico-cultural e ideológico.¹²

Ao considerar o critério de saliência (Quadro 1) o termo ‘não sei’ apresentou a menor OME, em função de ter sido o mais prontamente evocado. Infere-se que tal aspecto remete à dimensão (inter)subjetiva/afetiva da sexualidade, a partir da dificuldade relatada por participantes em abordar sobre a vida sexual, provavelmente, pelo temor em revelar para outrem a sua condição sorológica ou a vivência do exercício da sexualidade. Por conseguinte, a sexualidade quando associada às práticas sexuais, ao sexo e/ou atrelada aos discursos sociais, podem produzir e reafirmar gêneros, polaridades, padrões e diferenças que trazem as marcas do biopolítico e das relações de poder estabelecidas nas sociedades ainda regidas pelo patriarcado. Tais marcas repercutem na vivência da sexualidade pela manutenção de tabus, estigmas e práticas coercitivas, que impede a discussão sobre esse assunto em espaços públicos.^{2,17}

A análise do núcleo central revela que os significados atribuídos a um dado objeto pelo sujeito, provém de informações relacionadas a prática e dinâmica de suas interrelações.¹⁵ Nesse sentido, o núcleo central das RS manifesta o pensamento social e correspondente à identidade e constância do grupo social.¹² Os sentidos atribuídos à sexualidade por mulheres vivendo com HIV revelaram uma dimensão atitudinal por meio dos elementos ‘se prevenir’ e ‘não quero mais’ e evidenciaram o “medo”, traduzido em afastamento, na medida em que se somam aos tabus e ao discurso hegemônico. Tais achados, reforçam o estigma e preconceito em torno de pessoas que convivem com HIV, principalmente, ao apontar para uma condição sorológica advinda de contaminação decorrente da prática sexual.¹⁶

As representações sociais podem ser classificadas em três tipos: hegemônicas, emancipadas e polêmicas.¹⁸ Nesse estudo, ao apresentarem como elementos centrais ‘sexo/relação-sexual/prazer’ podemos pontuar que essa representação é hegemônica em função de ser largamente (com)partilhada pelos membros do grupo. Assim, a estrutura representacional, no que se refere aos aspectos sociais, revela o sentido atribuído pela sociedade, onde a sexualidade ainda é vista como sinônimo de sexo e prática sexual.

A sexualidade se constitui como o desejo de contato e carinho que pode incluir afetos e prazeres. Esse aspecto é importante para o ser humano por abranger não somente o ato sexual, mas um reflexo de mudanças sociais mais abrangentes e palco de importantes conquistas identitárias e para uma nova ordem de individualização e prazer.¹⁹ A primeira periferia da figura 1 comporta evocações que se aproximam do amor romântico idealizado, conotando uma oposição aos elementos do núcleo central. Pois, em função da carga de sentidos e significados construídos histórico-socialmente e atribuído ao comportamento sexual de mulheres, os termos “amor e carinho”, dados a sua amplitude de sentidos, sentimentos e valores, são considerados e socialmente aceitos como elementos essenciais para a composição do afeto que é demonstrado entre as pessoas, principalmente pelas mulheres.

Na estrutura das RS sobre sexualidade os elementos que compõem a segunda periferia reafirmam o sentido da sexualidade objetivada na ‘prática sexual’ e denotam, para o grupo estudado, aspectos concernentes à vivência da própria sexualidade. A temática da sexualidade é concebida como universal e, ao mesmo tempo, singular para cada pessoa por carrear historicidade, prática, comportamento e simbolizações vividas.⁶

O segundo quadro de quatro casas (Quadro 2), comportou em seu núcleo central dois termos que apresentaram as maiores frequências (59 e 48). Essas evocações permitiram inferir a existência de duas ideias, uma centrada na ‘negação’ da sexualidade/sexo e outra sinalizando para uma noção de ‘normal(idade)’ que requer atitude/ação da mulher como ‘ter cuidado’ e ‘se prevenir’.

Na base teórico-reflexiva da Teoria das Representações Sociais, em sua vertente estrutural, pressupõe-se que os elementos da representação social com importância para o núcleo central ocorrem devido a seu caráter prototípico, considerados como os mais acessíveis à consciência, enquanto os termos menos evocados conformam os elementos periféricos.^{12,14} Os termos mais prontamente evocados conformam a associação ‘difícil, complicado, não pode mais e horrível’ - quando somados apareceram 138 vezes - revelando a presença do medo, na medida em que sinalizam para a impossibilidade da vivência da sexualidade quando a pessoa apresenta a condição sorológica positiva para o HIV.

Assim, é possível afirmar que a representação social sobre ‘Sexualidade de pessoas vivendo com HIV’ se apresenta ancorada no medo. Desse modo, é possível conceber que o “medo” está presente subliminarmente no campo representacional e reafirma a dificuldade de vivenciarem a sexualidade após o conhecimento da condição sorológica para o HIV. Ressalta-se, que em função da constante vigilância, o temor e o estresse estejam relacionados ao cuidado para não transmitirem ou serem infectadas por outras IST ou outros subtipos do HIV.

Observa-se em pesquisas que o uso de antirretrovirais está sendo cada vez mais comum como tecnologia de prevenção, antes da exposição ao HIV, denominadas de terapia de profilaxia pré-exposição.²⁰ Apesar dos progressos que aconteceram, a partir da introdução de novas terapias, o medo do contágio/transmissão ainda é visto como uma ameaça à integridade física do ser humano. Nesse sentido, os termos ‘medo’ e ‘preconceito’, que compõem as periferias coadunam com a ideia de sexualidade ser considerada algo difícil e complicado para alguém vivendo nessa condição. No entanto, o acolhimento e

suporte social percebido/recebido, quer seja no serviço ou no âmbito familiar, aponta que a condição de “normalidade” pode ser reestabelecida. Pondera-se que a boa adesão ao tratamento e do enfrentamento do agravo, poderá repercutir na elevação do nível de autoestima e manutenção da qualidade de vida.

Outrossim, a aceitação da convivência com HIV enquanto uma doença crônica, que exige cuidado e atenção ininterrupta, tende a interferir na qualidade de vida das pessoas e podem resultar em níveis de limitação e incapacidades.

Contudo, estudo realizado com pessoas vivendo com HIV atendidas em serviços públicos de saúde, evidenciou que a qualidade de vida foi avaliada positivamente, principalmente nos domínios psicológico, espiritualidade, religião, crenças pessoais e relações sociais, o que revelou a importância das relações interpessoais e da rede de apoio social para a garantia de níveis melhores de qualidade de vida, especialmente em uma condição de saúde crônica, que envolve estigma, preconceito e exclusão como grandes desafios a serem enfrentados.²¹

No entanto, no que se refere a sexualidade a qualidade de vida pode se apresentar de maneira distinta, de modo que a representação sobre a sexualidade de pessoas convivendo com HIV também se revelaram hegemônica ao atribuir por meio do “medo”, uma dimensão (inter)subjetiva, construída a partir do imaginário social e incorporadas por elas ao apontar para (im)possibilidade(s) em experimentar o exercício da sexualidade.

Destarte, este estudo foi conduzido em consonância com a abordagem qualitativa, como tal, um estudo situado, que contou com uma amostra específica, intencional e não probabilística. Por esse motivo, os dados aqui apresentados não permitem a generalização dos resultados, salvo com o próprio grupo. Ressalta-se que a escassez de estudos em representações sociais com interface à sexualidade e suas especificidades na vivência de adoecimento crônico dificultou o estabelecimento de maiores comparações entre os achados da pesquisa e a realidade de grupos populacionais vulneráveis semelhantes, em distintos contextos nacionais/internacionais. Assim, considera-se como limitações desse estudo a restrição da coleta de dados a um único serviço na região Nordeste do país.

Espera-se que esses achados ao revelarem as representações sociais de mulheres que vivem com HIV apontem demandas, subsidiem a implementação de ações de educação permanente e mudanças no processo de trabalho e na qualificação da assistência de cuidado para profissionais de saúde, em particular para enfermeiras/os. Sendo as representações sociais um guia para mudanças de práticas e atitudes, os aspectos relacionados e remetidos ao “medo” de vivenciarem a sexualidade, face a positividade para o HIV, podem repercutir no bem-estar e qualidade de vida, assim como na adesão ao tratamento. Tais aspectos necessitam compor o planejamento e o cuidado de enfermagem focados na autonomia/saúde sexual e reprodutiva.

Conclusão

A estrutura representacional apontou que a sexualidade foi concebida por mulheres vivendo com HIV como sendo algo difícil de ser nominado e associada tanto à prática sexual e demanda cuidados preventivos para ser vivido, quanto à necessidade de manter-se afastada e/ou distanciada em função de sua condição sorológica.

As participantes revelam o sentido conferido a sexualidade como equivalente ao sexo e à prática sexual que as aproxima da sociedade em geral. Ao atribuírem sentido a sexualidade de pessoas vivendo com HIV, as mulheres entrevistadas, as representam por meio de conotação negativa e/ou impeditiva e ancoradas no medo de revelar sua condição sorológica. Ideias que precisam ser acatadas pelos profissionais da saúde como um problema a ser considerado na sistematização do cuidado a partir da perspectiva da clínica ampliada.

Agradecimentos

A Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) – bolsa de doutorado.

Referências

1. World Human Organization [homepage na internet]. Sexual Health and Its Linkages to Reproductive Health: An Operational Approach. 2017 [acesso em 15 mar 2023]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258738/9789241512886-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. Sehnem GD, Pedro ENR, Ressel LB, Vasquez MED. Sexuality of Adolescents Living with HIV/AIDS: Sources of Information Defining Learning. Escola Anna Nery. 2018; 22(1):1-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0120>
3. Sosa-sánchez IA, Erice JE. Narrativas sobre género y sexualidade em médicos mexicanos. Sus implicaciones sobre las regulaciones corporales, sexuales y reproductivas. Sexualidad, Salud y Sociedad Mexicanos. 2017; (27):46-65. DOI: <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2017.27.04.a>
4. Silva TCF, Sousa LRM, Jesus GJ, Argolo JGM, Gir E, Reis RK. Factors Associated with the Consistent Use of the Male Condom among Women Living with Hiv/Aids. Texto e Contexto Enfermagem. 2019; 28:1-12. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0124>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico de HIV e Aids [Internet]. 2019 [acesso em 13 Mar 2023]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2019/boletim-epidemiologico-especial-hiv-aids-2019/view>.

6. Carvalho JMR, Monteiro SS. Visões e práticas de mulheres vivendo com HIV/aids sobre reprodução, sexualidade e direitos. *Cad. Saúde Pública*. 2021; 37(6):e00169720. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00169720>
7. Costa LHR, Coelho EAC. Sexualidade e a Interseção Com o Cuidado Na Prática Profissional de Enfermeiras. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2013; 66(4):493-500. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0034-71672013000400005>
8. Almeida NG, Britto DF, Figueiredo JV, Moreira TMM, Carvalho REFL, Fialho AVM. PLISSIT Model: Sexual Counseling for Breast Cancer Survivors. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2019; 72(4):1109-13. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0525>
9. Lima ACS, Alves MJH, Pereira EV, Albuquerque GA, Belém JM. Gender and sexuality in the training of nurses in brazilian public higher education: a documentar study. *R. Enferm. Cent. O. Min.* 2021; 11. DOI: <https://doi.org/10.19175/recom.v11i0.3877>
10. Ministério da Saúde. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Agenda 2030: ODS - Metas Nacionais Dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. 2018 [acesso em 15 Mar 2023]. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8855/1/Agenda_2030_ods_met_as_nac_dos_obj_de_desenv_susten_propos_de_adequa.pdf.
11. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ): A 32-Item Checklist for Interviews and Focus Groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007; 19(6):349-57. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
12. Sá CP. Teoria e Pesquisa Do Núcleo Central Das Representações Sociais. in *Estudos de psicologia social: história, comportamento, representações e memória*, edited by EdUERJ. Rio de Janeiro. 2015
13. Costa FG, Coutinho MPL. The Construction of the Psycho-Sociological Knowledge on Diabetes Mellitus. *Psico-USF*. 2018; 23(2):191-201. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-82712018230201>
14. Wolter RP, Sá CP. The Relationship between Representations and Practices: The Forgotten Trail. *Rev Int Cienc Soc Hum*. 2013; 23:87-105.
15. Wakiuchi J, Oliveira DC, Marcon SS, Oliveira MLF, Sales CA. Meanings and Dimensions of Cancer by Sick People-a Structural Analysis of Social Representations. *Revista Da Escola de Enfermagem*. 2020; 54:1-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018023203504>
16. Chaves ACP, Sousa CSP, Almeida PC, Bezerra EO, Sousa GJB, Pereira MLD. Vulnerability to Human Immunodeficiency Virus Infection among Women of Childbearing Age. *Rev Rene*. 2019; 20:e40274. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20192040274>
17. Oka M, Laurenti C. Between Sex and Gender: An Exploratory Bibliographic Study of Health Sciences. *Saude e Sociedade*. 2018; 27(1):238-51. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902018170524>

18. Jodelet D. Social Sciences and Representations: A Study of Representative Phenomena and Social Processes, from Local to Global. *Sociedade e Estado*. 2018; 33(2):423-42. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0102-699220183302007>

19. Neves DM. Sexualidade: Saber e Individualidade. *Rev. Estud. Fem.* 2019; 27(2):e54146. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2019v27n254146>

20. Eakle R, Venter F, Rees H. Pre-exposure prophylaxis (PrEP) in an era of stalled HIV prevention: Can it change the game?. *Retrovirology*. 2018; 15(1):29. DOI: <https://doi.org/10.1186%2Fs12977-018-0408-3>

21. Cecilia HPM, Oliveira DS, Marques SC, Apostolidis T, Oliveira DC. Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV atendidas em serviços públicos de saúde. *Rev. Enferm. UERJ*. 2018; 26:e37461. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2019.37461>

Autor de correspondência

Ana Carolaine de Souza Batista
Praça Juracy Magalhães, 26. CEP: 48.970-000-
Centro. Senhor do Bonfim, Bahia, Brasil.
carolainesouzaz18@gmail.com

Inclusão da atenção à saúde masculina de caminhoneiros a partir do Cartão de Saúde do Caminhoneiro e da Caminhoneira na Atenção Primária à Saúde

Inclusion of male health care for truck drivers from the Truck Driver and Truck Driver Health Card in Primary Health Care

Inclusión de la atención médica masculina para conductores de camiones de la Tarjeta de Salud de Camioneros y Camioneros en la Atención Primaria de Salud

José Maria Viana dos Santos¹, Francisco Norberto Moreira da Silva², Olga de Oliveira Rios³, Muna Muhammad Odeh⁴

Como citar: Santos JMV, Silva FNM, Rios OO, Odeh MM. Inclusão da atenção à saúde masculina de caminhoneiros a partir do Cartão de Saúde do Caminhoneiro e da Caminhoneira na Atenção Primária à Saúde. 2023; 12(2): 361-76. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v12.n2.p361a376>

REVISA

1. Universidade de Brasília. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-3318-6679>

2. Universidade de Brasília. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-1002-4672>

3. Universidade de Brasília. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0009-0008-0768-4747>

4. Universidade de Brasília. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-4855-5761>

Recebido: 27/01/2023
Aprovado: 29/03/2023

RESUMO

Objetivo: identificar o avanço da implantação do Cartão de Saúde do Caminhoneiro e da Caminhoneira na Atenção Primária à Saúde desses profissionais. **Método:** estudo descritivo exploratório, por meio de entrevistas estruturadas. O público-alvo foram os profissionais de saúde das unidades de saúde localizadas próximas aos Pontos de Parada e Descanso certificados pelo o Ministério da Infraestrutura e caminhoneiros do sexo masculino presentes nestes mesmos Pontos. **Resultados:** 50% dos responderam que em sua rota de trabalho já tiveram alguma necessidade de atendimento de saúde, porém 100% responderam que não foram atendidos com o CSCC. 58% dos profissionais de saúde entrevistados não tiveram capacitação sobre PNAISH, 75% responderam que desconhecem a política e 83% a Nota Técnica nº 08/2020. Na avaliação de 25% (n=3) dos profissionais de saúde, o CSCC facilitou o acesso a busca de atendimento na Atenção Primária pelos caminhoneiros. Foram considerados dificuldades ou obstáculos para a implementação do CSCC: a questão de desconhecimento do CSCC por parte da equipe (75%), a falta de capacitação (83%) e a baixa procura dos profissionais caminhoneiros (58%). **Conclusão:** esta pesquisa resultou em uma proposta de Projeto Piloto de implementação ao acesso à Atenção Primária à Saúde com a prática do Cartão de Saúde do Caminhoneiro e da Caminhoneira.

Descritores: Saúde do Homem; Saúde do Trabalhador; Cartão de Saúde do caminhoneiro e caminhoneira; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objective: to identify the progress of the implementation of the Trucker's and Trucker's Health Card in the Primary Health Care of these professionals. **Method:** exploratory descriptive study, through structured interviews. The target audience was the health professionals of the health units located near the Stop and Rest Points certified by the Ministry of Infrastructure and male truck drivers present in these same Points. **Results:** 50% of the respondents answered that in their work route they had already had some need for health care, but 100% answered that they were not attended with the CSCC. 58% of the health professionals interviewed did not have training on PNAISH, 75% answered that they are unaware of the policy and 83% the Technical Note No. 08/2020. In the evaluation of 25% (n=3) of the health professionals, the CSCC facilitated the access to seek care in Primary Care by truck drivers. The following were considered difficulties or obstacles to the implementation of the CSCC: the issue of lack of knowledge of the CSCC by the team (75%), the lack of training (83%) and the low demand of professional truck drivers (58%). **Conclusion:** this research resulted in a proposal for a Pilot Project to implement access to Primary Health Care with the practice of the Trucker's and Trucker's Health Card.

Descriptors: Men's Health; Workers' Health; Trucker's and Trucker's Health Card; Primary Health Care.

RESUMEN

Objetivo: identificar los avances de la implementación de la Tarjeta de Salud del Camionero y Camionero en la Atención Primaria de Salud de estos profesionales. **Método:** estudio descriptivo exploratorio, a través de entrevistas estructuradas. El público objetivo fueron los profesionales de la salud de las unidades de salud ubicadas cerca de los Puntos de Parada y Descanso certificados por el Ministerio de Infraestructura y los conductores de camiones varones presentes en estos mismos Puntos. **Resultados:** 50% de los encuestados respondieron que en su ruta de trabajo ya habían tenido alguna necesidad de atención médica, pero 100% respondieron que no fueron atendidos con el CSCC. El 58% de los profesionales de la salud entrevistados no tenía capacitación sobre PNAISH, el 75% respondió que desconoce la política y el 83% la Nota Técnica N° 08/2020. En la evaluación de 25% (n=3) de los profesionales de salud, el CSCC facilitó el acceso a buscar atención en Atención Primaria por parte de camioneros. Se consideraron dificultades u obstáculos para la implementación del CSCC: el problema de la falta de conocimiento del CSCC por parte del equipo (75%), la falta de capacitación (83%) y la baja demanda de conductores de camiones profesionales (58%). **Conclusión:** esta investigación resultó en una propuesta de Proyecto Piloto para implementar el acceso a la Atención Primaria de Salud con la práctica de la Tarjeta de Salud del Camionero y Camionero.

Descriptorios: Salud de los hombres; Salud de los trabajadores; Tarjeta sanitaria de camioneros y camioneros; Atención primaria de salud.

Introdução

De acordo com o Código Brasileiro de Ocupações (CBO-7825),¹ Caminhoneiro e Caminhoneira é todo aquele condutor (a) de Transportes de Carga em geral e de acordo com Ministério da Saúde (MS), por meio da Nota Técnica oriunda do nº 08/2020, habilitados nas categorias “D” e “E” para fins deste estudo.²

Esses profissionais que atuam no mercado de trabalho são essencialmente compostos pelo público masculino. Uma pesquisa da Confederação Nacional do Transporte (CNT), realizada entre os dias 28 de agosto e 21 de setembro de 2018, revelou que 99,5% desses profissionais são homens e a média de idade deles é de 44,8 anos. Além disso, eles ganham cerca de R\$ 4.600,00 (quatro mil e seiscentos reais) por mês e trabalham há 18,8 anos. Foram entrevistados mais de mil profissionais em todo o país, sendo 714 autônomos e 352 empregados de frota.³

A rotina da jornada de trabalho dos caminhoneiros é intensa, chegando a rodar mais de 9 mil km por mês, somando 11,5 horas por dia e 5,7 dias por semana. Entre os pontos negativos da profissão, estão os fatos dela ser perigosa/insegura (65,1%), desgastante (31,4%) e comprometedor do convívio familiar (28,9%). Mesmo assim, os (as) caminhoneiros (as) ainda relatam vários pontos positivos no trabalho, como conhecer cidades e países (37,1%), ter a possibilidade de conhecer pessoas (31,3%) e possuir o horário flexível (27,5%). Uma das características desses profissionais é a transitoriedade, e por isso o cuidado à saúde pode ser prejudicado, carecendo de ações que possibilitem ampliar e facilitar o acesso aos serviços de saúde independentemente da sua localização.

Percebe-se que este público em geral está exposto às atividades extenuantes, com longas jornadas diárias de trabalho e condições inadequadas de ergonomia, promoção ou manutenção da saúde, atrelado de maus hábitos alimentares, inatividade física, péssima qualidade do sono, uso indiscriminado de substâncias psicoativas e a solidão. Acrescentam-se a esses fatores às más condições de trabalho, como pressão dos horários para a entrega de mercadorias, insegurança nas paradas para pernoite, além do sono prejudicado, principalmente devido falta de rotina para descanso tendo a maioria dos caminhoneiros (as) que dormir na boleia.

Na população de caminhoneiros (as), o sobrepeso e a hipertensão aparecem como problemas significativos. Vários destes profissionais se alimentam em restaurantes à beira de estrada, expostos à maior oferta de alimentos de alto valor calórico, sódica e baixo valor nutricional. Soma-se a isso a exposição a bebidas alcoólicas e o sedentarismo, que podem agravar doenças pré-existentes como as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), sendo algumas das doenças crônicas mais prevalentes na população masculina, podendo acelerar a ocorrência de agravos como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico.⁴

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Lei 8080/90, é o conjunto de ações e serviços de saúde que têm por finalidade a promoção de maior qualidade de vida para toda a população brasileira, no intuito de garantir o acesso de todos a uma assistência integral e equitativa à saúde. Esse sistema de saúde também avança de forma consistente na consolidação da rede de cuidados, organizada de forma regionalizada, hierarquizada e integrada. O SUS tem seu

funcionamento definido pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90, editadas com a função de fazer cumprir o mandamento constitucional de dispor legalmente sobre a proteção e a defesa da saúde.⁵⁻⁶

Os caminhoneiros, são objeto da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), que considera todos os trabalhadores, homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado.⁷

A PNSTT tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos.⁸

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), consolidada pela Portaria GM/MS no 2, de 28 de setembro de 2017 (Origem: PRT MS/GM 1944/2009, Art. 1º, Parágrafo Único) e revisada por meio da Portaria GM/MS Nº 3.562, de 12 de dezembro de 2021,⁽⁹⁾ tem como objetivo promover a melhoria das condições de saúde da população masculina, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e da mortalidade dessa população, por meio do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde.⁸

PNAISH é coordenada pela Coordenação de Saúde do Homem, da Coordenação de Ciclos de Vida, do Departamento de Ações Programática Estratégicas, da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, do Ministério da Saúde (COSAH/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS), que visa promover a mudança de paradigmas no que concerne à percepção da população masculina bem como os profissionais da saúde em relação ao cuidado com a sua saúde e a saúde de sua família, criando estratégias e ações que ampliem a presença desses homens aos serviços de saúde com ênfase na Atenção Primária à Saúde (APS).

Nesse contexto busca por maior participação do público masculino na APS, em 2020 o MS elaborou o Cartão de Saúde do Caminhoneiro e da Caminhoneira (CSCC) com o objetivo de ampliar e facilitar o acesso desses profissionais as Unidades de Saúde da APS, de modo, que ao apresentar este cartão, o usuário possa ser atendido e ser direcionado para os cuidados que necessitar dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) independentemente do seu Código de Endereçamento Postal (CEP).

O Cartão de Saúde do Caminhoneiro e da Caminhoneira é um documento público de uso pessoal, elaborado sob a orientação das diretrizes da PNAISH com o objetivo de ampliar o acesso desses usuários à APS. Neste sentido, o cartão subsidia a implantação e o desenvolvimento de ações estratégicas oportunas para promover a saúde e prevenir doenças e agravos, objetivando maior adesão e cuidado à saúde desse público. Ao mesmo tempo, busca ampliar o acesso e qualificar o cuidado preventivo e continuado dos caminhoneiros e das caminhoneiras nas unidades da APS, possibilitando o registro e acompanhamento de informações clínicas pelos profissionais de saúde, independente do território ou da localização geográfica no país.

Considerando este contexto, este estudo visa pontuar a qual passo os serviços da Atenção Primária a Saúde (APS) se prepararam para atender ao público caminhoneiro através do Cartão de Saúde do Caminhoneiro e Caminhoneira (CSCC) expondo também a perspectiva do profissional caminhoneiro quanto ao atendimento e implementação desta estratégia.

Nesse sentido, o objetivo geral do estudo foi identificar o conhecimento e uso do Cartão de Saúde do Caminhoneiro e Caminhoneira (CSCC) no cenário da população masculina na Atenção Primária à Saúde (APS) a partir da perspectiva dos caminhoneiros e profissionais de saúde na região de Feira de Santana/BA. Como objetivos específicos destacam-se: Aferir o conhecimento e uso do Cartão de Saúde do Caminhoneiro e Caminhoneira (CSCC) a partir da perspectiva dos homens caminhoneiros; e aferir o conhecimento e uso do Cartão de Saúde do Caminhoneiro e Caminhoneira (CSCC) a partir da perspectiva dos profissionais de saúde que trabalham na Atenção Primária à Saúde (APS).

Método

Trata-se de pesquisa descritiva exploratória realizada com profissionais de saúde e com profissionais transportadores de carga pesada, habilitados nas categorias “D” e “E” nos Pontos de Parada e Descanso (PPD) certificados pelo o Minfra, na cidade de Feira de Santana/BA, em que foram realizadas visitas observacional nas unidades de saúde para levantamento de informações da estrutura e de serviços oferecidos, seguindo com a aplicação do questionário estruturado *in loco* aos profissionais de saúde. Em outro momento foi aplicado o questionário estruturado aos caminhoneiros para identificar qual a percepção desses dois públicos em relação ao CSCC verificar se houve facilidade e ampliação do acesso na APS e qual a percepção em relação ao cuidado à saúde do homem caminhoneiro. Foram realizados levantamento bibliográfico, tratamento e tabulação dos dados por meio do Microsoft Excel.¹⁰

Fernandes e Gomes destacam que se deve utilizar a pesquisa descritiva quando o propósito de estudo for centrado na descrição das características de um grupo; e estimar a proporção de elementos que tenham determinadas características ou comportamentos, dentro de uma população específica e correlacionar variáveis, podendo levantar ou não hipóteses e ainda podem servir de base para estudos de relações causais.¹¹

Segundo Habermas¹², a pesquisa qualitativa trabalha na construção de pontes tentando fundir os objetivos gêmeos de “como” (entendimento) e “porque” (explicação) na pesquisa social. Também para Minayo¹³, o objeto de trabalho das pesquisas sociais é qualitativo, havendo uma ligação estreita entre o pesquisador e a natureza do seu trabalho. Esse tipo de pesquisa busca entender os fatos em seu ambiente natural, e neste caso a pesquisa *in loco* possibilita uma interpretação dos fenômenos, de acordo com os significados que os sujeitos atribuem a eles. Ela acontece no processo interativo, em que a história de vida relacionada ao trabalho, a biografia, as classes sociais com suas várias características pessoais estão envolvidas no contexto da pesquisa.

Isso mostra como as estratégias de pesquisa podem revelar usos e significados trazidos para cada prática. Os pesquisadores, nesse tipo de pesquisa, reconhecem que o sujeito é capaz de relatar e significar sua própria experiência,

sendo esses significados a ponte para o conhecimento do próprio mundo interno.¹⁴

É importante entender que, em qualquer pesquisa social, deve existir uma compreensão intersubjetiva da linguagem que se mostra, para que possam ser avaliados dois aspectos fundamentais. O primeiro é o elo entre a própria experiência de vida de alguém e a tradição à qual ele pertence, e o segundo acontece na esfera das comunicações entre diferentes indivíduos. Por isso o cerne deste estudo está nos caminhoneiros e nos profissionais da APS para entender e descrever como a comunicação ocorre entre esses indivíduos.¹⁴

A abordagem descritiva tem como objetivo primordial a descrição das características de determinadas populações ou fenômenos auxiliando na elaboração do perfil da população pesquisada. Uma de suas características é a utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática.⁽¹⁵⁾

Destacam-se também, nas pesquisas descritivas, aquelas que visam a descrever características de grupos (idade, sexo, procedência etc.), como também a descrição de um processo numa organização, o estudo do nível de atendimento de entidades, levantamento de opiniões, atitudes e crenças de uma população.¹⁵

Local de realização da pesquisa

O PPD se configura por meio de certificação exarada pelo Ministério da Infraestrutura (Minfra), após atender requisitos e condições mínimas de segurança, sanitárias e de conforto nos locais de espera, de repouso e de descanso dos motoristas profissionais de transporte rodoviário de passageiros e de cargas estabelecidas por meio da Portaria nº 1.343, de 2 de dezembro de 2019⁽¹⁶⁾ e por meio dos procedimentos preconizados na Portaria nº 5.176, de 23 de dezembro de 2019⁽¹⁷⁾, todos em consonância com a Lei nº 13.103⁽¹⁸⁾, de 2 de março de 2015, que dispõe sobre o exercício da profissão de motorista.

A partir dessa premissa identificamos que na cidade de Feira de Santana sediava 03 PPD certificados. A localização estratégica e ser o maior entroncamento rodoviário do norte/nordeste foram fatores que contribuíram para a escolha, além de já existirem ações de promoção da saúde direcionadas a este público específico desenvolvida pela Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana, demonstrando aspectos que corroboram para a realização do estudo.

Unidades de Saúde:

a) A pesquisa foi realizada com os profissionais de saúde de duas unidades de saúde UBS – ESF Fulô (CNES – 3365654) e UBS – ESF do Novo Horizonte (CNES – 2401541) na cidade de Feira de Santana/BA – Região Nordeste, e

b) A pesquisa com profissionais caminhoneiros foi realizada em três Pontos de Paradas da cidade de Feira de Santana/BA, da Região Nordeste a seguir:

- PPD – Posto São Gonçalo 1 – BR-324 - KM 531,1
- PPD – Posto São Gonçalo 3 – BR-324 - KM 531,1
- PPD – Posto São Gonçalo 4 – BR-116 - KM 425

População estudada

Considerando que 99,5% dessa categoria é constituído por profissionais do sexo masculino, optou-se pelo recorte restrito a essa população de acordo com a Política Nacional de Atenção Integral de Saúde do Homem (PNAISH).

a) Quanto aos profissionais de saúde participantes do estudo, foram entrevistados todos profissionais lotados nas UBS - ESF Fulô (CNES - 3365654) próximas aos Pontos de Paradas e Descanso do Posto São Gonçalo 1 e do Posto São Gonçalo 3; e profissionais lotado na UBS - ESF do Novo Horizonte (CNES - 2401541) próxima ao Ponto de Parada e Descanso (PPD) do Posto São Gonçalo 4, todos os PPD certificados pelo Ministério da Infraestrutura na cidade de Feira de Santana/BA na Região Nordeste, e por ser a única cidade a sediar três PPD, de acordo com o Ministério da Infraestrutura. Assim, participaram 04 profissionais de saúde de nível superior (gestores e/ou servidores) e 08 profissionais de saúde de nível médio (Técnicos de enfermagem ou Agentes Comunitários de Saúde), totalizando 12 profissionais de saúde.

b) Quanto aos caminhoneiros participantes do estudo, foram entrevistados usuários do sexo masculino, profissionais condutores de cargas de acordo com o CBO-7825, habilitados com a Carteira Nacional de Habilitação (CNH), categorias "D" e "E", presentes nos PPD dos Postos São Gonçalo 1, Postos São Gonçalo 3 e Postos São Gonçalo 4 no momento da entrevista. Assim, em relação aos caminhoneiros, foram entrevistados 10 caminhoneiros presentes em cada PPD, totalizando 30 profissionais caminhoneiros.

Critério de Inclusão

a) Foram incluídos no estudo profissionais de saúde de nível médio ou superior lotados(as) na ESF Fulô (CNES - 3365654) e ESF do Novo Horizonte (CNES - 2401541).

b) Caminhoneiros do sexo masculino que tenha idade acima de 18 anos e até 60 anos de idade (adultos) e que estejam exercendo a profissão a pelo menos 1 ano.

Critério de Exclusão

a) Foram excluídos do estudo todos os (as) profissionais de saúde que não sejam lotados (as) nas unidades da APS, ou que estejam ausentes por qualquer um dos motivos a seguir: férias, licenças, faltas e outros motivos de ausência nos locais das regiões em definição.

b) Foram excluídos da entrevista todos os profissionais do sexo masculino que não apresentarem Carteira Nacional de Habilitação de Categorias "D" e "E" no momento da entrevista.

Riscos e benefícios envolvidos na execução da pesquisa

Houve risco de constrangimento na realização da pesquisa ao solicitar aos caminhoneiros sua Carteira Nacional de Habilitação (CNH) para verificação da categoria de sua habilitação.

Para minimizar os riscos decorrentes da pesquisa no caso da não apresentação do documento de habilitação, o entrevistador fez uma abordagem verbal, explicando ao caminhoneiro o motivo da impossibilidade de participar

da pesquisa, uma vez que existe a necessidade de comprovação do perfil por meio do referido documento para que seja incluído como participante do estudo.

Resultados

Tabela 1-Caracterização do perfil dos caminhoneiros. Bahia, 2021.

	Frequência	Porcentagem
Faixa etária		
30 a 40 anos	7	23,3
41 a 50 anos	10	33,3
51 a 60 anos	8	26,7
61 ou mais	5	16,7
Tempo de atuação		
0 a 10 anos	5	16,7
11 a 20 anos	9	30
21 a 30 anos	9	30
31 a 40 anos	3	10
41 ou mais	4	13,3
Categoria de habilitação		
D	3	10
E	27	90
Conhecimento do CSCC		
Conhece	1	3
Não conhece	29	97
Recebeu CSCC		
Sim	1	3
Não	29	97
Na rota de trabalho já teve necessidade de atendimento em uma UBS		
Sim	12	40
Não	18	60
Já foi atendido em alguma UBS com o CSCC		
Sim	0	0
Não	30	100
CSCC facilitou o acesso na Unidade de Saúde		
Sim	1	3,3
Não	1	3,3
Ignorado	1	3,3
Não se aplica	27	90
Ao buscar atendimento na UBS, se identificou como profissional caminhoneiro		
Sim	4	13
Não	10	34
Não se aplica	16	53
Houve resistência no serviço de saúde no atendimento ao apresentar o CSCC		
Sim	1	3
Não	29	97
Considera que a iniciativa do CSCC o motivou a cuidar da sua saúde		
Sim	4	13
Não	26	87

A compreensão dos aspectos do cotidiano do trabalho, são importantes para o desenvolvimento de ações que visam a prevenção de doenças e agravos relacionados ao trabalho e promoção da saúde dos trabalhadores, de acordo com os cenários de riscos das atividades desenvolvidas pelo caminhoneiro.

Dos trabalhadores caminhoneiros entrevistados, 10 (dez) são de idade entre 41 a 50 anos; 8 (oito) tinham entre 51 a 60 anos; 7 (sete) entre 30 e 40 anos, e 5 (cinco) trabalhadores acima de 61 anos (Tabela 1). Identificou-se que a faixa etária prevalente nesta população tem maior incidência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).⁽¹⁹⁾ Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2008),⁽²¹⁾ no Brasil, 59,5 milhões de pessoas (31,3%) afirmaram apresentar pelo menos uma doença crônica e esses percentuais aumentaram com a idade. Considerando que o Brasil tem uma das populações que envelhecem mais rapidamente no mundo, a carga de doenças crônicas no país tende a aumentar, exigindo um novo modelo de atenção à saúde para essa população. ⁽¹⁹⁾

Ainda na Tabela 1, 25 (83,3%) dos caminhoneiros entrevistados tem mais de 10 (dez) anos de atividade profissional e 5 (16,7%) desses profissionais tem mais de 40 anos de atuação, quase meio século de trabalho. Para o desenvolvimento de sua carga de trabalho os caminhoneiros sofrem com o desgaste físico e emocional que gera sentimentos de irritabilidade, fadiga, diminuição de reflexos e problemas relacionais que contribuem no adoecimento mental desses trabalhadores, além de facilitar a ocorrência de acidentes de trabalho no trânsito⁽²²⁾. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o adoecimento desses trabalhadores contribui em 15% como uma das principais causas de acidentes de trânsito, que neste trabalho entendemos como acidente de trabalho no trânsito, de modo que cuidar da saúde é imprescindível para o desenvolvimento de suas atividades laborais seguras e com qualidade de vida ⁽²³⁾.

As condições da atividade de trabalho é um dos determinantes da saúde e do bem-estar do trabalhador e de sua família, entretanto, na rotina laboral, os sujeitos estão expostos a múltiplas situações nocivas à saúde que podem estar relacionadas tanto a fatores físicos, químicos, mecânicos e biológicos, quanto aos psicossociais, como a organização do trabalho.⁽⁸⁾

Foi perguntado aos caminhoneiros qual a classificação de sua carteira de habilitação, 27 (vinte e sete) caminhoneiros habilitados na categoria "E", que são condutores de todos os veículos incluídos nos tipos B, C e D. Além disso, eles também podem dirigir veículos com unidades acopladas que excedam 6.000 kg, 3 (três) caminhoneiros responderam que são habilitados no tipo "D" transporte de passageiros com capacidade de 8 (oito), o que significa que estão dentro dos padrões permitidos por lei para desenvolvimento da profissão.

Segundo Vasconcellos e Aguiar,⁽²⁰⁾ a saúde do trabalhador encontra desafios para a sua efetiva implantação, sendo umas das causas a habilidade em revelar a perda da saúde como resultado da exploração do trabalho pelo capital com a anuência dos governantes. Vale ressaltar que como consequência da inexistência por parte das políticas públicas, de um posicionamento mais importante, sistemático, frequente e inovador nesse cenário, temos um aumento dos acidentes, doenças e mortes no trabalho.⁽²¹⁾

Dados do SEST/SENAT/Ministério da Saúde, informam que foram distribuídos 102.425 mil Cartões de Saúde do Caminhoneiro e da Caminhoneira

Santos JMV, Silva FNM, Rios OO, Odeh MM

em todo território nacional entre janeiro e dezembro de 2021, sendo 1.228 no estado da Bahia, Unidade Federativa, localidade da captação dos dados deste estudo. Dos caminhoneiros entrevistados quanto ao conhecimento e recebimento do CSCC apenas 1 (um) caminhoneiro tinha recebido, o que indica a necessidade de uma estratégia maior de divulgação e distribuição dos cartões.

Quase 50% dos caminhoneiros responderam que em sua rota de trabalho já tiveram alguma necessidade de atendimento de saúde, porém 100% responderam que não foram atendidos com o CSCC.

É importante frisar que o CSCC tem o objetivo de construir uma política de acesso e coordenação do cuidado em âmbito nacional para essa população transitório por meio de acesso universal e em tempo oportuno ao usuário, independentemente do seu endereço fixo, bem como ampliar o acesso e qualificar o cuidado continuado dos caminhoneiros nas unidades de saúde.

Com o CSCC, o (a) motorista (a) é orientado a cuidar melhor da sua saúde com dicas de alimentação balanceada e como adotar um estilo de vida saudável, mesmo estando a maior parte do tempo na estrada e longe de casa.

Também é estratégia o acompanhamento constante da avaliação do seu estado de saúde, como verificação de pressão arterial e peso, medicamentos em uso e a lista das vacinas já realizadas. Se o propósito do Ministério da Saúde por meio do CSCC é ampliar a presença de homens com ênfase na Atenção Primária à Saúde (APS), a resposta dos entrevistados, conforme a Tabela 1, 87% não favoreceu maior adesão.

Tabela 2- Caracterização do perfil dos profissionais de saúde. Bahia, 2021.

	Frequência	Porcentagem
Faixa etária		
20 a 30 anos	2	16,7
31 a 40 anos	3	25
41 a 50 anos	4	33,3
51 a 60 anos	2	16,7
61 ou mais	1	8,3
Sexo		
Feminino	10	83
Masculino	2	17
Escolaridade		
Médio	6	50
Superior	4	33,3
Especializado	2	16,7
Função dos profissionais de saúde		
ACS	2	16,7
Assistente administrativo	1	8,3
Assistente social	1	8,3
Enfermeira	1	8,3
Fisioterapeuta	2	16,7
Técnico de enfermagem	5	41,7
Tipo de vínculo empregatício		
Estatutário	2	17
Terceirizado	9	75
Celetista	1	8
Tempo na unidade		
0 a 1 ano	2	16,7
2 a 3 anos	2	16,7
4 a 5 anos	2	16,7
6 a 10 anos	2	16,7
11 ou mais	4	33,3

Conhecimento dos instrumentos normativos norteadores da Saúde do Homem e do Cartão de Saúde do Caminhoneiro e Caminhoneira: Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem		
Sim	3	25
Não	9	75
Conhecimento dos instrumentos normativos norteadores da Saúde do Homem e do CSCC: Nota Técnica N° 08/2020 – COSAH/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS,		
Sim	1	8,3
Não	10	83,3
Ignorado	1	8,3
Já passou por alguma capacitação com temas referente à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem		
Sim	4	34
Não	7	58
Ignorado	1	8
Conhecimento do Cartão de Saúde do Caminhoneiro e da Caminhoneira (CSCC)		
Sim	1	8
Não	11	92
Foi capacitado para o uso e manuseio do Conhecimento do CSCC		
Sim	0	0
Não	12	100
Sua unidade de saúde já foi ou realiza atendimento ao público dos profissionais caminhoneiros do sexo masculino a partir da apresentação do CSCC		
Sim	0	0
Não	12	100
Considera que o CSCC, facilitou a busca de atendimento na Atenção Primária à Saúde		
Sim	3	25
Não	9	75
Quais dos itens a seguir pode ser considerado como dificuldades ou obstáculos pela implementação do CSCC		
Ruído de comunicação		
Sim	5	41,6
Não	7	58,4
Capacitação		
Sim	8	66,6
Não	4	33,3
Baixa procura dos profissionais caminhoneiros		
Sim	7	58,4
Não	5	41,6
Estrutura inadequada		
Sim	3	25
Não	9	75
Equipe desconhece o CSCC		
Sim	9	75
Não	3	25

O perfil dos profissionais entrevistados é de 83% (Tabela 2) do sexo feminino, maior quantitativo 33% na faixa etária entre 41 e 59 anos; 41% dos profissionais de saúde entrevistados são técnicos de enfermagem, 50% têm ensino médio, 33,3% nível superior e 16,7 especializações; 75% deles possuem vínculos de trabalho terceirizado, mas em sua maior 33% tem atuação na saúde de mais de 11 anos.

Quando foi perguntado aos profissionais de saúde entrevistados se já tiveram alguma capacitação sobre PNAISH, 58% (Tabela 2) responderam que não, e 75% responderam que desconhece a política e 83% a Nota Técnica nº 08/2020 – COSAH/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS, ano de 2021. ⁽²⁾

É perceptível o desconhecimento por parte dos profissionais sobre o CSCC em relação ao próprio documento e quanto a sua função referente a facilitar o acesso a APS, carecendo de ações urgentes para dar conhecimento e instrução de manuseio quantos aos apontamentos e recepção desses usuários por meio deste instrumento. Percebemos que mesmo não tendo conhecimento do CSCC, entendem que o cartão pode facilitar o acesso desses usuários na APS.

Na avaliação de 25% (n=3) (Tabela 2) dos profissionais de saúde, o CSCC facilitou o acesso a busca de atendimento na Atenção Primária à Saúde pelos caminhoneiros, consideram como dificuldades ou obstáculos pela implementação do CSCC 75% (n=9) a questão de desconhecimento por parte da equipe do CSCC, 83% (n=10) falta de capacitação e 58% (n=7) baixa procura dos profissionais caminhoneiros.

Discussão

Realizado contato com a Secretaria Municipal de Saúde por meio da Coordenação de Saúde do Homem e do Idoso da Atenção Primária à Saúde cedeu-se autorização para realização dos estudos, além de outras informações de quais Unidades Básicas de Saúde (UBS) foram a referência para atender as demandas desses profissionais caminhoneiros.

No momento da visita percebeu-se que uma das UBS localizava-se distante do PPD de modo que dificultava o acesso desse usuário até a unidade. Porém, a mesma foi indicada por ser referência para o território no qual o PPD está localizado.

Outro ponto importante é que na outra UBS indicada existiam mais uma unidade que não foi referenciada, e que esta unidade está localizada às margens da BR, que serve como alerta para outras futuras pesquisas ou estudos.

Aplicação do Questionário e visita de reconhecimento nas UBS e PPD

Foi realizada uma visita de reconhecimento nas UBS e PPD nas datas de 19 e 20 de outubro de 2021, com o objetivo de conhecer o ambiente que esses profissionais possam se dirigir para um possível atendimento na UBS e ou para descanso, respectivamente. Os questionários dos caminhoneiros e dos profissionais de saúde foram distintos, sendo entregue aos profissionais de saúde o questionário contido no Apêndice II e para os caminhoneiros o questionário contido no Apêndice III.

Visitas observacionais às UBS

A partir da autorização concedida pelo município, foi indicada a Coordenadora de Saúde do Homem e Idoso da SMS para nos acompanhar durante a visita de reconhecimento nas duas unidades visitadas nos dias 19 e 20 de outubro.

A primeira visita realizada foi na UBS – ESF Fulô (CNES – 3365654) e a segunda UBS – ESF do Novo Horizonte (CNES – 2401541). Conhecida as instalações, buscou-se informações quanto a existência de algum protocolo para atendimento específico ao homem. Identificou-se que existe atendimento, porém focado na questão do pré-natal do pai/parceiro, e com relação aos Caminhoneiros esses são atendidos conforme o protocolo geral das UBS no município.

Após visitação do ambiente das duas unidades de saúde, procedeu-se de forma igualmente nas unidades para aplicação do questionário. Identificou-se que os profissionais se disponibilizaram voluntariamente a responder o questionário, neste momento foram direcionados para uma sala e em seguida apresentei e explicou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após coleta do TCLE, foi entregue os questionários respectivamente nas datas de 19 e 20 de outubro de 2021. Alguns técnicos solicitaram auxílio, elucidando alguma dúvida e em seguida preencheram os questionários, de modo que nenhum teve acesso ao questionário do outro. Nas duas unidades foram entrevistados 04 profissionais de nível superior e 08 de nível médio, totalizando 12 profissionais.

Visitas aos PPD

Em relação à visita aos PPD, os proprietários designaram o gerente para que acompanhasse durante o percurso nos PPD. Foi dado todo o suporte para a realização da aplicação dos questionários. Identificou-se que os PPDs são instalações de apoio ao caminhoneiro, equipados com chuveiros quentes, sanitários, local para lavagem de roupas, e local para cozinhar caso esses profissionais queiram fazer uso.

Aqueles caminhoneiros que frequentam do Posto de Combustível não pagam para fazer uso das dependências dos PPD. No primeiro PPD – Posto São Gonçalo 1 – BR-324 - KM 531,1 (sentido Salvador) e no segundo PPD – Posto São Gonçalo 3 – BR-324 - KM 531,1 (sentido Feira de Santana) ambos visitados na data 19 de outubro de 2021, foi possível observar a existência de um pátio para estacionar aproximadamente 250 caminhões carreta e no segundo capacidade para 180 caminhões carreta respectivamente, e na visita do dia 20 de outubro de 2021 visitamos o terceiro PPD – Posto São Gonçalo 4 – BR-116 - KM 425 com um pátio de capacidade para 150 caminhões carreta. Os três PPDs são do mesmo proprietário, pertencendo a Rede São Gonçalo, certificados pelo Ministério da Infraestrutura por meio da Portaria nº 594 de 02/03/2020.

PPD – Após percorrer todo ambiente com o gerente indicado para acompanhar a visita, nos auxiliou a abordar os caminhoneiros convidando-os para responder aos questionários. Foi instalado uma mesa com duas cadeiras, de modo que o caminhoneiro pudesse sentar-se para receber os esclarecimentos sobre o TCLE e em seguida responderam aos questionários nas datas de 19 e 20 de outubro de 2021. Foi solicitado várias vezes auxílio para ler e explicar o questionário pois os caminhoneiros tinham dificuldade de entender a intenção da pergunta. Ressalta-se que na elaboração das perguntas, procurou-se elaborá-las de forma simples e acessível dentro do entendimento de qualquer pessoal que tenha uma formação equivalente ao fundamental. Totalizaram 30 questionários preenchidos, sendo 10 em cada PPD.

Considerações Finais

A PNAISH tem o objetivo de promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos; outro, é o respeito aos diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão, este conjunto de ações possibilita o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população.

Observou-se o perfil dos caminhoneiros denominados “**itinerantes**”, porém como resultado deste estudo direcionamos para reclassificação do perfil de trabalhador dos caminhoneiros para “**transitório**”. Essa nova classificação aproxima mais a realidade deste trabalhador, uma vez que estes desenvolvem suas atividades em um determinado tempo de duração limitado ao ato de carregar, transportar e descarregar em sua origem e destino, podendo existir uma dinâmica de recarregar seu veículo novamente para seguir em outro destino por consecutivas vezes, no entanto, em algum momento este trabalhador retornará para o convívio familiar em algum endereço fixo no seu território de residência.

Identificou-se a partir das visitas realizadas a necessidade de corrigir o acesso e o acolhimento da população de usuários masculino, neste caso específico para os caminhoneiros, uma vez que, esses espaços estão mais direcionados para receber as demandas de criança, mulher e idoso. Portanto, a abordagem para esta população masculina deve acontecer de forma mais holística, identificando suas necessidades peculiares, expandindo os questionamentos além das queixas condutas, levando em consideração os aspectos socioculturais e pessoais desses usuários, quanto abordagem, escuta e direcionamento das suas necessidades.

O desconhecimento desta política, por parte dos profissionais de saúde, dificulta o atendimento equânime na atenção a essa população. No cotidiano dos serviços de saúde, os (as) trabalhadores (as) necessitam de um olhar diferenciado, considerando as relações entre o trabalho que desenvolvem e o atendimento prestado a esses usuários e suas condições de saúde-doença. Os efeitos negativos na saúde determinados pelo trabalho são geralmente expressos nos acidentes e nas doenças relacionadas ao trabalho que aparecem como demanda dos (as) usuários (as) nos diversos pontos da rede, cujas principais portas de entrada são a atenção primária e as redes de urgência e emergência.⁸

Para que CSCC alcance seus objetivos é fundamental capacitar e qualificar os profissionais da rede básica para o correto atendimento à saúde do homem as especificidades da profissão de caminhoneiro e ampliar por meio da educação, o acesso dos homens às informações sobre as medidas preventivas contra os agravos e enfermidades que os atingem.

É necessário que o Ministério da Saúde amplie suas ações de educação e promoção da saúde, tendo em vista os resultados apresentados no momento do preenchimento dos questionários (Tabela 2) não foi possível identificar êxito, segundo os entrevistados 92% não conhecem o CSCC, 100% não tiveram nenhuma capacitação e 100%, informaram que sua unidade de saúde não teve nenhum atendimento a partir da apresentação do CSCC.

É premente a necessidade de capacitação e sensibilização dos profissionais de saúde em relação a Nota Técnica nº 08/2021 que trata da apresentação e

Santos JMV, Silva FNM, Rios OO, Odeh MM
implementação do CARTÃO DE SAÚDE DO CAMINHONEIRO E DA
CAMINHONEIRA, desenvolvido pelo Ministério da Saúde.⁽²⁾

Agradecimentos

Esse estudo foi financiado pelos próprios autores.

Referências

1. MTE. Ministério do Trabalho e Emprego. CBO 7825-05 [homepage na internet]. 2022. [31 mai. 2022]. Available from: <https://www.ocupacoes.com.br/cbo-mte/782505-caminhoneiro-autonomo-rotas-regionais-e-internacionais>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Ciclos da Vida. Coordenação de Saúde do Homem. NOTA TÉCNICA Nº 8/2020. Trata da apresentação e implementação do Cartão de Saúde do Caminhoneiro e da Caminhoneira, desenvolvido pelo Ministério da Saúde. 2020.
3. CNT. Confederação Nacional do Transporte. Conheça o perfil dos caminhoneiros do Brasil. [internet]. 2019 16 jan. [cited 2022 06 jun.]. Available from: <https://www.cnt.org.br/agencia-cnt/pesquisa-cnt-perfil-caminhoneiros-brasil-2019>
4. Cavagioni LC, Pierin AMG. Hipertensão arterial e obesidade em motoristas profissionais de transporte de cargas. *Acta Paul Enferm.* 2010;23(4):455-460. doi:<https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000400002>.
5. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 20 set. 1990;Seção 1.
6. Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 31 dez. 1990;Seção 1.
7. Minayo-Gomez C, Thedim-Costa SMdF. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cad Saúde Pública.* 1997;13(suppl 2):S21-S32. doi:<https://doi.org/10.1590/S0102-311X1997000600003>.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde do trabalhador e da trabalhadora. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. 136 p. (Cadernos de Atenção Básica).
9. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS Nº 3.562, de 12 de dezembro de 2021. Altera o Anexo XII da Portaria de Consolidação

GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Diário Oficial da União 12 dez 2021.

10. Microsoft Corporation. Microsoft Excel. 2018. Disponível em: <https://office.microsoft.com/excel>.

11. Fernandes LA, Gomes JMM. Relatórios de Pesquisa nas Ciências Sociais: Características e Modalidades de Investigação. ConTexto. 2003 Out;3(4):1-23.

12. Habennas J. (1990) apud MAY, T. Pesquisa social: questões, métodos e processos. 3 ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

13. MINAYO MCdS, Deslandes SF, Neto OC, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes; 1994.

14. Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. 7 ed. Petrópolis: Vozes; 2008.

15. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6 ed. São Paulo: Atlas S.A.; 2008.

16. Brasil. Ministério da Economia. Secretaria Especial de Previdência e Trabalho. Portaria nº 1.343, DE 2 de dezembro de 2019. Estabelece as condições mínimas de segurança, sanitárias e de conforto nos locais de espera, de repouso e de descanso dos motoristas profissionais de transporte rodoviário de passageiros e de cargas. Diário Oficial da União 03 dez. 2019;Seção 1.

17. Brasil. Ministério da Infraestrutura. Gabinete do Ministro. Portaria nº 5.176, de 23 de dezembro de 2019. Dispõe sobre os procedimentos gerais para o reconhecimento dos pontos de parada e descanso em rodovias federais, de que trata a Lei nº 13.103, de 2 de março de 2015, que dispõe sobre o exercício da profissão de motorista. Diário Oficial da União 24 dez. 2019;Seção 1.

18. Brasil. Lei nº 13.103, de 2 de março de 2015. Dispõe sobre o exercício da profissão de motorista; altera a Consolidação das Leis do Trabalho - CLT; e dá outras providências. Diário Oficial da União 03 mar. 2015;Seção 1.

19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 118 p. ISBN: 978-85-334-1831-8.

20. Vasconcellos LCFd, Aguiar L. Saúde do Trabalhador: necessidades desconsideradas pela gestão do Sistema Único de Saúde. Saúde debate. 2017 Apr-Jun;41(113):605-617. doi:<https://doi.org/10.1590/0103-1104201711320>.

Santos JMV, Silva FNM, Rios OO, Odeh MM

21. Vasconcellos LCFd. Vigilância em Saúde do Trabalhador: decálogo para uma tomada de posição. Rev bras saúde ocup. 2018;43(suppl 1):e1s. doi:<https://doi.org/10.1590/2317-6369000029517>.

22. Batista, Adriana Maria Figuerêdo et al. Condições de trabalho de caminhoneiros: percepções sobre a saúde e autocuidado. Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]. 2021, v. 31, n. 02 [Acessado 25 Novembro 2022], e310206. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310206>>. Epub 16 Jul 2021. ISSN 1809-4481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310206>.

23. Oliveira, Lucio Garcia de et al. Acidentes de trânsito envolvendo motoristas de caminhão no Estado de São Paulo: prevalência e preditores. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2016, v. 21, n. 12 [Acessado 25 Novembro 2022], pp. 3757-3767. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320152112.11182015>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152112.11182015>.

Autor de correspondência

José Maria Viana dos Santos
SEPN Comércio Residencial Norte 510. CEP:70750-520
- Asa Norte. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
vianasauade.com@gmail.com

Cuidar de pessoas em palição: o olhar do familiar cuidador

Caring for people undergoing palliation: the look of the family caregiver

Cuidar a personas en paliación: la mirada del cuidador familiar

Everton Paulino dos Santos¹, Ana Carolaine de Souza Batista², Aila Roberta Passos Pereira³, Manuela Bastos Alves⁴, Laura Emmanuela Lima Costa⁵,
Rudval Souza da Silva⁶

Como citar: Santos EP, Batista ACS, Pereira ARP, Alves MB, Costa LEL, Silva RS. Cuidar de pessoas em palição: o olhar do familiar cuidador. 2023; 12(2): 377-90. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v12.n2.p377a390>

REVISA

1. Universidade do Estado da Bahia. Senhor do Bonfim, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8573-1879>

2. Universidade do Estado da Bahia. Senhor do Bonfim, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-4444-7731>

3. Universidade do Estado da Bahia. Senhor do Bonfim, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-5034-9073>

4. Universidade do Estado da Bahia. Senhor do Bonfim, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-4073-5146>

5. Universidade Federal da Bahia, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Salvador, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-2920-9567>

6. Universidade do Estado da Bahia. Senhor do Bonfim, Bahia, Brasil. Universidade Federal da Bahia, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Salvador, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-7991-8804>

Recebido: 27/01/2023
Aprovado: 29/03/2023

RESUMO

Objetivo: Compreender a visão do familiar ao assumir o papel de cuidador de um ente em palição. **Método:** Estudo exploratório e descritivo de abordagem qualitativa, realizado com 27 familiares cuidadores de pacientes com diagnóstico oncológico acompanhados num ambulatório de uma cidade de grande porte no estado de Pernambuco. Os dados foram coletados usando a entrevista semiestruturada e organizados no Software IRaMuTeQ®, considerando a Técnica de Análise de Conteúdo de Bardin, possibilitando assim a sua análise e discussão à luz da Teoria de Enfermagem Humanística. **Resultados:** Foi possível inferir que os familiares têm conhecimento sobre o diagnóstico de câncer; conhecem os riscos da doença e tratamento e, demonstram resiliência e altruísmo ao prestar os cuidados com amor e afeto. Reconhecem que para uma boa adesão ao tratamento, paciente e família precisam se sentirem acolhidos por toda equipe, com ênfase na equipe de enfermagem. **Considerações finais:** Possibilita refletir sobre a importância do familiar no processo de tratamento, e aponta para a necessidade de que a equipe esclareça sobre as mudanças que este familiar enfrentará no processo de cuidar, assim como de que seja dada visibilidade ao que são os cuidados paliativos, de modo a proporcionar alívio ao sofrimento do paciente e família. **Descritores:** Cuidados paliativos; Família; Cuidadores; Equipe de enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To understand the view of the family member when assuming the role of caregiver of a person undergoing palliation. **Method:** Exploratory and descriptive study with a qualitative approach, carried out with 27 family caregivers of patients with an oncological diagnosis followed at an outpatient clinic in a large city in the state of Pernambuco. Data were collected using semi-structured interviews and organized in the IRaMuTeQ® Software, considering Bardin's Content Analysis Technique, thus enabling its analysis and discussion in the light of the Humanistic Nursing Theory. **Results:** It was possible to infer that family members are aware of the cancer diagnosis; they know the risks of the disease and treatment and demonstrate resilience and altruism when providing care with love and affection. They recognize that for good adherence to treatment, the patient and family need to feel welcomed by the entire team, with an emphasis on the nursing team. **Final considerations:** It makes it possible to reflect on the importance of the family member in the treatment process, and points to the need for the team to clarify the changes that this family member will face in the care process, as well as to give visibility to what palliative care is, in order to provide relief in the suffering of the patient and family. **Descriptors:** Palliative Care; Family; Caregivers; Nursing Team.

RESUMEN

Objetivo Comprender la mirada del familiar al asumir el rol de cuidador de una persona en paliación. **Método:** Estudio exploratorio y descriptivo con enfoque cualitativo, realizado con 27 cuidadores familiares de pacientes con diagnóstico oncológico seguidos en un ambulatorio de una gran ciudad del estado de Pernambuco. Los datos fueron recolectados mediante entrevista semiestruturada y organizados en el Software IRaMuTeQ®, considerando la Técnica de Análisis de Contenido de Bardin, possibilitando así su análisis y discusión a la luz de la Teoría Humanística de Enfermería. **Resultados:** Se pudo inferir que los familiares conocen el diagnóstico de cáncer; conocen los riesgos de la enfermedad y el tratamiento y demuestran resiliencia y altruísmo al brindar atención con amor y afecto. Reconocen que para una buena adherencia al tratamiento, el paciente y la familia necesitan sentirse acogidos por todo el equipo, con énfasis en el equipo de enfermería. **Consideraciones finales:** Permite reflexionar sobre la importancia del familiar en el proceso de tratamiento, y apunta la necesidad de que el equipo aclare los cambios que este familiar enfrentará en el proceso de cuidado, así como dar visibilidad a lo que son los cuidados paliativos, con el fin de brindar alivio en el sufrimiento del paciente y su familia. **Descritores:** Cuidados Paliativos; Familia; Cuidadores; Grupo de Enfermería.

ORIGINAL

Introdução

Com o aumento da expectativa de vida, tem sido observado o envelhecimento populacional bem como o aumento da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, a exemplo do câncer. De forma positiva, também tem ocorrido a evolução tecnológica no contexto das ciências da saúde o que tem contribuído de modo favorável para que muitas pessoas com diagnóstico de doença oncológica possam contar com um tratamento conservador, possibilitando maior longevidade e alívio ao sofrimento.¹

Quando existe a necessidade da hospitalização ou do acompanhamento ambulatorial para a quimioterapia ou radioterapia, a família assume o papel de cuidador e realiza todo o acompanhando junto ao paciente neste novo processo e ambos são mobilizados para além da sua rotina pessoal e social.² Assim, levando em consideração os princípios dos cuidados paliativos que presam por um cuidado integral, direcionado tanto ao paciente quanto ao familiar e cuidador, é importante reconhecer que a unidade de cuidados (paciente/família/cuidador) necessita de atenção, respeito as suas crenças, e de apoio nos aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais bem como de uma escuta qualificada, favorecendo assim uma comunicação empática e solidária³⁻⁴.

Nesse contexto, torna-se necessário um olhar diferenciado para com o familiar cuidador baseado na integralidade e individualidade, não somente durante o período de cuidados ao paciente, mas também na vivência do seu luto. Haja vista que a família vivencia um sofrimento diante da perda do seu ente e principalmente pela sua incapacidade de resolutividade de muitas situações vivenciadas.⁵

Diante a presença da revelação do diagnóstico de câncer, tal como outras doenças potencialmente fatais, a família tem toda uma vida e rotina alterada de maneira significativa. A família vivencia um círculo de relações ativas e este torna-se mais intenso afetando ligações e vínculos pessoais, recíprocos e obrigatórios.⁶ Ao mesmo tempo em que o apoio à família é um dos principais recursos de tratamento utilizados pelo paciente para o enfrentamento da doença, os familiares sofrem de forma considerável ao lidar com o impacto acometido ao ente querido. É nesse sentido que o câncer pode ser considerado uma “doença familiar”, haja vista o impacto que provoca nessa esfera de convívio.^{2,6}

Diante desse retrato complexo e desafiador da realidade, os Cuidados Paliativos se apresentam como uma abordagem de cuidados que vem ganhando espaço no mundo e no Brasil nos últimos anos.

Em 2020, o conceito de Cuidados Paliativos como proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em sua última atualização em 2002, foi revisado e ampliado pela Associação Internacional de Hospice e Cuidado Paliativo (International Association for Hospice & Palliative Care - IAHPC) a partir de uma definição por consenso, de modo a destacar que estes são cuidados integrais e ativos, ofertados as pessoas de todas as idades que se encontram em intenso sofrimento relacionados à sua saúde, proveniente de doença severa, especialmente aquelas pessoas que estão no final da vida. O objetivo dos Cuidados Paliativos é, portanto, melhorar a qualidade de vida dos pacientes, de suas famílias e de seus cuidadores. São aplicáveis em todos os espaços de cuidados e níveis de atenção contando com uma equipe interdisciplinar.⁴

Nessa perspectiva, o presente estudo tem como questão de pesquisa, como o familiar cuidador se percebe ao cuidar de um ente em palição diante de um diagnóstico de doença oncológica? Desta forma, o objetivo deste estudo é compreender a visão do familiar ao assumir o papel de cuidador de um ente em palição.

Método

Estudo exploratório e descritivo de abordagem qualitativa, considerando a complexidade do objeto de estudo, o cuidar de um ente em palição, fenômeno social e do comportamento humano demarcado por aspectos intersubjetivos.

Participaram do estudo 27 familiares de pacientes em palição com diagnóstico de doença oncológica em acompanhamento ambulatorial. Foram adotados como critérios de inclusão ser maior de 18 anos, ser o principal familiar cuidador do paciente e que o acompanhava durante as sessões de quimioterapia. E, como critério de exclusão aquela pessoa que exercia o papel de cuidador formal, ou o familiar que realizava o acompanhamento do paciente de modo esporádico.

O estudo foi realizado no ambulatório de um Hospital público na cidade de Petrolina-PE, serviço especializado em oncologia, referência histórica na região. A coleta de dados ocorreu entre os meses de setembro e outubro de 2019, utilizando-se da entrevista semiestruturada, organizada em duas partes, sendo a primeira, referente aos dados sociodemográficos e a segunda com questões abertas, a saber: Como você percebe os cuidados prestados pela equipe de saúde? Como teve conhecimento sobre a doença do ente querido? O que representa cuidar do seu ente?

As entrevistas foram audiogravadas em aparelho de voz portátil, em seguida transcritas na íntegra para posterior análise. Ao se observar a repetição de dados e o não incremento de novos elementos, estas foram encerradas, considerando ter atingido a saturação dos dados.⁷ Assim, novos elementos quanto as perspectivas e percepções sobre o objeto de estudo deixaram de emergir, de forma que as entrevistas foram encerradas no 27º participante. Com relação ao princípio do sigilo, foi utilizado um código alfanumérico para identificar os participantes, com vistas à proteção dos dados coletados e garantia do anonimato, seguindo como exemplo: F1 (Familiar 1), F2 (Familiar 2) ...

Para organização da análise dos dados foi utilizado o Software IRaMuTeQ® (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires) de análise textual que possibilitou a construção de imagens gráficas. Este é uma ferramenta de processamento de dados de modo a converter os resultados num produto a ser explorado, o que exige do pesquisador a interpretação dos resultados processados com o devido rigor científico.⁸ Para além do uso do Software foi aplicada a Técnica de Análise de Conteúdo conforme proposta por Bardin.⁹

Os dados pré-organizados com a codificação e identificação necessárias, passaram por um processo de limpeza de caracteres que se mantidos, inviabilizariam a leitura pelo Software IRaMuTeQ®. Após esse processamento, estes foram organizados e distribuídos por vocábulos/palavras de forma

facilmente compreensível e visualmente clara, por meio de gráficos, imagens, quadros e tabelas gerados automaticamente com o propósito de facilitar as inferências. Com o uso do Software IRaMuTeQ® foram realizadas a análise de similitude e a produção de uma nuvem de palavras.

A partir das figuras geradas no processamento dos dados passou-se para a segunda etapa utilizando-se da Técnica de Análise de Conteúdo, seguindo as três fases propostas: 1) Pré-análise; 2) Exploração do material e 3) Inferência que correspondeu a interpretação das imagens/representações gráficas geradas pelo Software IRaMuTeQ® (nuvem de palavras e árvores de similitude) conforme emergiram das falas.⁹

Os resultados foram discutidos à luz da Teoria de Enfermagem Humanística considerando que seus conceitos buscam descrever o que se define como prática humanística ratificando a importância de um diálogo efetivo, que envolve o encontro, pautado na relação entre alguém que cuida e alguém que recebe os cuidados.¹⁰

O estudo respeitou os princípios éticos conforme as Resoluções nº 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que tratam das pesquisas com seres humanos sendo apreciado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia obtendo parecer favorável sob protocolo nº 053997/2019.

Resultados

Dos 27 participantes do estudo 24 eram do sexo feminino e três masculino. Destes 14 eram filhos(as), seis cônjuges e os outros sete representados por sobrinhos, noras e netos. Importante destacar que 21 deles têm filhos e para acompanhar no cuidado ao familiar em tratamento, precisam deixar as crianças com parentes ou vizinhos. Com relação as atividades da vida diárias, lhes foi perguntado sobre suas atividades de lazer, na sua maioria, informaram não realizarem atividade física ou de lazer, devido a rotina dos cuidados, o que segundo eles não sobrar tempo para si.

As entrevistas após transcritas, foram lematizadas e agrupadas por significados semelhantes em núcleos de sentidos, sendo em seguida processadas no Software IRaMuTeQ® gerando imagens como nuvem de palavras e árvores de similitude.

A primeira imagem gerada foi uma nuvem de palavras conforme apresentada na figura 1. No que diz respeito à elaboração da nuvem, o agrupamento e a organização gráfica das palavras se deram em função da sua frequência, o que possibilitou a rápida identificação das palavras-chave no *corpus* textual e uma análise lexical simples.¹¹

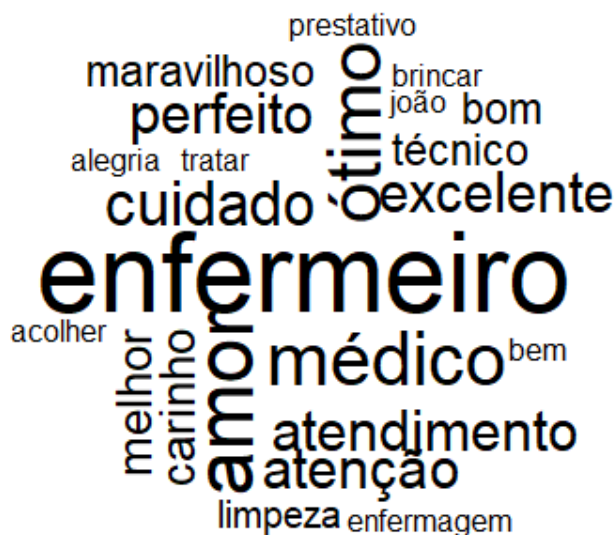


Figura 1- Nuvem de palavras gerada com base na percepção acerca dos cuidados prestado pela equipe de saúde. Senhor do Bonfim (BA), Brasil, 2023.

A nuvem teve origem das respostas a primeira pergunta: Como você percebe os cuidados prestados pela equipe de saúde? A palavra que teve maior frequência foi “enfermeiro”, palavra central em destaque. As demais palavras, que constam em menor realce foram evocadas em menor quantidade nas falas dos participantes.

Eu acho muito bonito o jeito que eles nos tratam, o médico, os enfermeiros, as técnicas, até o pessoal da limpeza. Eles dão atenção, carinho a todos aqui. Aos pacientes e a família. (F-1)

[...] Do médico à menina da limpeza, a enfermagem? Sem palavras dizer o quão maravilhosos eles são, todos! Sinceridade, eu não tenho palavras, não tenho palavras, é gratidão mesmo! (F-3)

É excelente! A equipe de enfermagem daqui são muito prestativos, eles tratam todo mundo bem, o paciente, à família. (F-6)

O atendimento é muito bom, principalmente pelos enfermeiros, que são alegres, prestativos, minha vó inclusive fala muito bem deles. (F-15)

Acho ótimo, ótimo, muito bom o atendimento dos enfermeiros, a atenção dos técnicos de enfermagem, eles brincam, distraem o paciente. (F-20)

O tratamento aqui é bom, bom até demais, é ótimo, nós não temos do que se queixar de nada, do atendimento desses enfermeiros, meu Deus, é maravilhoso. (F-25)

Outros elementos do corpus textual possibilitaram a análise de similitude dando origem a duas árvores conforme apresentadas a seguir (Figuras 2 e 3).

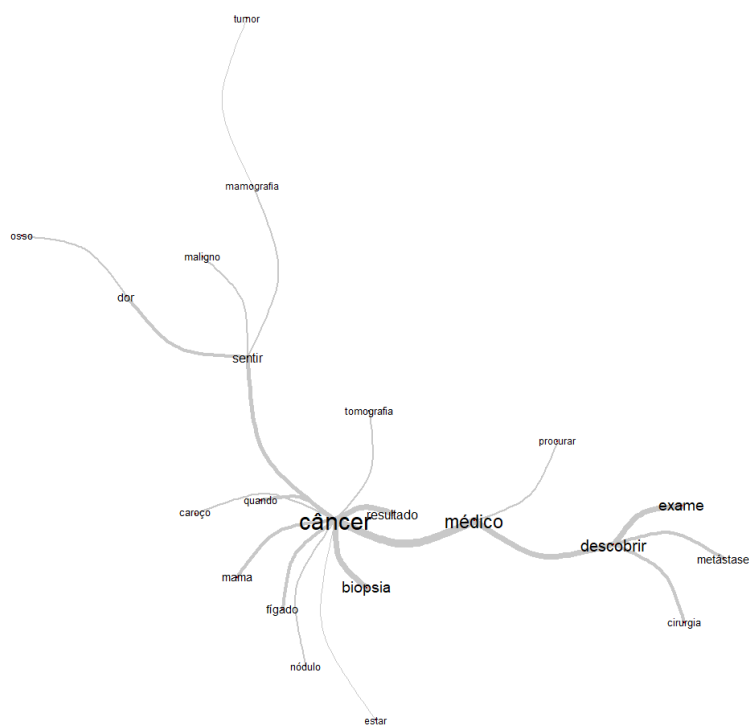


Figura 2- Árvore de similitude acerca de como teve conhecimento sobre a doença do familiar. Senhor do Bonfim (BA), Brasil, 2023.

A primeira árvore de similitude derivou das respostas a pergunta: Como teve conhecimento sobre a doença do ente querido? Identifica-se, na estrutura da árvore, a existência de um núcleo central, sendo a palavra “câncer” a de maior destaque e três núcleos menores “biopsia, médico e exame”, ramificações inter-relacionadas e que tem estreita ligação com a palavra central.

Ela estava brincando com a menina dela e a menina bateu o dente no lugar [do tumor] e ficou doendo, aí ela foi averiguar que continuava doendo e a dor não passava aí foi no médico, fez exames de ultrassom e descobriu um caroço e ela falou com esposo dela aí foi pro médico de mama mesmo por já estavam com a suspeita e depois ela me contou que o resultado deu câncer. (F-5)

Eu fiquei sabendo através do meu irmão, que ela foi fazer um exame de rotina [...] quando chegou reuniu os irmãos todos, e comunicou que mamãe tinha que passar por um procedimento, que estava com um diagnóstico de câncer. (F-13)

Ela começou o abdômen ficar globoso, começou a aumentar e a gente achando aquela coisa estranha. Ai quando começou a crescer mesmo fomos ao posto de saúde e foi encaminhada para fazer uma tomografia, aí descobriu que era um câncer no útero. (F-14)

Ela começou sentindo muitas dores na coluna, porque o câncer dela já é recorrente né?! Ela já teve antes, há 10 anos atrás. (F-16)

Ela tomando banho, apalpando o peito e sentiu um nódulo aí a gente foi no médico fazer uma ultrassonografia, [...] pediram a biopsia, aí deu. (F-17)

A princípio ela sentiu um nódulo no seio e [...] quem pegou o resultado da biopsia fui eu e como eu trabalhava na mesma clínica do médico fui

eu que peguei e mostrei a ele e aí tive que dar a notícia a ela e a família toda, foi um desespero. (F-18)

A segunda árvore de similitude (Figura 3) traz o resultado das respostas para a terceira questão: Para você, o que representa cuidar do(a) seu(sua) paciente/familiar?

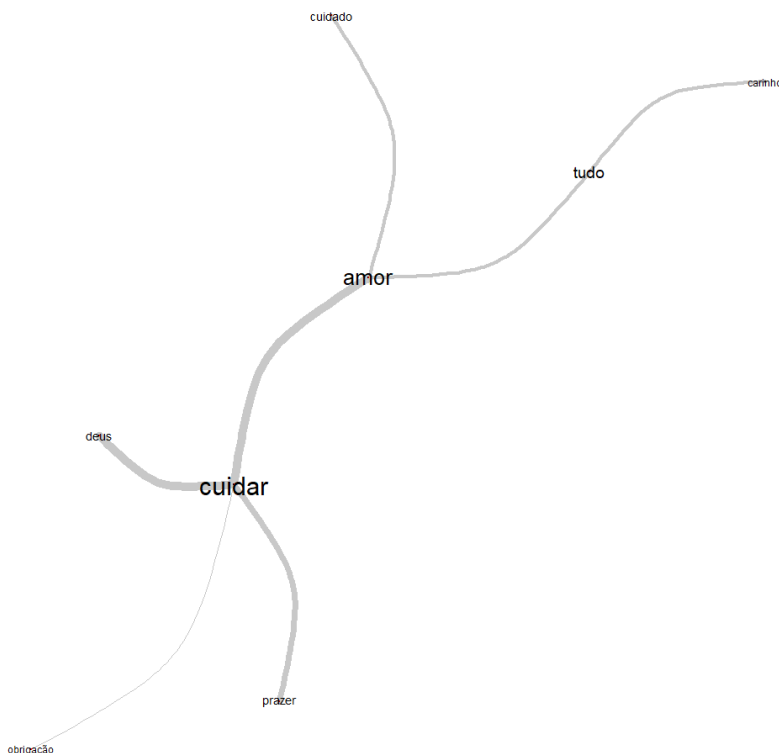


Figura 3- Árvore de similitude acerca da representação do cuidado ao ente querido. Senhor do Bonfim (BA), Brasil, 2021.

Identifica-se, na estrutura da árvore, dois núcleos de sentido e, os termos centrais que se interligam são “cuidar” e “amor”. Revela-se, nas ramificações, a existência de subgrupos inter-relacionados aos pontos que podem ser vinculados aos termos centrais.

Representa tudo, porque, assim, o que eu puder passar, de melhor pra ela, [...] muito pensamento positivo, de muita gentileza, de muito amor, carinho, de cuidado (F-2).

Como se eu estivesse cuidando da minha mãe, da minha filha, cuidando de uma parte de mim, cuidando de mim mesma, cuidando por amor! [CHORO] (F-4).

É fazer o melhor que eu posso por ela, ou melhor, fazer tudo por ela, pra melhora dela, é dar o meu melhor, o que eu puder fazer por ela (F-5).

É a mãe da gente, só tem uma só e nunca vai ter outra mais, então a gente que cuidar e agradecer a Deus. Ela também é bem forte e luta contra a doença, [...] cuidado, esse carinho (F-13).

Tem que largar tudo! Por minha mãe eu largo tudo, eu me sinto bem, mesmo passando por momentos de tristeza. (F-14)

É um dever meu como esposa e segundo que a gente tem que ajudar os outros, é ruim vê a pessoa com o problema de saúde e não ajudar e ainda mais com o problema dele de câncer. (F-21)

Representa tudo! Porque ele teve o problema dele e quando ele estava no meio do tratamento dele apareceu o meu de mama e ele mesmo doente me acompanhou, cuidou de mim e eu só tenho que agradecer a Deus por esse marido e tanto [CHORO] e hoje eu faço o mesmo por ele (F-25).

Discussão

Observa-se que há uma predominância de familiares mulheres como a cuidadora principal e quanto ao grau de parentesco, são no geral as filhas do paciente. Esse perfil foi percebido em estudo semelhante sobre a caracterização de cuidadores de pacientes em cuidados paliativos realizado na Região Sul do Brasil, onde pode ser evidenciado que a maioria dos cuidadores era do sexo feminino (85,7%), com companheiro (77,1%) e que quanto ao grau de parentesco, a maioria dos cuidadores eram cônjuges (37,1%) ou filhos dos pacientes (28,6%).²

Com relação a primeira figura representada pela nuvem de palavras, o termo observado com maior destaque foi “enfermeiro”, o que pode estar associado a presença constante da equipe de enfermagem nos cuidados, tanto ao paciente quanto ao familiar cuidador durante todo o tratamento, por ser a essa equipe a que está mais próxima e em período integral, pronta para prestar um atendimento humanizado, compreendendo-os e apoiando-os em todas suas necessidades, no decorrer do processo do adoecimento. A assistência de enfermagem exige presença, flexibilidade, corresponsabilidade, partilha de sentimentos, conhecimentos e solidariedade.¹²

Sobre a percepção acerca dos cuidados prestados pela equipe de saúde ao ente querido, as respostas dos familiares cuidadores também evidenciam a importância da equipe de enfermagem dentro de todos os serviços de saúde, da baixa à alta complexidade. É o encontro entre cuidador e o ser cuidado, na intenção da criação de um elo empático que norteará as ações para o cuidado conforme descrito na Teoria Humanista.¹⁰

Para as teóricas da Teoria Humanística, Josephine Paterson e Loretta Zderad, cuidar em si, requer integralidade, seja ela ao doente ou ao familiar cuidador, que renuncia à sua rotina para habitar por longos momentos ou dias dentro de uma instituição hospitalar e quando a equipe desempenha o seu papel, pautado num cuidado integral, reforçando os princípios defendidos pela Teoria Humanística, com uma prática que busca proporcionar benefício ao outro, o cuidado se faz presente e caminha para a recuperação da totalidade da dignidade humana.¹⁰ Esse cuidado é visto na fala dos familiares onde conseguem identificar os membros da equipe de saúde e reconhecem que o bom atendimento da equipe de enfermagem faz bem aos pacientes e traz confiança no serviço prestado.

Aqui vale destacar que a palavra ENFERMEIRO como termo central da nuvem de palavras é uma representação simbólica de toda equipe de enfermagem, a qual demonstra uma atuação em sintonia com os princípios básicos da Teoria Humanística, estrutura em três conceitos fundamentais, a saber: o diálogo, a comunhão e a Enfermagem Fenomenológica.¹⁰ Nesse caso, se

aplicam os conceitos do diálogo e da comunhão, quando se observa uma ação dialógica a partir da relação intersubjetiva entre a equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) e os familiares cuidadores.

Assim como, a comunhão estabelecida a partir da relação entre duas ou mais pessoas (equipe de enfermagem, família e paciente) e que gera um significado de existência oriundo do compartilhamento de relações acerca de determinado fenômeno, nesse contexto o cuidado a um ser em palição.

A comunhão e o diálogo são também marcados por atitudes de acolhimento, assumido como uma ferramenta de humanização dos serviços de saúde, pautada numa escuta qualificada, favorecendo à construção de vínculos e à garantia de acesso à população, o que pressupõe a responsabilização dos profissionais pelo cuidado prestado. Ao ouvir o usuário (paciente e família), os profissionais demonstrarão melhora na relação e desenvolvimento de uma parceria mais colaborativa, onde o diálogo torna-se recíproco e as relações se estreitam, o que permite uma troca efetiva de informações e saberes.¹²

Receber o diagnóstico de uma doença oncológica não é fácil de ser aceito pelo paciente e pelo familiar cuidador, pois o desconhecido passa a coabitar e o medo das incertezas pode deixá-los, paciente e cuidador, frente a um abismo. Dessa forma, cabe a toda equipe de enfermagem, sensibilizar-se com as necessidades não atendidas, e inserir no plano de assistência a um cuidado integral.¹²⁻¹³

Aqui também é possível observar o conceito de “comunhão” presente na Teoria Humanística¹⁰, ao se observar que as pessoas envolvidas expõem ideias e pensamentos comuns, numa perspectiva de comunhão de vivências, acerca do cuidar de um ente em palição, mesmo que sejam pessoas com conhecimentos e habilidades distintos, mas quem trazem em si um objetivo em comum.

E, os profissionais da equipe de enfermagem, por se encontrarem mais próximos ao paciente e família nos momentos difíceis, são requisitados pela família e o paciente quando necessitam de esclarecimentos ou de cuidados imediatos. Assim, esses atores singulares acabam por lidar com o sofrimento e assim desenvolverem habilidades para prestar uma assistência qualificada, avaliando o paciente e sua família de forma integral, o que requer dessa equipe um grande e complexo ato de doação, gerando muitas das vezes, sentimento de angústia e temores que podem surgir no decorrer do processo de cuidar, afinal de contas, estamos falando de gente cuidando de gente.¹⁴

A primeira árvore de similitude faz referência as formas como os familiares e pacientes chegaram a ter conhecimento sobre o diagnóstico da doença, apresentando como palavra central, CÂNCER, valendo destacar as ramificações representadas pelas queixas de DOR, MAMA DOLORIDA, NÓDULO, fazendo com que procurasse por ajuda de um profissional MÉDICO, quando foi possível realizar EXAMES a exemplo daqueles de imagem como a TOMOGRAFIA ou de estudo anatomopatológico, a BIÓPSIA, e ao receberem o RESULTADO concluir com o diagnóstico de CÂNCER e assim ter a conduta definida para tratar.

Para a maioria dos familiares cuidadores, o histórico de câncer já era reincidente e foi redescoberto quando houve realização dos exames periódicos de acompanhamento que ocorrem em periodicidade semestral ou anual, ou para os que ainda não tinham o diagnóstico, passaram a sentir alguma dor ou

perceberam a presença de nódulos no momento de auto palpação. Desta forma, com o novo, a descoberta do diagnóstico, os pacientes e familiares que passaram pelo primeiro diagnóstico. Estudos já apontam que o câncer coloca os pacientes e seus familiares em condição de fragilidade pelo próprio estigma da doença.¹⁵

Inserir o familiar no processo de tratamento da doença e nos cuidados é fundamental para os resultados positivos esperados junto ao paciente, sabendo-se que o diagnóstico de um câncer gera desequilíbrios emocionais e físicos que vão além do aspecto corporal do doente, exigindo reorganização em diferentes dimensões da vida da família, inclusive a dimensão social.¹⁵

Nesse contexto, diante do sofrimento dos cuidadores decorrente das consequências diretas da doença de seu familiar, os cuidadores familiares por vezes adoecem e podem comprometer o cuidado prestado, considerando que o apoio desse cuidador tem sua influência sobre o tratamento do câncer do paciente. Assim, em função do sofrimento e das mudanças trazidas pelo diagnóstico de câncer, pensando no cuidado desse familiar e, evitando o seu adoecimento, os estudos^{13,16} recomendam que o familiar cuidador do paciente receba acompanhamento e suporte da equipe de saúde, inclusive reconhecem que muitas vezes estes tornam-se pacientes anônimos.

O suporte da equipe multiprofissional tem o propósito de ser uma fonte de apoio ao familiar cuidador no enfrentamento do processo de adoecimento e tratamento do seu ente e, sua necessidade torna-se mais evidente quando se observa um baixo nível de conhecimento e preparo do familiar cuidador no enfrentamento da doença.

Os resultados deste estudo apontam que os familiares cuidadores entrevistados, relataram se sentirem aptos para cuidar do seu ente querido e quando questionados sobre a existência de algum diálogo referente aos cuidados de fim de vida e sobre pensar nas questões da finitude, apenas dois entrevistados relataram ter conhecimento sobre o assunto, que foi adquirido a partir de diálogos entre eles e os profissionais de saúde, mas que esta informação não emergiu por parte da equipe. Isso denota um despreparo da equipe para instrumentalizar o familiar quanto aos cuidados de fim de vida e do luto antecipatório.

Outros estudos^{2,16} apontam que, mesmo que o familiar cuidador esteja apto a cuidar, o despreparo sobre o processo de morrer e de como lidar com a morte, faz com que o temor e medo da morte do outro seja cada vez maior. Isso remete a necessidade de discussões acerca da finitude humana por parte dos profissionais de saúde e em prol do esclarecimento de dúvidas do paciente e família, fornecendo informações e utilizando-se de recursos que vão desde o suporte da espiritualidade, ou até mesmo da religiosidade, em prol de diminuir o temor e medo da partida de um ente querido.

Desta forma, o estudo corrobora com a perspectiva da Teoria Humanística de Enfermagem, onde em uma abordagem holística e uma prática interdisciplinar, busca-se respeitar a individualidade do ser, assim como uma atitude de relacionando com o próximo em tempo e espaço, indo além de uma relação unilateral, competente e criativa, mas buscando alcançar uma boa prática da Enfermagem em benefício ao próximo, valorizando o ser humano, preservando sua autonomia e capacidade de tomada de decisões ao mesmo

tempo que age confortando os familiares com vistas ao desenvolvimento do bem-estar e do vir-a-ser.¹⁰

No que tange ao significado acerca da representação do cuidar do ente querido, a segunda árvore de similitude tem como palavra central CUIDAR e AMOR. O cuidado familiar é um fenômeno multidimensional, visível e ao mesmo tempo abstrato, que abarca sentimentos de afetividade, harmonia e responsabilidade necessários para tal atitude.¹⁷ Cuidar de um familiar com câncer, por meio da manifestação de solicitude autêntica, faz com que o cuidador adentre na dimensão existencial do outro e torne-se ser-com-o-outro,¹⁰ ratificando, desta forma, o conceito de ambiente, o qual favorece uma atmosfera propícia à inclusão dos Cuidados Paliativos, envolvendo o mundo de ambos, familiar cuidador e paciente, em uma relação harmônica as necessidades de ambos.

A partir do momento em que o familiar cuidador, se coloca como a principal fonte de cuidados e se responsabiliza integralmente por tal tarefa, ele inicia um processo de influência positiva na estratégia de enfrentamento que o doente utiliza, assim como na tomada de decisões, tarefas de autocuidado diárias e demonstração de afeto entre ambos.² Um verdadeiro ato de amor, não uma OBRIGAÇÃO, evocação esta que consta dentre as palavras da árvore de similitude, mas AMOR, CUIDADO e CARINHO por um ser que é considerado parte de si.

A palavra OBRIGAÇÃO talvez passe pelo sentido de uma crença num sagrado que demonstra uma formação moral judaico-cristã que presa por um cuidado como uma demarcação de alteridade religiosa do divino na vida daquele familiar cuidador. Isso é marcante na perspectiva do olhar para si como cuidador, uma missão divina a ser cumprida e que influencia a vida pessoal e social dos familiares cuidadores.

Ao serem questionados sobre as mudanças que ocorreram na rotina de vida e os impactos que acarretaram as suas vidas pessoais, os familiares cuidadores relataram ter mudando em muitos aspectos de suas vidas, alguns deixaram seus trabalhos formais e outros além de exercer suas funções, se organizam para exercer o cuidado e deixam de realizar atividades de lazer e saúde e muitos até de frequentar suas igrejas.

Desta forma, a análise sobre as mudanças geradas na vida dos familiares cuidadores se assemelha aos resultados de um estudo¹⁸ realizado em um Serviço de Apoio a Familiares de Pacientes Crônicos do Hospital Universitário de Maringá (HUM), onde aponta que dentre todos os familiares, destacam-se esposas e filhas e, em geral apenas uma pessoa a se responsabilizar pela realização dos cuidados ao seu ente querido, preocupando-se com atividades que vão desde a alimentação, a administração de medicamentos, higiene, relações sociais, com o objetivo de trazer bem-estar ao paciente além de se preocupar com a singularidade do momento vivido.

Mesmo sobrecarregados e apesar de muitos deles terem tido a necessidade de renunciar parte de suas rotinas para exercer tal cuidado, estes familiares cuidadores se sentem bem,¹³ e veem essa condição como uma oportunidade de expressão dos sentimentos de prazer, amor, carinho e cuidado, direcionados a pessoa em processo de morrer, uma verdadeira ação altruística de cuidado do seu ente em palição.

Considerações finais

Os resultados do estudo possibilitam uma reflexão acerca da importância da presença do familiar cuidador no processo de cuidar, tratamento e acompanhamento do seu ente em cuidados paliativos. Enfatizam o valor do conhecimento sobre a doença e o cuidado frente às necessidades do familiar e paciente em prol do diálogo e comunhão, condições tais que favorecem resultados positivos, seja no acompanhamento ambulatorial como foi o *setting* do estudo ou nos cenários de hospitalização.

É possível observar uma variedade de condições e de mudanças na rotina desses familiares quanto alguns demonstraram a necessidade de deixar de trabalhar para cuidar, outros já conseguem associar suas atividades laborais e dos cuidados, todavia em ambas situações, foi observado a necessidade de um preparo desse familiar cuidador, pautado no suporte da equipe de saúde, valendo o questionamento: quem cuida do cuidador? É preciso pensar nessa questão e reconhecer que esses familiares cuidadores poder ser paciente anônimos e que não tem recebido o devido olhar por parte da equipe.

A visão do familiar ao assumir o papel de cuidador de um ente em palição pressupõe a necessidade de um ambiente acolhedor e humanístico, pautado no diálogo e comunhão de modo a favorecer um cuidado humano e digno aos pacientes com uma doença oncológica. Todavia os resultados apontam para a necessidade de que a equipe preste orientações não apenas acerca do cuidado geral ao doente, mas também ofereça direcionamentos e suporte relacionados as mudanças na rotina de vida do familiar que acompanha o paciente, tendo um olhar também para com o familiar cuidador.

As limitações do estudo centram-se realização do estudo numa unidade que conta com pacientes em palição, mas nem a equipe nem os pacientes e familiares tem o conhecimento sobre o que de fato são os cuidados paliativos, de modo que estes princípios ainda não são assumidos como uma prática de cuidar, valendo destacar que um dos princípios filosóficos dos cuidados paliativos é o reconhecimento da unidade de cuidados como paciente/família/cuidador.

Agradecimentos

Esse estudo foi financiado pelos próprios autores.

Referências

1. Figueiredo AEB, Cecon RF, Figueiredo JHC. Chronic non-communicable diseases and their implications in the life of dependent elderly people. *Ciênc. Saúde Colet.* 2021;26(01):77-88. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.33882020>
2. Queiroz AC, Silva MP, Dantas MCS, Fonseca AC, Brito DTF, Agra G. Cuidados voltados aos familiares de pessoas em finitude humana. *Res., Soc. Dev.* 2021;10(2):e7310212151. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12151>

3. Cavalcanti IMC, Oliveira LO, Macêdo LC, Leal MHC, Morimura MCR, Gomes ET. Princípios dos cuidados paliativos em terapia intensiva na perspectiva dos enfermeiros. *Rev. cuid.* 2019;10(01):1-10. DOI: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v10i1.555>
4. Radbruch L; De Lima L; Knaut F; Wenk R; Ali Z; Bhatnagar S; et. al. Redefining Palliative Care—a New Consensus-based Definition. *J. pain symptom manage* [Internet]. Out 2020 [citado 2020 out 15];60(4):754-764. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392420302475>
5. Sousa DA, Jesus TRCS, Araújo RV, Oliveira BA, Alves NS, Silva JLM, et al. Assistência de enfermagem ao paciente oncológico em cuidado paliativo. *Rev. Casos Consult.* [Internet]. 2021 [citado 2023 abr 07];12(1):e26716. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/casoseconsultoria/article/view/26716>
6. Lima LES, Santana ME, Correa Júnior AJS, Vasconcelos EV. Experiences of cancer patients' Family caregivers in palliative care. *Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online).* 2019;11(4):931-936. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i4.931-936>
7. Rego A, Cunha MP, Jr VM. Quantos participantes são necessários para um estudo qualitativo? Linhas práticas de orientação. *R. gest. países ling. port.* [Internet]. 2018 [citado 2020 out 09];17(2):43-57. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpbg/v17n2/v17n2a04.pdf>
8. Acauan LV; Abrantes CV; Stipp MAC; Trotte LAC; Paes GO; Queiroz ABA. Utilização do software IraMuteq® para análise de dados qualitativos na enfermagem: um ensaio reflexivo. *REME rev. min. enferm* [Internet]. 2020 [citado 2020 set 14];24:e-1326. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1326.pdf>
9. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 5ª ed. Lisboa: Edições 70; 2016.
10. Paterson JG, Zderad LT. *Humanistic nursing*. New York (US): National League for Nursing; 1988.
11. Santos TA et al. Condições de trabalho de enfermeiras, técnicas e auxiliares de Enfermagem em hospitais públicos. *REME rev. min. enferm.* 2020 [citado 2020 dez 02];24:e-1339. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1339.pdf>
12. Maschio JRA. Atuação da enfermagem frente a pacientes oncológicos em cuidados paliativos. *Braz. J. Dev.* 2022;8(1):4704-4727. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv8n1-312>
13. Silva PB, Santos MF, Valentim NS. Cuidados paliativos para o paciente oncológico: impacto psicológico no familiar cuidador. *Rev. Atenção Saúde.* 2022;20(71):200-211. DOI: <https://doi.org/10.13037/ras.vol20n71.8311>
14. Oliveira SX, Barreto MGR, Medeiros HRL, Alves ESRC. Enfrentamento emocional de enfermeiros cuidadores de pacientes oncológicos. *Rev. Ciênc. Méd. Biol.* 2021;20(1):83-88. DOI: <http://dx.doi.org/10.9771/cmbio.v20i1.37904>

Santos EP, Batista ACS, Pereira ARP, Alves MB, Costa LEL, Silva RS

15. Oliveski CC, Girardon-Perlini NMO, Cogo SB, Cordeiro RC, Martins FC, Paz PP. Experience of families facing cancer in palliative care. *Texto & contexto enferm.* 2021;30:e20200669. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0669>

16. Eninger FU, Santos CM, Kayser MF. As relações familiares frente ao processo do luto antecipatório. *Braz. J. Health Rev.* 2021;4(4):15913-1527. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n4-121>

17. Silva CV, Gaspodini IB. A influência da participação familiar no tratamento do paciente oncológico. *Revista Ciência & Humanização do Hospital de Clínicas de Passo Fundo* [Internet]. 2021 [citado 2023 abr 06];1(1):74-88. Disponível em: <https://rechhc.com.br/index.php/rechhc/article/view/8>

18. Faller JW, Barreto MS, Ganassin GS, Marcon SS. Sobrecarga e mudanças no cotidiano de cuidadores familiares de paciente com doença crônica. *Ciência, Cuidado e Saúde.* 2012;11(1):181-189. DOI: [10.4025/ciencucuidsaude.v11i1.18876](https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v11i1.18876)

Autor de correspondência

Ana Carolaine de Souza Batista
Praça Juracy Magalhães nº 26, Centro, Senhor do
Bonfim, Bahia, Brasil. CEP: 48.970-000.
carolainesouzaz18@gmail.com

Panorama atual do câncer de boca na região nordeste do Brasil: de 2015 a 2020

Current panorama of oral cancer in the northeast region of Brazil: from 2015 to 2020

Panorama actual del cáncer bucal en la región nordeste de Brasil: de 2015 a 2020

Igor Ferreira Borba de Almeida¹, Ágata Ramachi Cunha Quintela Teles², Luana Lima Batista³, Márcio Campos Oliveira⁴

Como citar: Almeida IFB, Teles ARCQ, Batista LL, Oliveira MC. Panorama atual do câncer de boca na região nordeste do Brasil: de 2015 a 2020. 2023; 12(2): 391-8. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v12.n2.p391a398>

REVISA

1. Universidade Estadual de Feira de Santana, Departamento de Saúde, Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva. Feira de Santana, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8396-7385>

2. Unidade de Ensino Superior de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0004-2044-2436>

3. Unidade de Ensino Superior de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0004-2044-2436>

4. Universidade Estadual de Feira de Santana, Departamento de Saúde, Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva. Feira de Santana, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0004-2044-2436>

Recebido: 27/01/2023
Aprovado: 29/03/2023

RESUMO

Objetivo: descrever o panorama atual do câncer de boca na região Nordeste, com ênfase na taxa de mortalidade entre homens e mulheres, no período de 2015 a 2020. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, que analisou os dados nos anos de 2015 a 2020 no site DATASUS (TABNET). **Resultados:** Foi observada uma maior prevalência em homens e ainda assim um leve crescimento de casos entre mulheres as quais possuem atualmente um maior contato com os fatores de riscos. **Conclusão:** O estudo verificou que o câncer de boca é mais incidente em homens do que em mulheres, tanto no Brasil (com diferença entre homens e mulheres de 11.363 casos), como no Nordeste (com diferença de 2.363 casos). As taxas de mortalidade vêm diminuindo no gênero masculino e feminino, no Brasil e no Nordeste (principalmente entre os anos de 2019 e 2020). **Descritores:** Câncer Bucal; Neoplasia; Mortalidade.

ABSTRACT

Objective: to describe the current panorama of oral cancer in the Northeast region, with emphasis on the mortality rate between men and women, from 2015 to 2020. **Method:** This is a descriptive, retrospective study, which analyzed data over the years from 2015 to 2020 on the DATASUS website (TABNET). **Results:** A higher prevalence was observed in men and yet a slight increase in cases among women, who currently have greater contact with risk factors. **Conclusion:** The study found that oral cancer is more common in men than in women, both in Brazil (with a difference between men and women of 11,363 cases) and in the Northeast (with a difference of 2,363 cases). Mortality rates have been decreasing in males and females, in Brazil and in the Northeast (mainly between 2019 and 2020). **Descriptors:** Oral Cancer; Neoplasia; Mortality.

RESUMEN

Objetivo: describir el panorama actual del cáncer oral en la región Nordeste, con énfasis en la tasa de mortalidad entre hombres y mujeres, de 2015 a 2020. **Método:** se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo, que analizó datos a lo largo de los años de 2015 a 2020 en el sitio web de DATASUS (TABNET). **Resultados:** Se observó una mayor prevalencia en hombres y, sin embargo, un ligero aumento de casos en mujeres, quienes actualmente tienen mayor contacto con factores de riesgo. **Conclusión:** El estudio encontró que el cáncer oral es más común en hombres que en mujeres, tanto en Brasil (con una diferencia entre hombres y mujeres de 11.363 casos) como en el Nordeste (con una diferencia de 2.363 casos). Las tasas de mortalidad han ido disminuyendo en hombres y mujeres, en Brasil y en el Nordeste (principalmente entre 2019 y 2020). **Descritores:** Cáncer Bucal; Neoplasia; Mortalidad.

Introdução

O câncer é uma doença que acomete a população em diferentes regiões do corpo. O câncer de cabeça e pescoço, por exemplo, é caracterizado como uma neoplasia maligna que acometem estruturas da cavidade oral, como laringe, faringe, lábios e língua¹. As taxas de mortalidade do câncer de orofaringe vêm crescendo ao longo dos anos, devido à falta de conhecimento sobre o assunto, sobretudo pela população que tem pouco ou nenhum acesso à informação sobre o tema. O câncer mais comum, encontrado em 90% dos casos, é o carcinoma espinocelular (CEC), que afeta em sua maioria homens acima de 40 anos, quando diagnosticados em geral se encontram em estágios mais avançados.^{2,3}

Anualmente são diagnosticados mais de 300.000 casos de câncer de boca em todo o mundo, desses, morrem em torno de 130.000 todos os anos, por apresentar dados alarmantes é considerado problema de saúde global⁴. Trazendo esse número para o Brasil, estimou - se que a incidência de neoplasias malignas na cavidade bucal é de cerca de 3.300 novos casos somente no Nordeste, configurando ainda que 2.180 desses casos acometem homens e 1.200 em mulheres⁵.

A cavidade oral por ser um local de fácil acesso tanto para o paciente, quanto aos cirurgiões dentistas, o câncer de boca deveria ser o mais fácil de ser diagnosticado, para um correto tratamento precoce. Muito embora esse não seja o cenário mais comum, uma vez que o estágio inicial da doença passa despercebido enquanto em casos mais avançados apresentam leões mais visíveis e muitas vezes sem condição de tratamento adequado. Logo, a formação do dentista pode ser colaborativa com o fato de que cada vez mais se promove uma saúde bucal restauradora e/ou curativa ao invés de uma formação que incentive a promoção e prevenção de saúde bucal⁶.

Alguns fatores aumentam significativamente o risco do desenvolvimento do câncer oral, sendo eles: o tabagismo, responsável por aumentar em vinte vezes o risco de desenvolver neoplasia, o álcool que atua como um fator desencadeante no surgimento de vários cânceres, a dieta que uma vez pobre em nutrientes essenciais, aumentam o risco do desenvolvimento atrelado a uma baixa imunidade, assim como predisposição genética, imunossupressão e infecções^{7,8}.

Segundo Cartaxo⁹, outro fator relevante para o desenvolvimento do câncer de boca, para além dos citados, é a exposição à radiação solar, sendo um dos principais causadores aliado a uma baixa qualidade de vida e socioeconômica. Os autores afirmam que a Região Nordeste, sobretudo a região do estado do Rio Grande do Norte, onde os índices de trabalhadores com frequente exposição solar são maiores, as taxas de câncer de boca devem ser mais bem estudadas⁹.

Tendo em vista a alta prevalência de câncer de boca no Brasil, o impacto dessa neoplasia no Sistema Único de Saúde e a importância da temática nos campos sociais e científicos, o objetivo deste estudo foi descrever o panorama atual do câncer de boca na região Nordeste, com ênfase na taxa de mortalidade entre homens e mulheres, no período de 2015 a 2020.

Método

Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo, de abordagem quantitativa, que analisou dados secundários referentes ao período entre os anos de 2015 e 2020. No estudo retrospectivo o pesquisador colhe as informações pregressas dos fatores e exposições, e acompanha-os por um período. Este tipo de estudo garante que as medidas dos fatores causais não foram influenciadas pelo conhecimento que os indivíduos obtiveram sobre a patologia pesquisada, e minimiza o potencial de viés ou de tendência, já que todos os indivíduos pesquisados vêm da mesma população¹⁰.

A abordagem quantitativa é definida como objetiva, e busca descrever significados que são considerados como inerentes aos objetos e atos. Tem uma abordagem focalizada, pontual e estruturada, utilizando dados quantitativos¹⁰.

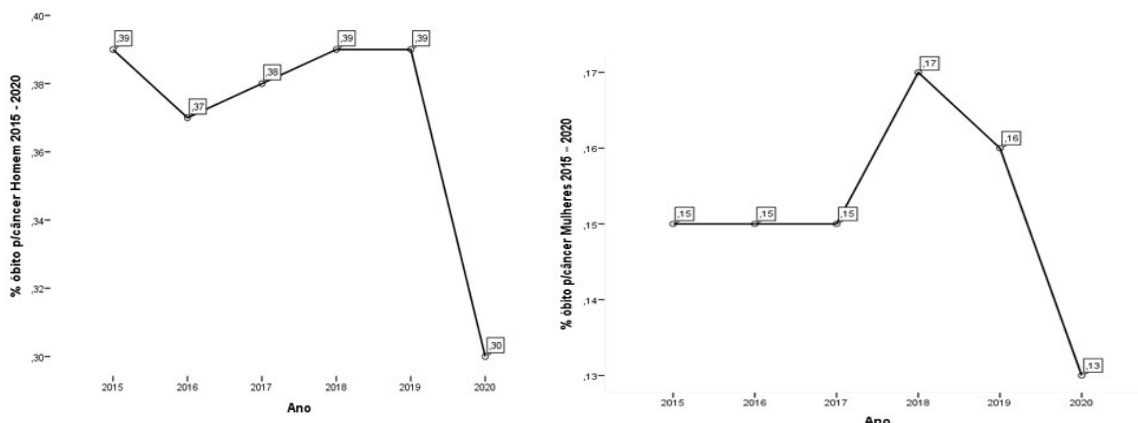
Foram incluídos dados como: sexo, referentes a todos os pacientes, identificados de acordo com o CID-10 (C 00ao C06), no período de 2015 a 2020, no site do DATA SUS.

Todos os dados foram coletados e estão disponíveis no Website: <https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/pages/Modelo03/consultar.xhtml>; ao entrar no site do DATASUS¹¹ na área do TABNET, existirá uma aba “Estatísticas Vitais” onde terá Câncer (sítio do Inca) de onde foram coletados os dados para o estudo. Segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) foram utilizados na pesquisa todos os motivos odontológicos (C00 ao C06). A coleta de dados ocorreu no mês de setembro de 2022. Para essa coleta a variável incluída foi: sexo (feminino, masculino).

Resultados

A análise e interpretação dos dados obtidos com esse estudo demonstrou que o total de óbitos em homens é mais prevalente do que em mulheres no Brasil. Apesar do números de óbitos de homens ser maior do que em mulheres, as duas variantes sofreram quedas, em homens uma queda de 0,09 e em mulheres uma queda de 0,03, entre os anos de 2019 e 2020 no Brasil (Figuras I e II).

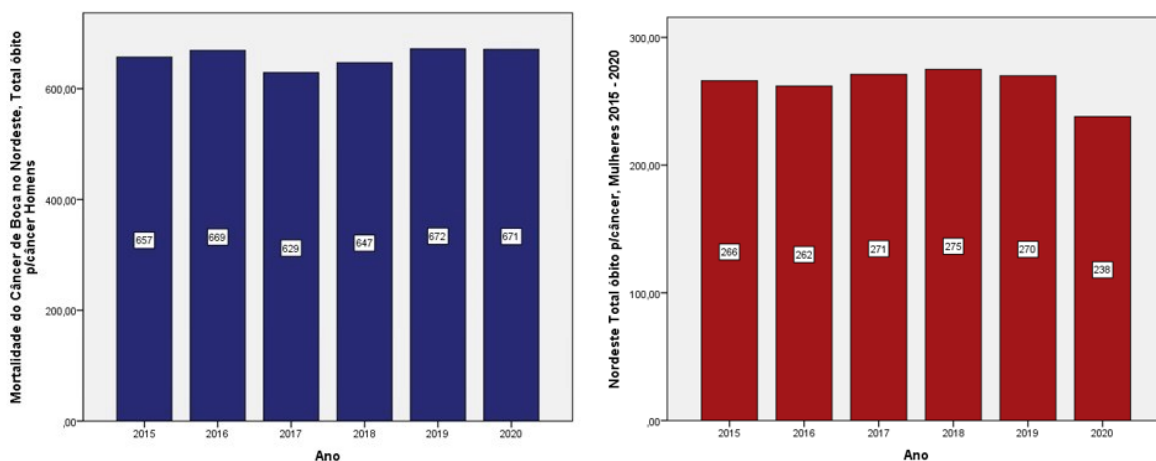
Figuras 1 e 2- Percentual de óbitos por câncer de boca no Brasil, entre homens e mulheres, nos anos de 2015 a 2020.



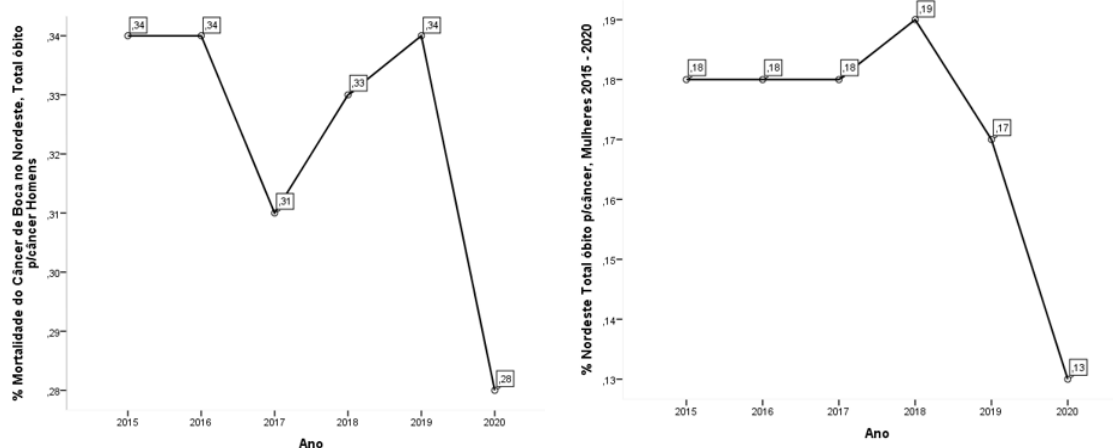
Se tratando do Nordeste, percebe-se que a quantidade de óbitos totais é mais prevalente em homens do que em mulheres, tendo uma diferença significativa de 58.505 mil só no ano de 2020.

Verifica-se que as taxas de mortalidade por câncer de boca são maiores em homens do que em mulheres, tendo uma diferença de 433 no ano de 2020, no Nordeste (Figuras 3 e 4).

Figuras 3 e 4- Óbitos por câncer de boca no Nordeste, entre homens e mulheres, entre os anos de 2015 a 2020.



Destaca-se que há uma queda de 0,06 entre os anos de 2019 e 2020 nas taxas de óbitos por câncer de boca em homens e uma queda também nos óbitos entre as mulheres de 0,04, entretanto a quantidade de óbitos em homens é maior do que em mulheres (Figuras 5 e 6).



Discussão

No presente estudo, observou-se que a mortalidade por câncer bucal diminuiu entre os anos de 2019 e 2020 em ambos os sexos, ainda que o sexo masculino tenha maiores taxas para o câncer bucal em comparação com o sexo feminino, o que pode estar relacionado ao estilo de vida, visto que os homens têm mais hábitos de elitismo, tabagistas e vão menos ao dentista. Entretanto, o

Carcinoma Espinocelular de Boca (CEC) vem crescendo entre as mulheres, pois elas estão cada vez mais tendo hábitos de etilismo e tabagismo¹².

Muito embora se perceba também que a população total tenha aumentado e o número de casos de câncer oral diminuiu de forma significativa, o que nos leva a supor que o decréscimo é devido ao fato de que nos anos de 2019 a 2022 o mundo tenha vivido a pandemia, e conseqüentemente sofreu algumas alterações em coletas de dados, já que não foi possível realizá-la ainda que muito tenha se tentado, houve um apagão dos dados o qual podemos verificar em alguns noticiários. Os ataques foram sofridos em janeiro e fevereiro e novamente em outubro de 2021 sendo o último de um total de sete ataques desde o início da pandemia¹³.

A pandemia do Coronavírus (COVI-19) impediu que os casos de câncer oral fossem descobertos logo no início, ou que fosse dado início aos tratamentos, visto que os atendimentos odontológicos estão sendo feitos apenas para urgência e emergência, os hospitais com suas altas demandas estão dando prioridade aos casos de COVID-19. Diversas áreas da sociedade foram forçadas a parar a sua atividade isso trouxe e ainda vai trazer muitos impactos no sistema de saúde, visto que pacientes que não foram diagnosticados no início na doença, provavelmente não terão um bom prognóstico¹⁴.

Autores corroboram com a ideia de que cada vez mais o fácil acesso, aos fatores de risco do câncer de boca como o consumo de álcool e tabaco, trouxe como ônus o aumento significativo entre mulheres, ainda que os números tragam homens como maioria nos casos de mortalidade¹².

A suspeita mais elevada para explicar a discrepância entre homens e mulheres é a exposição a esses fatores. Como a utilização de tabaco no Brasil é maior em homens do que em mulheres¹⁵.

A exposição a fatores protetores também pode ser considerada, visto que homens procuram com menos frequência os serviços de saúde. A consulta periódica tem se mostrado um fator importante para diagnosticar oportunamente lesões pré-cancerosas e, assim sendo, evitar o óbito pela doença [16]. Sabe-se que o Nordeste brasileiro possui como atividade principal a agricultura e a pecuária, questões culturais, comportamentais, sociais e econômicas estão diretamente relacionadas à adoção de comportamentos de risco que influenciam o câncer de boca¹⁷.

Podemos levar em consideração que pouco ou quase nada se reproduz sobre hábitos de proteção solar para lábios principalmente para aqueles que possuem uma exposição contínua sob o sol. Ainda que seja comum o uso de adereços com a finalidade de barreiras solar, é incomum ter em pauta a proteção dos lábios¹⁷.

Segundo Cartaxo *et al.*⁹, trabalhadores rurais no Nordeste tem pouco ou nenhum conhecimento sobre o câncer de boca, quais são os seus fatores de risco, como prevenir, não sabem identificar a neoplasia logo no seu início e vão pouco ao consultório odontológico, assim dificultando um bom prognóstico da doença, visto que, são uma população de risco para a doença.

Ressalta-se ainda que outros fatores geram um maior risco para câncer bucal como uso de tabaco, ingestão de álcool entre outros fatores como infecção por HPV e dieta pouco saudável¹⁷.

Tabagistas podem desenvolver as úlceras bucais, ainda que transitórias, permitem o contato mais direto das substâncias cancerígenas do tabaco,

favorecendo agressões mais profundas e extensas sobre toda a mucosa. Por isso existe então um maior risco de câncer da boca entre tabagistas que usam próteses mal ajustadas ou que apresentem outras condições que os levam a ter úlceras na mucosa bucal⁵.

Estudos apontam que o consumo de bebidas alcoólicas aumenta cerca de 9 vezes o risco de câncer da boca, quando ele é associado ao tabagismo esse risco torna-se 35 vezes maior. Desta forma, pelo consumo excessivo de álcool são atribuídas 2 a 4% das mortes por câncer e, mais especificamente, de 50 a 70% de todas as mortes por câncer de língua, cavidade oral, faringe e esôfago¹⁸⁻²⁰.

Por conta desse fato e corroborando com Perea *et al.*²¹, seu estudo demonstrou que, a mortalidade em homens no Sudeste do Brasil é cinco vezes maior do que no sexo feminino, comparando com o estudo deste trabalho que a mortalidade de homens também é maior do que em mulheres, na região Nordeste.

O estudo de Perez *et al.*²², mostrou que há uma predominância de câncer de boca no gênero masculino, tendo uma proporção de 5:1, indo assim de encontro com os resultados do presente estudo tendo uma proporção de 3:1.

Cunha *et al.*²³ identificou que houve um crescimento nos números de mortalidade por câncer de boca, no período de 2010 a 2019, no Distrito Federal, tendo a mortalidade mais alta no gênero masculino do que no feminino. Tendo diferença com o presente estudo, já que as taxas de óbitos por câncer de boca vêm diminuindo no Nordeste. Populações em alto risco devem ser alvos de programas educacionais e de rastreamento. Sendo assim, o estabelecimento destes programas e medidas podem fazer toda diferença na vida dos pacientes com câncer oral e diminuir os riscos de desenvolvimento de tumores secundários²⁴.

Mendes²⁵ aponta que uma rede de atenção à saúde organizada, com fluxos bem definidos e ações bem articulados, pode contribuir para o direcionamento correto do indivíduo ao serviço que realmente necessita, além de reduzir o tempo de espera em todas as etapas do seu percurso terapêutico, levando a um bom prognóstico da doença.

Considerações Finais

O estudo verificou que o câncer de boca é mais incidente em homens do que em mulheres, tanto no Brasil (com diferença entre homens e mulheres de 11.363 casos), como no Nordeste (com diferença de 2.363 casos). As taxas de mortalidade vêm diminuindo no gênero masculino e feminino, no Brasil e no Nordeste (principalmente entre os anos de 2019 e 2020).

Fazem-se necessárias mais pesquisas sobre o tema, tendo em vista que o câncer de boca é um dos tipos tumores que mais leva ao óbito no Brasil e no mundo. Novos estudos devem ser realizados, principalmente após divulgação dos dados de 2021 e 2022, para saber quais são os novos parâmetros da doença no Brasil como um todo e em suas regiões.

Agradecimentos

Esse estudo foi financiado pelos próprios autores.

Referências

1. Oliveira SS, Santos BSS, Almeida IFB, Boas AMV, Almeida SB. Panorama atual da prevalência do câncer de boca no Estado da Bahia: de 2015 a 2020. *Diálogos & Ciência*, v. 2, n. 2, p. 220-229, 2022. doi: <https://doi.org/10.7447/1678-0493.2022v2n2p220-229>
2. Safdari Y, Khalili M, Farajnia S, Asgharzadeh M, Yazdani Y, Sadegh M. Recent advances in head and neck squamous cell carcinoma – a review. *Clinical biochemistry*, v. 47, n. 13-14, p. 1195-1202, 2014. doi: 10.1016/j.clinbiochem.2014.05.066. Epub 2014 junho 6.
3. Melo ACU. et al. Informação e comportamento de cirurgiões-dentistas do Programa Saúde da Família de Aracaju a respeito de câncer bucal. *Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço. Aracajú, SE*, v. 37, n. 2, p. 114-119, abr./mai./jun. 2008. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-489638>
4. Pett, S, Scully C. Determinants of oral cancer at the national level: just a question of smoking and alcohol drinking prevalence?. *Odontology*, v. 98, n. 2, p. 144-152, 2010.
5. 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, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf> . Acesso em 07/11/2022.
6. AMARAL RC, Andrade RAR, Couto GR, Herrera-Serna BY, Silva ER, Cardoso MCAC. Tendências de Mortalidade por Câncer Bucal no Brasil por Regiões e Principais Fatores de Risco. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 68, n. 2, 2022. Doi: 10.1590/0102-311X00139615.
7. Volkweis MR, Blois MC, Zanin R, Zamboni R. Perfil epidemiológico dos pacientes com câncer bucal em um CEO. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial*, v. 14, n. 2, p. 63-70, 2014. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-52102014000200011. Acesso em 07/11/2022.
8. Barradas ASM, Soares TO, Marinho AB, Santos RGS, Silva LIA. Os riscos do uso do cigarro eletrônico entre os jovens. *Global Clinical Research Journal*, v. 1, n. 1, p. e8-e8, 2021. <https://doi.org/10.5935/2763-8847.20210008>
9. Cartaxo AC, Silva DNA, Costa KCAD, Souza GCA, Martins ARLA. Conhecimento de trabalhadores rurais de um município do nordeste brasileiro acerca da prevenção e diagnóstico precoce do câncer de boca. *Revista Ciência Plural*. 2017;3 (1):51-62. DOI: <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2017v3n1ID11696>
10. Romanowski FNA, Castro MB, Neris NW. Manual de tipos de Estudo. Anápolis, 2019.
11. Datasus. <https://datasus.saude.gov.br/>
12. Bradley PJ, Raghavan U. Cancers presenting in the head and neck during pregnancy. *Current opinion in otolaryngology & head and neck surgery*, v. 12, n. 2, p. 76-81, 2004. DOI: [10.1097/00020840-200404000-00004](https://doi.org/10.1097/00020840-200404000-00004)
13. Mali T. Apagão de dados: governo cortou gastos do Datasus pela metade... www.poder360.com.br. 2022. Disponível em: <https://www.poder360.com.br/coronavirus/apagao-de-dados-governo-cortou-gasto-do-datasus-pela-metade/> . Acesso em 07/11/2022
14. Neto IJC, Araujo GTT, Santos PSS. The Interference of COVID-19 in the Oral Cancer Diagnosis and Antineoplastic Treatment. *Int. J. Odontostomat*, v. 15, n. 1, p. 4-5, 2021.

Almeida IFB, Teles ARCQ, Batista LL, Oliveira MC

15. INCA. Instituto Nacional de Câncer. Câncer de boca. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/boca> . Acesso em 18/09/2022

16. Miranda CDC, Peres MA. Determinantes da utilização de serviços odontológicos entre adultos: um estudo de base populacional em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 29, p. 2319-2332, 2013. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00139912>.

17. Freire JCP, Oliveira CR, Câmara AO, Valença AMG, Santiago BM. Incidência de neoplasias malignas orais nas regiões brasileiras e capitais do Nordeste. *Archives of health investigation*, v. 6, n. 11, 2017. DOI: <https://doi.org/10.21270/archi.v6i11.2274>.

18. Marques LAR, Lotif MAL, Rodrigues Neto EM, Nunes Neto, AP, Melo, CCSA, Lobo PLD. Abuso de drogas e suas consequências na saúde oral: uma revisão de literatura. *Arquivo Brasileiro de Odontologia*, v. 11, n. 1, p. 26-31, 2015. <https://www.metodista.br/revistas/revistas-unimep>

19. Sardella AS; Polignano GAC. Incidência do carcinoma de células escamosas da cavidade oral em jovens. *Cadernos de Odontologia do UNIFESO*, v. 1, n. 2, 2020.

20. Torres SVS, Sbegue, A, Costa SCB. A importância do diagnóstico precoce de câncer bucal em idosos. *Rev Soc Bras Clin Med*, v. 14, n. 1, p. 57-62, 2016.

21. Perea LME, Antunes JLF, Peres MA. Mortalidade por câncer de boca e orofaringe: efeito idade-período-coorte, Brasil, 1983-2017. *Revista de Saúde Pública*, v. 55, 2021. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003093>

22. Perez RS, Freitas SM, Dedivitis RA, Rapoport A, Denardin OVP, Andrade Sobrinho J. Estudo epidemiológico do carcinoma espinocelular da boca e orofaringe. *Arq Int Otorrinolaringol*, v. 11, n. 3, p. 271-7, 2007.

23. Cunha TF, Ramos JLN, Carvalho DSB, Machado AC, Rego ERM, Sena ACM, Figueiredo G. Mortalidade por câncer de boca no Distrito Federal de 2010 a 2019. *Práticas e Cuidado: Revista de Saúde Coletiva, Salvador*, v.1, n.e12712, p.1-17, 2021. <https://revistas.uneb.br/index.php/saudecoletiva/article/view/12712>

24. Alvarenga LM, Ruiz MT, Paverino-Bertelli EC, Ruback MJC, Maniglia JC, Goloni-Bertollo M. Avaliação epidemiológica de pacientes com câncer de cabeça e pescoço em um hospital universitário do noroeste do estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, v. 74, p. 68-73, 2008. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-479830>

25. Mendes, EV. As redes de atenção à saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: 2011. 549 p.: il

Autor de correspondência

Igor Ferreira Borba de Almeida
Núcleo de Câncer Oral
Av. Transnordestina, s/n. CEP: 44036-900- Novo
Horizonte. Feira de Santana, Bahia, Brasil.
borbadealmeidaigor@gmail.com.

Preferências e expectativas de pacientes de ensaio clínico sobre exames em domicílio e testes remotos

Preferences and expectations of patients in clinical trial about laboratory exams at home and remote tests

Preferencias y expectativas de los pacientes en ensayo clínico sobre exámenes domiciliarios y pruebas remotas

Viviane Barrère Martin Taffner¹, Nancy Itomi Yamauchi², Kelly Cristina Rodrigues³, Andreia Lemos Gil⁴

Como citar: Taffner VBM Yamauchi NI, Rodrigues KC, Gil AL. Preferências e expectativas de pacientes de ensaio clínico sobre exames em domicílio e testes remotos. 2023; 12(2): 399-408. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v12.n2.p399a408>

REVISA

1. Patient Centricity Consulting. São Paulo, São Paulo, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-6999-6158>

2. Patient Centricity Consulting. São Paulo, São Paulo, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-8141-9641>

3. Patient Centricity Consulting. São Paulo, São Paulo, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-7855-3367>

4. Indústria farmacêutica Servier Brasil. São Paulo, São Paulo, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-5918-114X>

Recebido: 17/01/2023
Aprovado: 13/03/2023

RESUMO

Objetivo: Conhecer a aceitação de pacientes de ensaio clínico quanto a coleta de exames domiciliares, testes remotos e teleconsultas, compreendendo as suas preferências e expectativas. **Método:** Estudo qualitativo, exploratório, descritivo, com entrevistas em profundidade envolvendo profissionais de saúde (especialistas) e pacientes, com e sem experiência em ensaios clínicos, com posterior validação dos constructos por meio de workshop participativo. **Resultados:** Para os pacientes de ensaio clínico, a aceitação mostrou-se relativa. Diversos fatores influenciam suas preferências e expectativas, sendo as principais: a) O grau de confiabilidade nos processos e a acurácia dos resultados de exames domiciliares. b) Os testes remotos, apesar de bem aceitos, dependem da capacidade de entendimento no correto manuseio da tecnologia requerida. c) A teleconsulta, já bem utilizada e aceita, não substitui totalmente o encontro presencial com o médico em fases críticas. A preferência é pelo uso equilibrado do “presencial x remoto”. **Conclusão:** A aceitação é influenciada por diversas variáveis. Devem ser definidas estratégias adequadas para cada caso, para garantir resultados seguros e confiáveis, com equilíbrio entre o presencial e remoto, através da participação ativa dos pacientes nas tomadas de decisão.

Descritores: Pacientes; Ensaio clínico; Domicílio; Coleta de amostras; Telemedicina.

ABSTRACT

Objective: To understand the acceptance of clinical trial patients regarding in-house exams, remote tests and teleconsultations, revealing their preferences and expectations **Method:** Qualitative, exploratory-descriptive study, with in-depth interviews involving health professionals (specialists) and patients, with and without experience in clinical trials, with subsequent validation of the constructs through a participatory workshop. **Results:** For clinical trial patients, acceptance was relative. Several factors influence their preferences and expectations, the main ones being: a) The degree of reliability in the processes and the accuracy of the results of home exams. b) Remote tests, although well accepted, depend on the ability of the patient to understand the correct handling of the required technology. c) Teleconsultation, already well used and accepted, does not completely replace the face-to-face meeting with the doctor in critical phases. The preference is for the balanced use of “in person versus remote”. **Conclusion:** Acceptance is influenced by several variables. Adequate strategies must be defined for each case, to ensure safe and reliable results, with a balance between face-to-face and remote, through the active participation of patients in decision-making.

Descriptors: Patients; Clinical Trial; Residence; Specimen Handling; Telemedicine.

RESUMEN

Objetivo: Conocer la aceptación de los pacientes de ensayos clínicos en cuanto a la recogida de exámenes domiciliarios, pruebas a distancia y teleconsultas, entendiendo sus preferencias y expectativas. **Método:** Estudio cualitativo, exploratorio-descriptivo, con entrevistas en profundidad involucrando a profesionales de la salud (especialistas) y pacientes, con y sin experiencia en ensayos clínicos, con posterior validación de los constructos a través de un taller participativo. **Resultados:** Para pacientes de ensayos clínicos, la aceptación fue relativa. Varios factores influyen en sus preferencias y expectativas, siendo los principales: a) El grado de confiabilidad en los procesos y la precisión de los resultados de los exámenes domiciliarios. b) Las pruebas a distancia, aunque bien aceptadas, dependen de la capacidad de comprender el manejo correcto de la tecnología requerida. c) La teleconsulta, ya muy utilizada y aceptada, no sustituye por completo al encuentro presencial con el médico en fases críticas. La preferencia es por el uso equilibrado de “en persona versus remoto”. **Conclusión:** La aceptación está influenciada por varias variables. Se deben definir estrategias adecuadas para cada caso, para garantizar resultados seguros y confiables, con equilibrio entre presencial y remoto, a través de la participación activa de los pacientes en la toma de decisiones.

Descritores: Pacientes; Ensaio Clínico; Residencia; Manejo de Especímenes; Telemedicina.

ORIGINAL

Introdução

Cada vez mais os profissionais da área da saúde devem considerar a voz do paciente a fim de oportunizar ações que realmente agreguem valor aos seus desfechos de saúde e a sua experiência.

Vivemos a era da experiência, estando o paciente no centro do cuidado tendo mais voz do que no passado, fenômeno decorrente das mudanças na tecnologia e mídias sociais.¹

Tratando-se de pacientes de pesquisa clínica, ouvi-los é uma questão ainda mais relevante, por suas condições de saúde serem, muitas vezes, ameaçadoras da vida e terem a participação em um ensaio clínico uma alternativa final.

Corroborando com essa afirmação, uma publicação revelou que a maioria dos pacientes que concordaram participar de um ensaio clínico foram motivados pelo “tratamento médico” oferecido, sendo o perfil e o conteúdo dos seus discursos, indicadores de vulnerabilidade e desigualdade social.² Torna-se, desse modo, fundamental conhecer as suas preferências e expectativas decorrentes de sua experiência nesta situação.

Esta preocupação não acontece somente no cenário brasileiro, mas no âmbito internacional, o que impulsionou a realização de um estudo tendo como interlocutores os pacientes de ensaios clínicos da Espanha e do Brasil, com enfoque na realização de exames remotos, domiciliares e teleconsulta. Os resultados desta pesquisa mostraram que os estes exames são bem aceitos pelos pacientes, porém não são prioritários e determinantes para a sua participação como é a busca por medicamentos para melhorar a sua saúde ou por um melhor tratamento para a doença.³ Cabe a esta presente publicação divulgar de maneira mais aprofundada os achados brasileiros diante da importância dos dados emergidos para o contexto da pesquisa clínica.

Na atualidade, há uma tendência crescente nos serviços remotos e domiciliares e teleconsulta. Esta expansão foi acelerada e influenciada pela pandemia de COVID-19, a qual determinou a rápida reorganização dos sistemas de saúde, incluindo a atenção domiciliar⁴, a qual possibilita, inegavelmente, o protagonismo do paciente quanto ao seu autocuidado e a comodidade de prestação/realização de um serviço em sua residência.

Foram considerados pelas pesquisadoras testes remotos como todos os exames em que o próprio paciente realiza a coleta de material biológico em sua casa (coleta de urina, fezes, saliva entre outros), o uso de aplicativos de monitoramento clínico e a aferição de sinais vitais à distância. Já os exames domiciliares, como aqueles em que um profissional de saúde vai até o paciente para realizar a coleta do material biológico ou a medição de sinais vitais e outras medidas.

E por fim, a teleconsulta, é revelada na literatura como uma inovadora ferramenta de mediação na comunicação entre médico-paciente distantes geograficamente, a qual possui inúmeros benefícios e necessidades peculiares de planejamento e indicação clínica.⁵

Sabe-se que realizar o monitoramento remoto é uma tecnologia inovadora tendo como benefícios: auxiliar as pessoas com doenças crônicas a se sentirem mais empoderadas e gerenciar melhor sua condição de saúde e adesão ao

tratamento⁶, além de serem rápidos, econômicos e permitirem uma atitude por parte do paciente frente ao resultado que apresentam por serem uma triagem precoce.⁷

Portanto, compreender as perspectivas de pacientes de ensaios clínicos, sobre exames domiciliares, testes remotos e teleconsulta, poderá agregar informações qualitativas valiosas quanto às preferências destes atores e sua tomada de decisão, assim como, ajudará a projetar melhores soluções do ponto de vista clínico e social, agregando valor aos cuidados vivenciados por eles, uma vez que ainda há escassas evidências na literatura sobre o objeto deste estudo.

Este presente estudo adotou o pressuposto de que pacientes podem preferir a realização de coleta de amostras biológicas no hospital/laboratório ao invés de realizar no domicílio. Com isso, a questão norteadora a ser desvelada foi: "Quais as preferências e expectativas dos pacientes quanto à coleta de exames laboratoriais e testes remotos, no domicílio, no âmbito do ensaio clínico?"

Nesse sentido, esta pesquisa teve como objetivo: conhecer a aceitação de pacientes de ensaio clínico quanto a coleta de exames domiciliares, testes remotos e teleconsultas, compreendendo as suas preferências e expectativas.

Método

Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório e descritivo realizado em duas etapas, sendo a primeira por meio de entrevistas individuais em profundidade com profissionais da saúde (especialistas) e pacientes e a segunda através de um workshop para a validação dos achados da primeira etapa.

Optou-se por agregar a participação também de especialistas por serem profissionais que diretamente estão envolvidos na experiência do paciente e cuja perspectiva contribuiria na compreensão das preferências e expectativas do paciente.

A coleta de dados se deu entre os meses de setembro a novembro de 2021, iniciada pelos especialistas, uma vez que os achados foram utilizados com o objetivo de validar o roteiro norteador aplicado aos pacientes. Tanto o roteiro dos especialistas quanto o dos pacientes foram semi-estruturados com questões norteadoras abertas.

A captação dos participantes se deu por intermédio de um Centro Coordenador de Pesquisa – SMO (*Site Management Organization*).

A opinião de pacientes crônicos, pela alta utilização de serviços e exames ao longo das suas jornadas de tratamento e seguimento, mesmo que não estejam inseridos em um ensaio clínico, também podem ser úteis neste cenário, na medida em que permitem comparações entre as perspectivas e contextos destes pacientes.

Diante disso, estabeleceu-se como critérios de inclusão: pacientes crônicos (seis pacientes oncológicos, seis portadores de doenças raras e seis pacientes com doenças inflamatórias); preferencialmente com experiência em exames domiciliares, testes remotos e participantes de ensaios clínicos; independente do sistema público ou privado de saúde e com autonomia própria. E como critérios de exclusão: pacientes com dificuldades cognitivas e menores de 18 anos.

Todas as entrevistas foram realizadas por videoconferência na plataforma *Google Meet*[®] ou *Zoom*[®], gravadas sob consentimento dos entrevistados e duraram em média de 45 a 50 minutos.

Uma vez transcritas, as 22 entrevistas (quatro com especialistas e 18 com pacientes) foram submetidas à análise temática de conteúdo⁸: realizando-se a etapa de pré-análise (leitura flutuante), exploração do material (identificação de categorias) e tratamento dos resultados obtidos/interpretação.

O workshop de validação ocorrido através da plataforma *Zoom*[®], teve 15 participantes (seis profissionais de saúde, seis pacientes e três familiares), através de salas virtuais de discussão coordenadas pelas pesquisadoras, foi possível produzir um diálogo entre os participantes e obter dessa forma a validação planejada.

O estudo respeitou todas as recomendações de ética em pesquisa envolvendo seres humanos, e teve início somente após a aprovação do Comitê de Ética da Universidade de Passo Fundo com o parecer número: 5.056.469 e o CAAE 49172921.9.0000.534, conforme as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Por tratar-se de uma pesquisa envolvendo pacientes de ensaio clínico, as pesquisadoras realizaram, remotamente, um treinamento sobre farmacovigilância e posteriormente, um teste de validação de conteúdo. Não houve a necessidade de notificação de casos, pois nenhum paciente verbalizou qualquer tipo de evento adverso quanto ao uso de medicamentos.

Resultados

Dos quatro profissionais, três eram especializados em ensaio clínico (um médico, uma enfermeira e uma biomédica) e uma especializada em coleta domiciliar (biomédica).

Dos 18 pacientes, com idade entre 31 a 72 anos, sendo três do gênero masculino e 15 do feminino, seis eram portadores de doenças raras (dois com doença de Sjogren, três com doença de Fabry e um com Esclerodermia Difusa), seis de doenças inflamatórias (quatro com Lupus Eritematoso Sistêmico e dois com Doença de Crohn) e seis de doenças oncológicas (em diversos órgãos). A maioria eram atendidos pelo sistema privado de saúde e os de ensaio clínico eram patrocinados pelos centros de pesquisa.

Dos pacientes, 12 tinham experiência com testes remotos (coletas de urina tipo I e de 24h), dois com monitoramento clínico através do uso de aplicativos via *smartphone* e um com monitoramento via telefone. Dois pacientes possuíam experiência com coleta de amostras de sangue em domicílio. Seis pacientes referiram experiência com consulta médica remota. Cinco pacientes possuíam experiência em ensaio clínico (três em Oncologia e duas em Doença de Crohn).

A seguir descrevem-se as três categorias temáticas emergidas e com seus respectivos conteúdos já validados no *workshop*.

Fatores Socioculturais e de Acesso

Os pacientes, sem experiência em ensaio clínico, que aceitam a realização de exames domiciliares, referem que o atendimento é personalizado, privativo, mais cômodo e menos estressante por estarem no seu próprio ambiente.

O fator mais enfatizado, independente de ser ou não de ensaio clínico, foi a não necessidade de deslocamento e conseqüentemente, o enfrentamento de trânsito e custos com transporte/ estacionamento.

"[...] é mais tranquilo. Você está em casa, você não tem que se deslocar... pegar trânsito, pagar estacionamento. Então, por questão da minha comodidade mesmo, é mais tranquilo você ter este serviço em casa. Eu tenho este direito pelo meu convênio." (Paciente do contexto geral com doença rara)

Pacientes do contexto geral, também relatam que este tipo de serviço é restrito a alguns convênios. Foi citado que se existe essa disponibilidade no serviço público eles desconhecem.

No caso dos pacientes de ensaios clínicos, as entrevistas revelaram que os exames domiciliares parecem ser secundários à prioridade em garantir seu acesso e participação no grupo de estudo. Então, se esta modalidade for oferecida será aceita por muitos pacientes participantes de ensaios clínicos. Caso não oferecida, eles continuarão se deslocando até os centros de pesquisa para assegurar o seu tratamento.

Estes pacientes, também sinalizaram que o acesso aos exames domiciliares e testes remotos podem ser diretamente influenciados pelo médico investigador, que oferece ou não esta possibilidade ao paciente, de acordo com a verificação do seu grau de confiança sobre a acurácia das medidas remotas e resultados laboratoriais de exames colhidos no domicílio (possibilidade de falhas na coleta ou transporte da amostra), que obterá para tomar decisões clínicas.

Alguns pacientes de ensaio clínico informaram que se sentem inseguros quanto à confiabilidade dos resultados dos exames coletados em casa.

"[...] comigo mesmo já aconteceu um erro de laboratório, quando eu estava na fase de diagnóstico do Câncer. [...] Então, como aconteceu esse erro comigo, pode acontecer com várias pessoas e por ser um centro de pesquisa eu acho que eles têm medo que aconteçam estes erros [seja no método tradicional ou em domicílio]. Então, a coisa é bem mais cuidadosa na pesquisa clínica. Por isso que eu nunca quero sair da pesquisa clínica." (Paciente de ensaio clínico com doença oncológica)

Quanto aos testes remotos, como a aferição de sinais vitais, os pacientes do contexto geral verbalizaram medo de realizá-los de maneira inadequada.

Fatores Emocionais e Simbólicos

Pacientes de ensaio clínico que utilizavam aplicativos em aparelhos celulares para monitoramento clínico remoto, e outros pacientes do contexto geral, se veem como pessoas modernas e independentes.

"[...] quando eu fui aprender, eles até pediram se eu tinha alguém da família para ouvir a explicação também... Eu disse: não precisa, eu me viro bem. tranquilo, eu faço sozinha. [...] a gente acaba usando mais hoje a tecnologia. Foi fácil para mim..." (Paciente de ensaio clínico com doença inflamatória)

Quanto aos exames domiciliares, alguns pacientes do contexto geral, relataram que ao serem atendidos em sua casa se sentem especiais e privilegiados, chegando a citar que ser atendido no domicílio é um "luxo".

No contexto geral e também no de ensaio clínico, os pacientes entrevistados consideraram que exames domiciliares são muito importantes, mas para pessoas idosas, debilitadas, acamadas ou com dificuldade de locomoção.

"[...] colher exame em casa é para quando eu tiver que cuidar da minha velhice... Mas eu nova hoje, que eu posso fazer, caminhar, ver gente, tenho minha mobilidade, vou aqui, vou ali, é diferente. Eu prefiro ir até o Centro presencialmente." (Paciente de ensaio clínico com doença inflamatória)

"Eu acho que um exame domiciliar, no meu ponto de vista, só se eu estivesse com muita dor de uma maneira que eu não conseguisse caminhar, me locomover, uma imobilidade qualquer (Paciente do contexto geral com doença rara)

Para os entrevistados, a teleconsulta já se encontra bem aceita em nosso meio, de forma geral, impulsionada pela pandemia, chegando a ser algo "normal" e corriqueiro em nossas vidas. Entretanto, relataram que a teleconsulta não deve substituir totalmente o encontro presencial, pois gostam do contato humano e afetivo, do "face-a-face" com os profissionais de saúde, aspecto bem valorizado pelos pacientes. Acreditam que presencialmente os exames e consultas serão mais completos e confiáveis, pois encontram os profissionais mais especializados.

"[...] ele não vai conseguir te ver [completamente] e nem consegui te examinar. Vai do grau que você está doente, se você está muito doente, eu acho que você precisa de uma consulta física, mas você não está muito "atacado", você pode fazer uma online sem problema." (Paciente do contexto geral com doença inflamatória)

Quanto aos testes remotos, há relatos de sentimento de insegurança e cansaço por parte de alguns pacientes, pela maior responsabilidade pela medição dos resultados. Alguns relatam que poderiam se sentir estressados em ser monitorados continuamente.

Fatores ligados a logística e tecnologia

Para ambos grupos de pacientes, a coleta domiciliar, os testes remotos e a teleconsulta foram consideradas alternativas positivas ao evitar que circulem em locais públicos, diminuindo o risco de contágio durante a pandemia por SARS CoV-2.

Os pacientes também citaram que são muito cômodos, práticos e econômicos, pois não necessitam de deslocamento, além de possibilitar acesso a exames que de outra forma não estariam disponibilizados em sua região.

Pacientes que utilizam aplicativos para monitoramento remoto relataram que estes possibilitam que continuem trabalhando e/ou estudando enquanto participam do ensaio clínico.

Kits para coletas de amostras remotas também são citados como avanços em logística e segurança que favorecem alguns pacientes, principalmente os que residem distante dos grandes centros.

Foi relatado também que, geralmente, pacientes idosos têm dificuldade no monitoramento remoto por aplicativo e nem sempre as famílias têm condições para auxiliá-los de forma contínua. Os entrevistados também relatam a importância de uma capacitação para o paciente no que tange ao manuseio de equipamento e tecnologia.

“Acho que tem dar um treinamento, uma orientação para pessoa, para o paciente que for usar, no caso... porque tem que ter um cuidado também com o material... é tirar uma pressão, tem que tirar febre, a temperatura... esse oxímetro do dedo... então, acho que um bom treinamento facilitaria um monte também, porque essa pessoa estaria na sua residência... Só que eu não sei como é a disponibilidade da pessoa para isso aí...ou ajudar o paciente a fazer, porque tem pessoas e pessoas, né? Tem a idade, se tem condições de fazer ou não tem.... E esse é um dos problemas, eu acho.” (Paciente do contexto geral com doença oncológica)

Discussão

Um ensaio clínico por possibilitar a identificação de novas respostas terapêuticas às doenças e com isso descobrir ou confirmar o uso e as repercussões de um fármaco de forma a determinar sua eficácia e segurança, a fim de posteriormente serem comercializados ou não, necessita de um rigor e sistematização em sua execução, sendo necessário se seguir estritamente as diretrizes de um método científico⁹. Pelas razões descritas, a confiabilidade para os resultados dos exames coletados torna-se imprescindível, sendo necessário, dessa forma, profissionais capacitados, fato sinalizado pelos participantes ao serem abordados sobre coleta de amostras em domicílio ou realização de testes remotos.

Um estudo alemão demonstrou que quando dada a escolha para a coleta de fezes em domicílio, a maioria dos participantes fez essa opção quando comparado ao centro de estudo. Foi concluído que a coleta domiciliar é um método viável para estudos que não requerem fezes recém-colhidas¹⁰ demonstrando dessa maneira que muitos exames necessitam de um rigor para terem os seus resultados considerados válidos.

Outra pesquisa, realizada em uma comunidade de baixa renda nos EUA, quanto a coleta de sangue por punção digital em domicílio, demonstrou que os participantes se sentiram à vontade com esse procedimento em sua casa, porém foi citado que o treinamento dos pesquisadores, a organização dos suprimentos e a comunicação com os participantes foram fatores fundamentais para a aceitação deles.¹¹

Outro aspecto revelado neste estudo corroborou com uma revisão de literatura brasileira. Esta referiu que pessoas idosas se percebem incapazes frente ao uso de diferentes tecnologias devido ao estereótipo de que ser idoso está relacionado à improdutividade. Mesmo com toda a diversidade tecnológica

disponível, a qual pode tornar a vida dos idosos mais autônoma, a que mais utilizam ainda é o computador.¹²

A falta de apoio de familiares e amigos para auxiliar o idoso a usar a tecnologia desvelada neste estudo, também foi uma preocupação de um serviço público de atendimento ao idoso. Ao perceberem a dificuldade do idoso no manuseio de aparelhos celulares e percebendo as queixas de familiares e amigos em não ter paciência para ensiná-los, criou um programa específico para inseri-los nessa realidade social.¹³

Além das questões citadas, a teleconsulta foi vista como uma possibilidade interessante nesta pesquisa, desde que não seja a escolha em todas as situações. Esse achado convergiu com os da literatura, os quais mencionam que a teleconsulta é realizada para diagnosticar, monitorar, acompanhar pacientes com doenças agudas ou crônicas. Entre os benefícios é possível citar: não ter barreiras geográficas, ser mais flexível, conveniente, contribuir com a autonomia do paciente e evitar a falta em consultas presenciais. Porém, também possui desvantagens, como por exemplo, a acurácia e precisão do diagnóstico, o que torna imprescindível avaliar a situação mais benéfica e segura para cada paciente.¹⁴

Uma publicação abordou algumas diretrizes para a realização de testes remotos, entre elas, recomendou que haja instrução e treinamento do paciente e a participação efetiva de profissionais e fabricantes para essa prática.⁷

Diante do contexto exposto, a personalização do atendimento, deve contemplar o cenário no qual o paciente está inserido, o seu quadro clínico e o seu contexto social, cultural, emocional, simbólico, de acesso e de infraestrutura/tecnologia que são fatores essenciais para se determinar o equilíbrio entre o âmbito domiciliar/remoto e presencial.

Por fim, mesmo que os pacientes prefiram os exames domiciliares em contextos específicos, o acesso a esse tipo de serviço dependerá da oferta desta possibilidade. No Brasil, os aspectos econômicos e de acesso à informação parecem influenciar negativamente esta alternativa, principalmente pela cobrança de taxas extras pelos laboratórios e pouca divulgação e disponibilidade deste serviço no âmbito público.

Conclusão

O pressuposto do estudo foi parcialmente confirmado, pois no geral, tanto pacientes com e sem experiência em ensaio clínico são receptivos a possibilidade da realização de exames domiciliares, testes remotos e teleconsultas. Entretanto, diversos fatores dinâmicos influenciam este grau de aceitação.

Como contribuições, esta pesquisa destaca que a descentralização dos serviços pode ser uma alternativa a fim de facilitar a proximidade à residência do paciente e assim potencializar a sua inserção e adesão ao estudo clínico, desde que os profissionais responsáveis pelas coletas das amostras sejam capacitados e especializados e os laboratórios possuam alguma forma de certificar a qualidade de seus processos e acurácia dos seus resultados para o patrocinador do estudo ou centro de pesquisa, podendo influenciar assim, a percepção do paciente.

Pode-se considerar a escassez de profissionais especializados no mercado como um desafio adicional. Geralmente os gestores designam as coletas

domiciliares para os profissionais mais experientes e capacitados, fato agravado quando se trata de um paciente que participa de um protocolo de ensaio clínico, que requer um rigor ainda maior no que tange à qualidade e confiabilidade do processo de coleta e transporte até a unidade laboratorial de processamento. Este fenômeno parece já vir ocorrendo, visto o dinamismo e valorização crescente das pesquisas clínicas.

Este estudo teve como limitação a dificuldade no recrutamento de pacientes que realizam coleta de exames domiciliares no âmbito dos ensaios clínicos, prática ainda pouco adotada no Brasil.

Por ser uma temática relevante para o avanço da experiência de pacientes/famílias participantes de ensaio clínico, sugere-se que outras pesquisas sejam realizadas a fim de aprofundar o objeto deste estudo, uma vez que há uma tendência do atendimento remoto em saúde mediado pela tecnologia e pela comodidade do domicílio.

Agradecimentos

Esta pesquisa foi financiada pela indústria farmacêutica Servier Brasil.

Referências

1. Rodrigues KC. A era da experiência dos pacientes. GV Executivo. 2019; 18(1):16-19. doi:10.12660/gvexec.v18n1.2019.78186
2. Amorim KPC et al. Perfil e vozes dos participantes de pesquisas clínicas no Brasil. Rev. Bioét. 2020. 28(4):664-673. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-80422020284430>
3. Lanza S et al. Patient and Healthcare Professional Insights of Home-and Remote-Based Clinical Assessment: A Qualitative Study from Spain and Brazil to Determine Implications for Clinical Trials and Current Practice. Adv Ther. 2023. Doi: <https://doi.org/10.1007/s12325-023-02441-0>
4. Savassi LCM. Recomendações para a Atenção Domiciliar em período de pandemia por COVID-19: Recomendações conjuntas do GT Atenção Domiciliar SBMFC e da ABRASAD. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2020;15(42):2611. [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2611](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2611)
5. Catapn SC, Calvo MCM. Teleconsulta: uma Revisão Integrativa da Interação Médico-Paciente Mediada pela Tecnologia. Revista Brasileira De Educação Médica. 2020. 44 (1): e003; doi: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.1-20190224>
6. Palmeira CS, Mussi FC, Santos CAST, Lima ML, Ladeia AMT, Silva LCJ. Effect of remote nursing monitoring on overweight in women: clinical trial. Rev Latinoam Enferm. 2019;27:1-10. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2651.3129>
7. Tran NK, Kost GJ. Diretrizes para testes domiciliares em tratamento primário: Instrução, integração, informação, limitações e indicações. Poin of Care

[Internet]. 2006 [cited May 28, 2022];5(4):1-21. Available from: <https://www.saudedireta.com.br/docsupload/1340371800POCT.pdf>

8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 9th ed. São Paulo: Hucitec; 2006.

9. Organização Panamericana de Saúde (OPAS). Boas práticas clínicas: documento das Américas. Proceedings of the 4th Conferência Pan-Americana para harmonização da regulamentação farmacêutica [Internet]; 2005 March 2-4 [cited May 28, 2022; República Dominicana. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/boas_praticas_clinicas_opas.pdf

10. Schultze A, Akmatov MK, Andrzejak M, Karras N, Kemmling Y, Maulhardt A, et al. Comparison of stool collection on site versus at home in a population-based study: feasibility and participants' preference in Pretest 2 of the German National Cohort. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2014;57(11):1264-9. doi: <https://doi.org/10.1007/s00103-014-2051-z>

11. Borders AEB, Grobman WA, Amsden LB, Collins ET, Holl JL. Factors that influence the acceptability of collecting in-home finger stick blood samples in an urban, low-income population. *J Health Care Poor Underserved*. 2007;18(1):100-15. doi: <https://doi.org/10.1353/hpu.2007.0004>.

12. Costa EO, Bifano ACS. Idosos e tecnologia: uma pesquisa bibliográfica. *Estud interdiscip. envelhec*. 2017;22(2):113-31. doi: <https://doi.org/10.22456/2316-2171.65329>

13. Carmo FS. Inclusão Digital para Idosos: integrando gerações na descoberta de novos horizontes. FIOCRUZ [Internet]. 2017 [cited May 28, 2022]. Available from: <https://saudedapessoaidosa.fiocruz.br/pratica/inclus%C3%A3o-digital-para-idosos-integrando-gera%C3%A7%C3%B5es-na-descoberta-de-novos-horizontes>

14. Catapan SC, Calvo MCM. Teleconsulta: uma revisão integrativa da interação médico-paciente mediada pela tecnologia. *Rev. bras. educ. méd*. 2020;44(1):e003. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.1-20190224>

Autor de correspondência

Viviane Barrère Martin Taffner
Rua Helion Póvoa, 155. CEP: 04546-080. Vila
Olímpia. São Paulo, São Paulo, Brasil.
viviane@patientcc.com

Complicações relacionadas à sonda nasoenteral e diagnósticos de enfermagem em adultos hospitalizados: estudo de coorte

Complications related to the nasoenteral tube and nursing diagnoses in hospitalized adults: a cohort study

Complicaciones relacionadas con la sonda nasoenteral y diagnósticos de enfermería em adultos hospitalizados: un estudio de cohorte

Franciele Anziliero¹, Michelli Cristina Silva de Assis², Mariur Gomes Beghetto³

Como citar: Anziliero F, Assis MCS, Beghetto MG. Complicações relacionadas à sonda nasoenteral e diagnósticos de enfermagem em adultos hospitalizados: estudo de coorte. 2023; 12(2): 409-18. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v12.n2.p409a418>

REVISA

1. Hospital da Brigada Militar. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-5650-9709>

2. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. <http://orcid.org/0000-0003-2632-5885>

3. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Departamento de Assistência e Orientação Profissional. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. <http://orcid.org/0000-0002-9437-4999>

Recebido: 13/01/2023
Aprovado: 23/03/2023

RESUMO

Objetivo: avaliar a associação entre as complicações relacionadas à sonda nasoenteral e diagnósticos de enfermagem. **Método:** dupla coorte prospectiva de pacientes adultos, usuários de sonda nasoenteral em um hospital universitário. Os dados foram coletados diariamente do prontuário dos pacientes por meio de formulário eletrônico. As complicações relacionadas à sonda nasoenteral foram clínicas (diarreia e constipação) e mecânicas (tração e obstrução). Os diagnósticos de enfermagem avaliados foram aqueles relacionados à nutrição dos pacientes, identificados pela equipe assistente e coletado em prontuário. **Resultados:** Acompanhou-se 494 pacientes, a maioria idosos (69,4%). Do total de pacientes, 38,1% tiveram alguma complicação clínica e, 36,4% apresentaram complicações mecânicas relacionadas à sonda nasoenteral. Pacientes com complicações apresentaram maior número de diagnósticos de enfermagem implementados e tempo de uso de sonda ($p < 0,001$). Deglutição prejudicada (31%) e Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais (30%) foram os diagnósticos de enfermagem mais frequentes. **Conclusão:** As complicações relacionadas à sonda nasoenteral ocorreram em percentual elevado. Os pacientes com tais complicações apresentaram maior número de diagnósticos de enfermagem implementados e tempo de uso de sonda.

Descritores: Nutrição Enteral; Intubação Gastrointestinal; Segurança do Paciente; Diagnóstico de Enfermagem; Avaliação em Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the association between complications related to the nasoenteral tube and nursing diagnoses. **Method:** double prospective cohort of adult patients using nasoenteral tube in a university hospital. Data were collected daily from the patients' charts using an electronic form. nasoenteral tube-related complications were clinical (diarrhea and constipation) and mechanical (traction and obstruction). The nursing diagnoses evaluated were those related to the patients' nutrition, identified by the assistant team and collected from the medical records. **Results:** 494 patients were followed up, most of them elderly (69.4%). Of the total number of patients, 38.1% had some clinical complication, and 36.4% had mechanical complications related to the nasoenteral tube. Patients with complications had a great number of nursing diagnoses implemented and time using nasoenteral tube ($p < 0.001$). Impaired swallowing (31%) and Unbalanced nutrition: less than body needs (30%) were the most frequent nursing diagnoses. **Conclusion:** Complications related to the nasoenteral tube occurred in a high percentage. Patients with such complications had a greater number of nursing diagnoses implemented and time using nasoenteral tube.

Descriptors: Enteral Nutrition; Gastrointestinal Intubation; Patient Safety; Nursing Diagnosis; Nursing Assessment.

RESUMEN

Objetivo: evaluar la asociación entre las complicaciones relacionadas con la sonda nasoenteral y los diagnósticos de enfermería. **Método:** doble cohorte prospectiva de pacientes adultos usuarios de sonda nasoenteral en un hospital universitário. Los datos se recogieron diariamente de las historias clínicas de los pacientes mediante un formulario electrónico. Las complicaciones relacionadas con la sonda nasoenteral fueron clínicas (diarrea y estreñimiento) y mecánicas (tracción y obstrucción). Los diagnósticos de enfermería evaluados fueron aquellos relacionados con la nutrición de los pacientes, identificados por el equipo asistencial y recolectados de las historias clínicas. **Resultados:** Se siguieron 494 pacientes, la mayoría ancianos (69,4%). Del total de pacientes, el 38,1% presentó alguna complicación clínica y el 36,4% presentó complicaciones mecánicas relacionadas con el sonda nasoenteral. Los pacientes con complicaciones tuvieron mayor número de diagnósticos de enfermería implementados y tiempo de uso de sonda ($p < 0,001$). Deglución alterada (31%) y Nutrición desequilibrada: inferior a las necesidades corporales (30%) fueron los diagnósticos de enfermería más frecuentes. **Conclusión:** Las complicaciones relacionadas con el sonda nasoenteral ocurrieron em un alto porcentaje. Los pacientes con tales complicaciones tuvieron mayor número de diagnósticos de enfermería implementados y tiempo de uso de sonda.

Descriptores: Nutrición Enteral; Intubación Gastrointestinal; Seguridad del Paciente; Diagnóstico de Enfermería; Evaluación en Enfermería.

ORIGINAL

Introdução

A Terapia Nutricional Enteral (TNE), através de sonda nasoenteral (SNE), reduz a desnutrição e, conseqüentemente, as complicações sépticas e a mortalidade hospitalar.¹⁻² No entanto, há riscos relacionados a esta terapêutica. Entre as complicações, as mais descritas na literatura são as clínicas e as mecânicas, seguidas pelas metabólicas, respiratórias e psicológicas.³

Um estudo⁴ descritivo, realizado em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para vítimas de trauma, acompanhou 22 pacientes, a maioria (81,8%) utilizando SNE. Do total de pacientes, 77,3% tiveram algum tipo de complicação clínica, sendo o vômito a mais frequente (36,3%), seguido de diarreia (31,8%) e constipação (31,8%). Eventos mecânicos como obstrução e tração ou retirada acidental da sonda não foram observados.⁴

A frequência de complicações mecânicas apresenta grande variabilidade, podendo não ser relatada, como no estudo anteriormente citado. Na rotina assistencial, a tração ou retirada acidental da sonda é a complicação mais comum, sendo descrita em 15,3%⁵ e 43,5%⁶ dos pacientes atendidos em serviço de emergência e enfermarias, respectivamente.

As diretrizes técnicas⁷ e legais⁸ que incluem as “Boas Práticas na Administração de Nutrição Enteral” foram publicadas visando reduzir estas complicações. Tratam-se de orientações aos enfermeiros e à equipe de enfermagem para cuidados seguros, desde o estabelecimento do acesso enteral, até a prescrição e supervisão da alimentação enteral.⁷ Somam-se a esses documentos, recomendações nacionais⁹ e internacionais¹⁻² que descrevem estratégias de cuidados com pacientes sob TNE.

Além destas diretrizes, os enfermeiros dispõem de ferramenta importante no cotidiano ao usuário de dieta por SNE, o Processo de Enfermagem (PE). Ele visa identificar os cuidados e intervenções prioritárias e prevenir agravos¹⁰, utilizando-se de nomenclaturas padronizadas como a NANDA International, Inc. (NANDA-I).¹¹ O PE possibilita identificar as necessidades reais, ou potenciais, dos pacientes, família e sociedade, através dos Diagnósticos de Enfermagem (DE). Esses abrangem um grande número de necessidades biológicas, psicológicas e espirituais e possibilitam elencar cuidados específicos para cada DE implementado.

Os DE relacionados às necessidades biológicas são empregados como balizadores dos cuidados dispensados a pacientes que necessitam de SNE. A literatura não dispõe de estudos robustos demonstrando a associação das complicações relacionadas à SNE e a implementação de DE. Nesse sentido, este estudo tem como objetivo avaliar a associação entre as complicações relacionadas à sonda nasoenteral (SNE) e a implementação de DE.

Método

Trata-se de uma dupla-coorte aninhada a um projeto matriz cujos dados foram coletados em duas etapas e derivaram de duas teses de doutorado em enfermagem¹²⁻¹³: entre junho e novembro de 2017 (Coorte 1) e entre maio de 2018 e maio de 2019 (Coorte 2). Segundo Fletcher¹⁴ a padronização da coleta de dados em estudos de coorte minimiza o viés de seleção. Portanto, o intervalo entre as coortes deu-se pela seleção de novos assistentes de pesquisa, e a necessidade de capacitá-los, também, para os objetivos da segunda etapa do projeto matriz. Tanto na Coorte 1, quanto na Coorte 2, os critérios de elegibilidade, procedimentos de pesquisa e desfechos avaliados foram os mesmos. O estudo foi realizado em um hospital geral universitário do sul do Brasil, certificado pela *Joint Commission International (JCI)*.

Foram incluídos sujeitos maiores de 18 anos, que internaram em enfermarias clínicas ou cirúrgicas, com SNE (tipo Dobhoff®, 12 French) inserida no hospital ou proveniente do domicílio. Para todos pacientes é realizado raio-X de controle para confirmar o posicionamento da ponta distal da sonda. Não foram incluídos pacientes com gastrostomia ou jejunostomia, confusos ou incapacitados de consentir sua participação, nem aqueles que internaram mais de uma vez durante o estudo.

Os pacientes foram selecionados a partir do sistema eletrônico que integra todo o prontuário. Um assistente de pesquisa checkou a lista de usuários de TNE, identificando os potencialmente elegíveis. A partir da inclusão, foram diariamente acompanhados, desde o primeiro dia de prescrição de TNE até a sua suspensão, transferência, alta ou óbito hospitalar.

Por tratar-se de um estudo derivado de um projeto matriz, obteve-se a amostra somando-se os resultados da Coorte 1 (n=188) e da Coorte 2 (n=306), por esse motivo não foi feita uma estimativa amostral *a priori*. No entanto, conforme obtidas as incidências de complicações clínicas e mecânicas foi possível calcular, posteriormente, o poder amostral.

A coleta de dados foi realizada por nove assistentes de pesquisa, todos acadêmicos de enfermagem, supervisionados por duas enfermeiras que trabalham no hospital sede do estudo, ambas doutorandas e responsáveis pelo projeto matriz. A capacitação da equipe de pesquisa antecedeu cada fase do estudo. Foram utilizados dois manuais de capacitação: um sobre a inserção do assistente de pesquisa no campo de estudo e outro especificamente sobre a coleta de dados. A finalidade desses manuais foi uniformizar as condutas dos assistentes de pesquisa, desde a abordagem dos pacientes, a avaliação dos registros em prontuário, a observação à beira leito, até o preenchimento dos formulários de coleta. A concordância entre os assistentes de pesquisa e as enfermeiras (doutorandas) foi testada como forma de certificação do processo de coleta de dados.

É importante frisar que, por tratar-se de um hospital acreditado pela JCI, são exigidos de todos os pesquisadores e assistentes de pesquisa, diferentes cursos, em plataforma *on-line*, relativos à segurança do paciente, à ética em pesquisa, entre outros.

Para coleta de dados, foram elaborados formulários eletrônicos (*Google Forms*®) que contemplavam dados sociodemográficos e clínicos. Entre os dados

clínicos foram avaliados o motivo da internação, o motivo e a data da inserção da SNE e Índice de Comorbidade de Charlson (cálculo do risco de morte dos pacientes a partir da história clínica).

As complicações clínicas e mecânicas, relacionadas ao uso de SNE, foram coletadas por meio dos registros em prontuário. Complicações clínicas incluíram constipação e diarreia. Constipação foi definida como dificuldade persistente de evacuar ou sensação de evacuação incompleta e/ou movimentos intestinais infrequentes por pelo menos três dias.¹⁵ Diarreia foi definida por três ou mais episódios de fezes moles ou líquidas em 24 horas.¹⁶ Complicações mecânicas incluíram a tração ou retirada acidental da SNE e a obstrução do seu lúmen. A retirada acidental foi considerada quando causada pelo próprio paciente ou em decorrência dos cuidados como troca de fixação, banho, alternância de decúbito ou saída do leito.

A implementação de DE foi avaliada através de registro no prontuário eletrônico. Todos os DE dos seguintes domínios segundo a NANDA-I¹¹ foram incluídos: Nutrição, classe Ingestão (Deglutição prejudicada e Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais; classe Metabolismo: Risco de glicemia instável). Do domínio Eliminação e troca, classe Função gastrointestinal (Constipação e Diarreia). Do domínio Atividade e Repouso, classe Autocuidado (Déficit no autocuidado para alimentação). Do domínio Conforto, classe Conforto físico (Náusea) e, do Domínio Segurança/proteção, classe Lesão Física (Risco de aspiração), este último por ter a nutrição enteral como condição associada.¹¹

A análise foi conduzida no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0. As variáveis contínuas e com distribuição normal foram descritas como média e desvio padrão, as demais por meio de mediana e amplitude interquartílica. As variáveis categóricas foram descritas em números absolutos e porcentagem. A comparação de médias foi realizada por meio do teste *t-student* ou de teste de Mann-Whitney, se distribuição normal ou assimétrica. As variáveis categóricas foram avaliadas pelos testes Qui-Quadrado ou Exato de Fisher, respeitando-se o teste de normalidade. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$).

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Instituição sede do estudo sob o número 16-0534. Além disso, foi aprovado quanto aos seus aspectos metodológicos e éticos de acordo com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE: 63247916.5.0000.5327) e, está em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Ainda, os participantes ou responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, consentindo a participação no estudo.

Resultados

Foram incluídos 494 pacientes, para os quais a incidência de complicações clínicas ou mecânicas foi de 68% (IC 95%:31% - 44,5%), o que possibilitou calcular o poder amostral de 90%, aceitando-se um erro de 5% e um nível de significância de 95%. Os pacientes foram acompanhados durante uma mediana de 5 (3-10) dias. A idade mínima foi de 18 anos e máxima foi de 104 anos, a maior parte (69,4%) dos pacientes com mais de 60 anos.

O motivo de internação mais frequente foram neoplasias (28,9%) de estruturas da boca, faringe, laringe e esôfago (n = 70), estômago (n = 25), intestinos (n = 13) e outros sítios (n = 35). Os pacientes apresentavam a mediana de 3 (1 - 4) comorbidades, sendo 12 o número máximo de doenças descritas para um mesmo paciente. Hipertensão arterial sistêmica (45,1%), tabagismo (41,7%), etilismo (22,7%), diabetes (20,2%) e acidente vascular encefálico (AVE) (11,5%) foram as comorbidades mais frequentes. Da amostra total avaliada 336 pacientes (68%) tiveram algum tipo de complicação relacionada ao uso de SNE. Dentre as características avaliadas, os pacientes do grupo com complicação tiveram maior tempo de uso de SNE do que os pacientes sem complicação [7 (4-12) *versus* 2 (1-4); p <0,001] e maior percentual de DE implementados (68,2% *versus* 48,7; p<0,001) (Tabela 1).

Tabela 1 - Características demográficas e clínicas da amostra total e de pacientes com e sem complicação relacionada à sonda nasoesférica. Porto Alegre, RS, Brasil, 2017-2019.

Variáveis	Amostra total (n=494; 100%)	Com complicação (n=336; 68%)	Sem complicação (n=158; 32%)	Valor de p††
Idade (anos)	65,1 ± 14,1	65,4 ± 14,5	64,3 ± 13,4	0,434
Sexo masculino (%)	277 (56,1)	194 (57,7)	83 (52,5)	0,322
Escolaridade (%)				0,207
Analfabeto	20 (4,0)	15 (4,5)	5 (3,2)	
Fundamental incompl./compl.	297 (60,1)	191 (56,8)	106 (67,1)	
Médio incompl./compl.	103 (20,9)	73 (21,7)	30 (19,0)	
Superior incompl./compl.	21 (4,3)	15 (4,5)	6 (3,8)	
Não informado	53 (10,7)	42 (12,5)	11 (7,0)	
Motivo da Internação (%)				0,403
Neurológicos	141 (28,5)	93 (27,7)	48 (30,4)	
Cardiovasculares	23 (4,7)	20 (6,0)	3 (1,9)	
Respiratórios	62 (12,6)	40 (11,9)	22 (13,9)	
Neoplasias	143 (28,9)	96 (28,6)	47 (29,7)	
Gastrointestinais	75 (15,2)	54 (16,1)	21 (13,3)	
Outros	50 (10,1)	33 (9,8)	17 (10,8)	
Unidade de internação (%)				0,430
Clínica	280 (56,7)	195 (58,0)	85 (53,8)	
Cirúrgica	214 (43,3)	141 (42,0)	73 (46,2)	
ICCI† (%)	4 (3 - 6)	4 (3 - 6)	5 (3 - 7)	0,457
ECG (%)	15 (12 - 15)	15 (12 - 15)	15 (12 - 15)	0,411
Motivo de indicação de SNE§ (%)				0,473
Rebaixamento de sensorio	180 (36,4)	120 (35,7)	60 (38,0)	
Disfagia	91 (18,4)	56 (16,7)	35 (22,2)	
Pós-operatório	83 (16,8)	60 (17,9)	23 (14,6)	
Obstrução do TGI	63 (12,8)	42 (12,5)	21 (13,3)	
Inapetência	48 (9,7)	36 (10,7)	12 (7,6)	
Desnutrição	29 (5,9)	22 (6,5)	7 (4,4)	
Classificação do IMC¶ (%)				0,568
Baixo peso	57 (14,2)	46 (15,0)	10 (12,6)	
Peso Adequado	266 (53,8)	173 (51,5)	93 (58,9)	
Sobrepeso	105 (26,2)	75 (27,4)	30 (23,6)	
Obesidade	66 (16,5)	42 (15,0)	25 (19,7)	
Dias em acompanhamento - mediana	5 (3 - 10)	7 (4 - 12)	2 (1 - 4)	<0,001
DE# (%)	306 (61,9)	229 (68,2)	77 (48,7)	<0,001

Dados expressos por meio de média ± desvio padrão, ou mediana (Percentil 25 - Percentil 75), ou números absolutos (números relativos). *n= número de pacientes; †ICCI= Índice de Comorbidade de Charlson; ‡ECG= Escala de Coma de Glasgow; §SNE= Sonda Nasoesférica; ||TGI = Trato Gastrointestinal; ¶IMC= Índice de Massa Corporal; **VO= Via Oral; # DE = Diagnóstico de enfermagem; ††p = nível de significância.

Dentre o total de pacientes com complicações relacionadas à SNE, 38,1% apresentaram complicações clínicas. Diarreia acometeu 118 (23,9%) pacientes e constipação foi observada entre 95 (19,2%) indivíduos participantes do estudo. Já as complicações mecânicas ocorreram em 36,4%. A tração ou retirada acidental da sonda foi a complicação mecânica mais frequente (n = 163; 33%), seguida da obstrução (n = 17; 3,4%). Não houve nenhum registro de aspiração da dieta durante a condução do estudo.

Do total de pacientes avaliados, 62% deles tiveram a implementação de pelo menos um diagnóstico relacionado à SNE ou complicações derivadas do uso deste dispositivo. Sendo que 71% tiveram apenas um DE implementado, 24% tiveram dois, e 5% tiveram três. Deglutição prejudicada (31%), Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais (30%) e Déficit no autocuidado para alimentação (6%) foram os DE mais implementados. Por outro lado, Risco de aspiração foi o menos frequente (0,5%).

Discussão

O presente estudo analisou os dados de pacientes adultos, em uso de SNE, com e sem complicações clínicas ou mecânicas relacionadas a essa terapêutica. Foi possível estabelecer que pacientes com complicações relacionadas à SNE são aqueles que permaneceram mais dias com a sonda, assim como apresentaram maior o número de Diagnósticos de Enfermagem implementados.

Poucos estudos prospectivos bem delineados avaliaram a presença de complicações relacionadas à SNE e a implementação de DE que balizem o cuidado destes pacientes. A análise demonstrou que os pacientes com complicação tiveram maior proporção de DE relacionados ao Domínio Nutrição. Esse resultado pode ser explicado pelo viés de causalidade reversa, já demonstrado em outros estudos¹⁷⁻¹⁸, ou seja, pacientes com mais complicações apresentam maior proporção de DE. Isso pode ocorrer porque na rotina assistencial do hospital sede do estudo, a avaliação de todos os pacientes é diária, de forma que o enfermeiro, através do PE, identifica as demandas prioritárias e estabelece novos diagnósticos que direcionam diferentes cuidados. Além disso, por não haver um único DE que abarque todos os cuidados, inclusive àqueles relacionados às complicações com a TNE, maior número de DE é necessário para ampliar o leque de cuidados.

Estudos sobre a aplicação de DE em pacientes que necessitam de SNE, são raros. Em pesquisa realizada no serviço de emergência do mesmo hospital sede do presente trabalho, 150 inserções de sonda enteral foram analisadas em 115 pacientes. Apenas em 20,7% dos pacientes teve algum DE relacionando inserção, manutenção da sonda nasoenteral ou à TNE nas primeiras 24 horas após a inserção da sonda. O diagnóstico "Nutrição Desequilibrada: menos do que as necessidades corporais" foi o mais frequente (71%, n= 22). Deglutição prejudicada foi relacionado para 16%.¹⁹ No presente estudo 64% tiveram DE relacionados à inserção ou manutenção da sonda nasoenteral.

Os DE são julgamentos clínicos sobre as reações atuais ou potenciais aos problemas de saúde de indivíduos. Eles são a base para a escolha das intervenções de enfermagem, bem como para alcançar os resultados pelos quais

o enfermeiro é responsável.²⁰ Ao utilizar os diagnósticos de enfermagem "Deglutição prejudicada" e/ou "Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais" é possível subsidiar o julgamento clínico do enfermeiro para priorizar o cuidado nutricional.²⁰

O cenário hospitalar precisa de mudanças em relação aos DE, visando desenvolver a consciência da equipe de saúde e aprimorar suas habilidades de tomada de decisão para desenvolver intervenções mais adequadas e eficientes, derivando em melhores cuidados e resultados para o paciente. Estudo²¹ com 101 pacientes clínicos e cirúrgicos em uso de TNE e parenteral mostrou que, de acordo com a avaliação subjetiva global, 55,4% dos pacientes apresentavam algum grau de desnutrição e 31,7% não tinham Diagnóstico de Enfermagem relatado.

Em nosso estudo, o diagnóstico de enfermagem "Deglutição prejudicada" foi implementado para cerca de um terço dos pacientes. Por outro lado, um estudo²² que avaliou crianças com encefalopatia a deglutição prejudicada foi identificada em mais da metade (59,8%) dos pacientes. Por apresentar alta sensibilidade e especificidade com sinais e sintomas de dificuldades de deglutição²², este DE quando implementado precocemente pode ser utilizado como sinal de alerta e, portanto, um meio para prevenção de complicações respiratórias.

Apesar de nutrição enteral ser condição associada ao DE "Risco de Aspiração", no presente estudo, foi implementado somente para 0,5% (n = 3) dos pacientes. Este percentual é 100 vezes inferior ao encontrado em estudo conduzido em UTI adulto, que avaliou o mesmo DE e a relação com seus fatores de risco.²³ O DE "Risco de Aspiração" foi elencado para 50% dos pacientes e as autoras demonstraram que este DE foi associado ao uso de sonda e da nutrição enteral, deglutição prejudicada, esvaziamento gástrico lento, além do uso de tubo endotraqueal e da redução no nível de consciência.

Por fim, dentre as limitações do estudo podemos citar outras variáveis que não foram acompanhadas por nós, que foram prospectivamente acompanhadas por nós, o que permitiu lançar luz sobre, por exemplo, importância da revisão diária dos DE implementados e da permanência do acompanhante.

Destaca-se que o nosso estudo se propôs a avaliar, não apenas as complicações relacionadas à TNE, mas também o impacto dos DE utilizando rigor metodológico. Entre as contribuições, o estudo sugere que a maior proporção de DE implementados aos pacientes com mais complicações, pode estar relacionada à preocupação dos enfermeiros em gerar prescrições de cuidados direcionados às demandas. Além disso, alerta para a necessidade de mais pesquisas capazes de demonstrar a contribuição do PE na segurança dos pacientes em uso de SNE.

Conclusão

As complicações relacionadas à SNE ocorreram em mais de 60% dos pacientes acompanhados. Os pacientes com complicações relacionadas à SNE foram os que permaneceram mais dias com a sonda e tiveram maior frequência na implementação de DE direcionando para cuidados de enfermagem específicos. Pesquisas futuras abrangendo a área da TNE, em especial pela

inexistência de DE específicos para pacientes em uso de SNE, representam um campo promissor a ser explorado pelos enfermeiros. Da mesma forma, a participação dos acompanhantes como figuras ativas no processo de cuidado seguro deve ser pauta de pesquisadores.

Agradecimentos

Este estudo foi financiado pelos próprios autores.

Referências

- 1.Fuentes Padilla P, Martínez G, Vernooij RW, Urrútia G, Roqué I Figuls M, Bonfill Cosp X. Early enteral nutrition (within 48 hours) versus delayed enteral nutrition (after 48 hours) with or without supplemental parenteral nutrition in critically ill adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 Oct 31;2019(10):CD012340. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012340.pub2>
- 2.Zoeller S, Bechtold ML, Burns B, Cattell T, Grenda B, Haffke L, Larimer C, Powers J, Reuning F, Tweel L, Guenter P; ASPEN Enteral Nutrition Task Force. Dispelling Myths and Unfounded Practices About Enteral Nutrition. *Nutr Clin Pract*. 2020;35(2):196-204. doi: <https://doi.org/10.1002/ncp.10456>
- 3.Gimenes FRE, Baracioli FFLR, Medeiros APd, Prado PRd, Koepf J, Pereira MCA, et al. Factors associated with mechanical device-related complications in tube fed patients: A multicenter prospective cohort study. *PLoS ONE*. 2020; 15(11): e0241849. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241849>
- 4.Nunes GKF, Rosa LPS. Gastrointestinal complications of enteral nutritional therapy in patients with critical conditions. *Brasília Med*.2012; 49(3):158-162.
- 5.Anziliero F, Beghetto MG. Incidents and adverse events in enteral feeding tube users: warnings based on a cohort study. *Nutr Hosp*. 2018; 35(2):259-264.doi: <https://doi.org/10.20960/nh.1440>.
- 6.Cervo AS, Magnago TSBS, Carollo JB, Chagas BP, Oliveira AS, Urbanetto JS. Adverse events related to the use of enteral nutritional therapy. *Rev Gaúcha Enferm*. 2014; 35(2):53-9. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2014.02.42396>
- 7.Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 503, de 27 de maio de 2021. Diário Oficial da União. Edição: 101. Seção: 1. Página: 113. [Internet]2021 [citado 2023 mai 03]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-503-de-27-de-maio-de-2021-322985331>
- 8.Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. Resolução COFEN nº 619 de 04 de novembro de 2019. [Internet]. 2019 [citado 2023 mai 03]; 1-5. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-619-2019_75874.html

9.Matsuba CST, Serpa LF, Pereira SRM, Barbosa JAG, Corrêa APA, Antunes MS, et.al. BRASPEN – Brazilian Society of Parenteral and Enteral Nutrition. Diretriz BRASPEN de Enfermagem em Terapia Nutricional Oral, Enteral e Parenteral. BRASPEN J. 2021; 36 (Supl3): 2-62.

10.Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 358 de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: COFEN; [Internet]. 2009 [citado 2023 mai 01]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html

11.Herdman TH, Kamitsuru S, Lopes CT. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2021-2023/ [NANDA International]. 12^a ed. Rio de Janeiro: Thieme; 2021.

12.Correa, APA. Efeito de uma intervenção educativa e de uma campanha de identidade visual sobre o cuidado ao paciente em uso de sonda nasoesférica: ensaio clínico. 2019. Doutorado em ENFERMAGEM Instituição de Ensino: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre Biblioteca Depositária: EENF/UFRGS.

13.Silva, SMR. Impacto de uma Campanha de Identidade Visual sobre o processo de administração de dieta por sonda nasoesférica e sobre a segurança do paciente: Ensaio clínico aberto. 2019. Doutorado em ENFERMAGEM Instituição de Ensino: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre Biblioteca Depositária: EENF/UFRGS.

14.Fletcher RH, Fletcher SW, Fletcher GS. Clinical Epidemiology The Essentials. 5^o ed. Artmed: Porto Alegre; 2014.

15.Sadeghi A, Akbarpour E, Majidirad F, Bor S, Forootan M, Hadian MR, Adibi P. Dyssynergic Defecation: A Comprehensive Review on Diagnosis and Management. Turk J Gastroenterol. 2023 Mar;34(3):182-195. doi: <https://doi.org/10.5152/tjg.2023.22148>

16.Reintam Blaser A, Preiser JC, Fruhwald S, Wilmer A, Wernerman J, Benstoem C, Casaer MP, Starkopf J, van Zanten A, Rooyackers O, Jakob SM, Loudet CI, Bear DE, Elke G, Kott M, Lautenschläger I, Schäper J, Gunst J, Stoppe C, Nobile L, Fuhrmann V, Berger MM, Oudemans-van Straaten HM, Arabi YM, Deane AM; Working Group on Gastrointestinal Function within the Section of Metabolism, Endocrinology and Nutrition (MEN Section) of ESICM. Gastrointestinal dysfunction in the critically ill: a systematic scoping review and research agenda proposed by the Section of Metabolism, Endocrinology and Nutrition of the European Society of Intensive Care Medicine. Crit Care. 2020 May 15;24(1):224. doi: 10.1186/s13054-020-02889-4.

17.Petry PC, Victora CG, Santos IS. Adults free of caries: a case-control study about: awareness/consciousness, attitudes and preventive practices. Cad. Saúde

Pública. 2000; 16(1):145-53. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2000000100015>

18.Silva DMC, Santos TSS, Conde WL, Slater B. Nutritional status and metabolic risk in adults: association with diet quality as assessed with ESQUADA. *Rev Bras Epidemiol.* 2021; 24: E210019. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210019>

19.Anziliero F, Corrêa APA, Batassini E, Soler BED, Silva BA, Beghetto MG. Implementation of nursing diagnoses and care after nasogastric tube placement in an emergency service. *Cogitare Enferm.* 2017; (22)4: e50870. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i4.50870>

20.Brunner S, Mayer H, Breidert M, Dietrich M, Müller-Staub M. Developing a nursing diagnosis for the risk for malnutrition: a mixed-method study. *Nurs Open.* 2021; 8(3):1463-78. doi: <https://doi.org/10.1002/nop2.765>

21.Nogueira DA, Ferreira LP, de Lúcia RPA, Pena GDG. High Frequency of Non-Compliance with Quality Indicators of Enteral and Parenteral Nutritional Therapy in Hospitalized Patients. *Nutrients.* 2020;12(8):2408. doi: <https://doi.org/10.3390/nu12082408>

22.Silva RA, Silva VM, Lopes MVO, Guedes NG, Oliveira-Kumakura AR. Diagnostic Accuracy of the Defining Characteristics of Impaired Swallowing in Children with Encephalopathy. *Journal of Pediatric Nursing.* 2020; 52:7-14. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.10.006>

23.Carvalho GJ, Cruz ICF. Evidence-based practice guidelines for the nursing intervention: Risk of aspiration in ICU - Systematic Literature Review. *Journal of Specialized Nursing Care.*2018;10:1.

Autor de correspondência

Michelli Cristina Silva de Assis.
Rua Roque Gonzáles, 177, ap. 205. CEP: 90690-270- Jardim Botânico. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.
michelicassis@gmail.com

Associação entre estresse acadêmico e qualidade de vida em acadêmicos da área de saúde

Association between academic stress and quality of life in health students

Asociación entre estrés académico y calidad de vida en estudiantes de salud

Kamila Gomes Correa¹, Lídia Betânia Nunes², Rodrigo Marques da Silva³

Como citar: Correa KG, Nunes LB, Silva RM. Associação entre estresse acadêmico e qualidade de vida em acadêmicos da área de saúde. 2023; 12(2): 419-29. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v12.n2.p419a429>

REVISA

1. Centro universitário do Planalto do Distrito Federal, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-0470-4529>

2. Centro universitário do Planalto do Distrito Federal, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

<https://orcid.org/0009-0005-8209-8391>

3. Centro universitário do Planalto do Distrito Federal, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0003-2881-9045>

Recebido: 23/01/2023
Aprovado: 19/03/2023

RESUMO

Objetivo: analisar a associação entre estresse acadêmico e qualidade de vida de acadêmicos da área de saúde. **Método:** Trata-se de um quantitativo, transversal e descritivo realizado entre novembro e dezembro de 2021 com 34 discentes de cursos da área de saúde de uma faculdade privada por meio de Formulário para caracterização sociodemográfica; Instrumento para Avaliação do Estresse em Estudantes de Enfermagem e Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida. A análise ocorreu no Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 20.0, por meio de estatística descritiva e teste qui-quadrado e exato de fisher. **Resultados:** Houve predomínio de discentes do com alto nível de estresse geral (52,9%), alto estresse nas atividades teóricas (23,5%), muito alto estresse na formação profissional (20,6%) e médio estresse na realização de atividades práticas (20%). Predominaram alunos com moderada qualidade de vida (41,2%), seguido por aqueles com baixa qualidade de vida (35,3%). Observou-se associação significativa entre estresse acadêmico e qualidade de vida física ($p=0,02$), psicológica ($p=0,02$) e nas relações sociais ($p=0,007$). **Conclusão:** Houve associação estatisticamente significativa entre o estresse acadêmico e a qualidade de vida de acadêmicos da área de saúde.

Descritores: Estresse Psicológico; Estudantes; Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Objective: to analyze the association between academic stress and quality of life of health students. **Method:** This is a quantitative, cross-sectional and descriptive study conducted between November and December 2021 with 34 students of health courses at a private college through a form for sociodemographic characterization; Instrument for Stress Assessment in Nursing Students and Quality of Life Assessment Instrument. The analysis was performed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS), version 20.0, using descriptive statistics and chi-square and fisher's exact test. **Results:** There was a predominance of students with a high level of general stress (52.9%), high stress in theoretical activities (23.5%), very high stress in professional training (20.6%) and medium stress in performing practical activities (20%). Students with moderate quality of life predominated (41.2%), followed by those with low quality of life (35.3%). A significant association was observed between academic stress and physical ($p=0.02$), psychological ($p=0.02$) and social relationships ($p=0.007$) quality of life. **Conclusion:** There was a statistically significant association between academic stress and quality of life of health students.

Descriptors: Stress, Psychological; Students; Quality of Life.

RESUMEN

Objetivo: analizar la asociación entre el estrés académico y la calidad de vida de los estudiantes de salud. **Método:** Se trata de un estudio cuantitativo, transversal y descriptivo realizado entre noviembre y diciembre de 2021 con 34 estudiantes de cursos de salud en un colegio privado a través de un formulario de caracterización sociodemográfica; Instrumento para la Evaluación del Estrés en Estudiantes de Enfermería e Instrumento de Evaluación de la Calidad de Vida. El análisis se realizó utilizando el Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versión 20.0, utilizando estadística descriptiva y prueba de chi-cuadrado y de fisher's exacta. **Resultados:** Predominaron los estudiantes con alto nivel de estrés general (52,9%), alto estrés en las actividades teóricas (23,5%), muy alto estrés en la formación profesional (20,6%) y estrés medio en la realización de actividades prácticas (20%). Predominaron los estudiantes con calidad de vida moderada (41,2%), seguidos de aquellos con baja calidad de vida (35,3%). Se observó una asociación significativa entre el estrés académico y la calidad de vida física ($p=0,02$), psicológica ($p=0,02$) y de las relaciones sociales ($p=0,007$). **Conclusión:** Hubo asociación estadísticamente significativa entre el estrés académico y la calidad de vida de los estudiantes de salud.

Descritores: Estrés Psicológico; Estudiantes; Calidad de vida.

ORIGINAL

Introdução

A graduação corresponde ao nível de ensino superior, responsável por capacitar pessoas que desejam exercer determinada profissão, como por exemplo; na área da saúde, inicialmente de maneira generalista¹. Os cursos de Bacharelado e Licenciatura duram em média 4 a 5 anos, sendo esse período crucial para a vida do estudante, podendo apresentar períodos mais estressantes durante toda a graduação.¹

Segundo a Associação Internacional do controle do Estresse (ISMA), e a Organização Mundial da Saúde (OMS), O Brasil se encontra em segundo lugar com os maiores índices de estresse, onde cerca de 90% da população mundial sofre com algum tipo de sintoma relacionado a esse problema.²⁻³

O estresse acadêmico é compreendido como uma junção de fatores de natureza emocional e fisiológica, que influenciam diretamente na saúde do estudante como um todo, alterando seu comportamento geral.³ Essa alteração é causada por eventos acadêmicos pontuais ou não, como: períodos de provas, apresentações de trabalho, estágio curricular e até mesmo trabalhos de conclusão de curso.³ Estudantes da área da saúde ainda tendem a lidar com uma maior pressão psicológica, referente ao fato da responsabilidade em cuidar e ser um fator determinante sob a vida do próximo.³

A qualidade de vida do indivíduo é diretamente ligada e influenciada pelos fatores estressantes, sintomas e consequências que o mesmo acarreta. De acordo com o Ministério da saúde³, o estresse pode ser do tipo agudo, quando é causado por um fator estressante passageiro, ou do tipo crônico, sendo constante desencadeado por pequenos fatores diariamente. O estudante pode apresentar os dois tipos, a depender do agente estressor.⁴

Ademais, os sintomas estressores podem variar de acordo com o nível de estresse do estudante, sendo diversos e muitas vezes sistêmicos, como: perda de memória, dificuldade em concentração, mal-estar geral, tontura, desgaste físico e mental constante, hipertensão arterial, dores de cabeça, apatia entre outros. Sintomas gastrointestinais em fase de exaustão também podem ser observados, como; gastrite constante, diarreias, úlceras e dores estomacais. Esses sintomas provocam dificuldade na manutenção do bem-estar do estudante e consequentemente atrapalha o seu desenvolvimento acadêmico⁴

Um Estudo realizado com 164 estudantes da área da saúde, em específico do curso de Medicina, evidenciou que a maioria dos estudantes não se encontravam satisfeitos com seu desempenho acadêmico, onde cerca de 54,7% declaram que tiveram piora na qualidade de vida após início da vida acadêmica.⁵

Outra análise relacionou estresse e depressão entre 792 alunos da área da saúde, a pesquisa constatou que 9,5% dos estudantes possuíam sintomas relacionados ao estresse e depressão, 23,6% deles, tiveram sintomas definidos como moderados a grave⁶. Também foi observado o impacto que esses sintomas tiveram na qualidade de vida dos entrevistados, onde quanto mais grave eram os sintomas, mais a qualidade de vida do indivíduo foi prejudicada.⁶

Portanto, diante dessa análise, o presente estudo torna-se relevante em razão do número de estudantes da área da saúde que possuem disfunções psicológicas geradas pelo alto nível de estresse causados pelos agentes estressores dos cursos, prejudicando assim a qualidade de vida dos mesmos. O

tema proposto tem a seguinte pergunta norteadora: “de que maneira o Estresse acadêmico influencia na qualidade de vida de discentes da área da saúde?”

O estudo poderá instrumentalizar e elucidar estudantes sobre a importância de saber reconhecer os respectivos sintomas do estresse em níveis alarmantes, buscando ajuda profissional e evitando assim maiores danos a saúde. Os resultados também poderão ser utilizados para aumentar a percepção de docentes em relação ao estresse acadêmico, onde os mesmos podem identificar e oferecer ajuda aos alunos que estejam apresentando os sintomas.

Profissionais de saúde, principalmente de saúde mental, poderão utilizar o estudo como instrumento, para percepção, e direcionamento de trabalho, auxiliando os especialistas nos serviços de saúde na promoção quanto ao nível de atendimento, estimulando novas pesquisas e programas que visem melhor atender esse segmento de pessoas.

Nesse sentido, o objetivo desse estudo foi analisar a associação entre estresse acadêmico e qualidade de vida de acadêmicos da área de saúde.

Método

Trata-se de um quantitativo, transversal e descritivo realizado com 34 discentes da área de saúde de uma faculdade privada do estado de Goiás. Incluíram-se discentes regularmente matriculados nos todas as etapas dos cursos de graduação pertencentes a área de saúde (cursos de enfermagem, farmácia e fisioterapia) de todas as instituições e maiores de 18 anos. Foram excluídos aqueles que participaram da pesquisa como auxiliares de coleta de dados.

Os dados foram coletados de novembro a dezembro de 2021, via google forms, por meio dos seguintes instrumentos: Formulário para caracterização sociodemográfica e acadêmica; Instrumento para Avaliação do Estresse em Estudantes de Enfermagem (AEEE) e Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref). Após a obtenção dos endereços de email dos discentes matriculados nos cursos da área de saúde do 1º aos 8º semestres, realizou-se o envio do TCLE e convite para a pesquisa aos discentes. Após o aceite e assinatura online do TCLE, foi enviado e-mail com o link para acesso ao protocolo de coleta de dados, com prazo de dez dias preenchimento do mesmo.

O Formulário para caracterização sociodemográfica incluiu as seguintes variáveis: data de nascimento, sexo, filhos, situação conjugal, com quem reside, realização de atividades de lazer, prática de esportes, uso de fármaco ou substância (chá, café, energético, etc) para inibir o sono e para conseguir dormir; hábito de fumar e consumo de bebida alcoólica;

O Instrumento para Avaliação de Estresse em Estudantes de Enfermagem (AEEE) foi proposto por Costa e Polak em 2009⁷⁾ e é composto por 30 itens agrupados em seis domínios: Realização das atividades práticas (Itens 4,5,7,9,12 e 21); Comunicação profissional (Itens 6,8,16 e 20); Gerenciamento do tempo (Itens 3,18,23, 26 e 30); Ambiente (Itens 11,22,24 e 29); Formação profissional (Itens 1,15,17,19,25 e 27); Atividade teórica (Itens 2,10,13,14 e 28). Os itens apresentam-se em escala tipo likert de quatro pontos em que: zero - “não vivencio a situação”; um- “não me sinto estressado com a situação”; dois - “me sinto pouco estressado com a situação”; e três- “me sinto muito estressado com a

situação.⁹ Para identificação da intensidade de estresse por fator do AEEE, foram utilizados quartis de risco definidos pelos autores do instrumento.⁷

O WHOQOL- BREF, elaborado pela OMS, e validado para o português em 1998⁸ é um instrumento genérico de mensuração da qualidade de vida (QV), contrapondo-se a outros instrumentos criados e adaptados para avaliá-la em situações específicas. Trata-se de um instrumento composto por 26 itens, dentre os quais: duas questões abertas sobre qualidade de vida e 24 itens em escala Likert de cinco pontos (1 - 5). Os 24 itens são distribuídos em quatro domínios que denotam uma percepção individual de qualidade de vida para cada faceta particular da QV, a ser: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio-ambiente.⁸ Os outros dois itens são avaliados separadamente, de maneira que: o Item 1 denota a percepção do indivíduo em relação a sua QV; e o Item 2 avalia a percepção do mesmo em relação à satisfação com a sua saúde.⁸

Para análise de WHOQOL-Bref, inicialmente, os itens 3, 4 e 26 devem ter sua escala invertida da seguinte forma: 1=5; 2=4; 3=3; 4=2; 5=1. Após esse processo, deve-se calcular a média por domínio, obtida pela soma das pontuações atribuídas a cada item do domínio e dividida pelo número de itens que compõem o referido domínio.⁸ Para que os escores do WHOQOL-BREF possam ser comparáveis aos do WHOQOL-100, a média de cada domínio deve ser multiplicada por 4. Para a análise da Qualidade de Vida Geral, deve-se realizar a média de todos os itens por indivíduo. Quanto maiores os escores obtidos nos domínios e na avaliação geral, maior será a qualidade de vida apresentada pelo sujeito. Quando mais de 20% dos itens não forem respondidos pelo sujeito, o mesmo deve ser excluído da análise. Quando um item não for respondido, a média deve ser calculada com base nos valores dos demais itens. Quando mais de dois itens estiverem ausentes, o escore do domínio não deve ser calculado (com exceção do domínio 3, onde só pode ser realizada a análise do escore se nenhum item estiver faltando).⁸

Para organização e análise dos dados, foi criado um banco de dados no programa Excel (Office 2010) e utilizado o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS, versão 20.0). As variáveis qualitativas serão apresentadas em valores absolutos(n) e percentuais (n%). As variáveis quantitativas serão expostas em medidas descritivas: valores mínimos e máximos, média e desvio padrão. Para analisar a existência de associação entre os níveis de estresse acadêmico e qualidade de vida, foram utilizados os testes de Qui-Quadrado e Teste exato de Fisher. Valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos.

Em atendimento às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução CNS 466/12), este projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição de ensino superior privada do estado de Goiás, tendo sido aprovado em 13 de julho de 2020 sob parecer número 4.151.512.

Resultados

A população prevista para o estudo foi de 215 discentes dos cursos de Enfermagem, Farmácia e Fisioterapia, sendo que 34 aceitaram participar da pesquisa. Na tabela 1, apresentam-se os dados Sociodemográficos e acadêmicos dos estudantes da área de saúde.

Tabela 1- Dados Sociodemográficos dos estudantes da área de saúde(n=34). Goiás, 2022.

Variável	Categoria	n	%
Sexo	Feminino	27	79,4
	Masculino	7	20,6
Situação Conjugal	Casado	11	32,4
	Divorciado	2	5,9
	Separado	3	8,8
	Solteiro	18	52,9
Filhos	Não	18	52,9
	Sim	16	47,1
Com quem reside	Família	30	88,2
	Outro	1	2,9
	Sozinho	3	8,8
Pratica de Esportes	Não	24	70,6
	Sim	10	29,4
Pratica de Lazer	Não	13	38,2
	Sim	21	61,8
	Sim	14	41,2
Faz uso de fármacos para inibir o sono?	Não	27	79,4
	Sim	7	20,6
Faz uso de fármacos para dormir?	Não	31	91,2
	Sim	3	8,8
Possui o hábito de fumar?	Não, nunca fumei.	32	94,1
	Sim, fumo.	2	5,9
Ingere bebida alcoólica?	Não, nunca bebi.	17	50
	Não, parei	1	2,9
	Sim, bebo	16	47,1
	Sim	15	44,1
Variável	Média	Mediana	Desvio-Padrão
Idade	29,1	29	8,26

Verifica-se, acima, o predomínio de acadêmicos do sexo feminino (79,4%), solteiros (52,9%), sem filhos (52,9%) e que residem com a família (88,2%). 70,6% não praticam esportes, 61,8% praticam atividades de lazer, 79,4% utilizam consomem medicamentos para inibir o sono, 47,1% possuem o hábito de ingerir bebida alcoólica e 5,9% têm o hábito de fumar. A média etária dos estudantes é de 29,1 anos(Dp= 8,26).

Na análise dos níveis de estresse gerais e por domínio, houve predomínio de discentes do com alto nível de estresse (52,9%) geral, com destaque ao alto estresse nas atividades teóricas (23,5%), muito alto estresse na formação

profissional (20,6%) e médio estresse na realização de atividades práticas (20%), apesar do predomínio de baixo estresse em todos os domínios do instrumento. Na tabela 2, apresenta-se a distribuição dos discentes segundo os níveis de qualidade de vida geral e por domínio do WHOQOL-BREF.

Tabela 2- Distribuição dos discentes segundo os níveis de qualidade de vida geral e por domínio do WHOQOL-BREF. Goiás, 2022.

Variável	Nível	n	%
Qualidade de Vida Geral	Baixa	12	35,3%
	Moderada	14	41,2%
	Alta	8	23,5%
Qualidade de Vida Física	Baixo	4	11,8%
	Médio	12	35,3%
	Alto	18	52,9%
Qualidade de Vida Psicológica	Baixo	2	5,9%
	Médio	15	44,1%
	Alto	17	50%
Qualidade de Vida nas Relações Sociais	Baixo	5	14,7%
	Médio	10	29,4%
	Alto	19	55,9%
Qualidade de Vida no Meio-Ambiente	Baixo	4	11,8%
	Médio	21	61,8%
	Alto	9	26,5%

Na análise geral, observa-se predomínio de alunos com moderada qualidade de vida(41,2%), seguido por aqueles com baixa qualidade de vida (35,3%).Ademais, verifica-se acima o predomínio de discentes com alta qualidade de vida física(52,9%), psicológica(50,0%) e relativa às Relações Sociais(55,9%). Por outro lado, a qualidade de vida relativa ao Meio-Ambiente foi predominantemente moderada(61,8%). Na tabela 3, apresenta-se a análise de associação entre os níveis de estresse acadêmico e de qualidade de vida em discentes universitários da área de saúde.

Tabela 3- Análise de associação entre os níveis de estresse acadêmico e de qualidade de vida em discentes universitários da área de saúde. Goiás, 2022.

Variável	Nível	Estresse Acadêmico		Valor de P	
		Baixo	Alto		
Qualidade de Vida	Alto	n	6	5	0,42
		%	18,20%	15,20%	
	Baixo	n	5	9	
		%	15,20%	27,30%	
	Médio	n	5	3	
		%	15,20%	9,10%	
		Baixo	Alto		
Qualidade de Vida Física	Alto	n	4	14	0,02*
		%	12,10%	42,40%	
	Baixo	n	2	2	
		%	6,10%	6,10%	
	Médio	n	10	1	
		%	30,30%	3,00%	

			Baixo	Alto	
Qualidade de Vida Psicológica	Alto	n	5	12	0,02*
		%	15,20%	36,40%	
	Baixo	n	0	1	
		%	0,00%	3,00%	
	Médio	n	11	4	
		%	33,30%	12,10%	
			Baixo	Alto	
Qualidade de Vida nas Relações Sociais	Alto	n	5	14	0,007*
		%	15,20%	42,40%	
	Baixo	n	3	2	
		%	9,10%	6,10%	
	Médio	n	8	1	
		%	24,20%	3,00%	
			Baixo	Alto	
Qualidade de Vida no Meio Ambiente	Alto	n	2	7	0,11
		%	6,10%	21,20%	
	Baixo	n	1	2	
		%	3,00%	6,10%	
	Médio	n	13	8	
		%	39,40%	24,20%	

*Associação estatisticamente significativa

Observa-se associação estatisticamente significativa entre estresse acadêmico e qualidade de vida física ($p=0,02$), psicológica ($p=0,02$) e nas relações sociais ($p=0,007$), de forma que alunos com alto estresse apresentam maior qualidade de vida física (42,4%), maior qualidade de vida psicológica (36,40%) e maior qualidade de vida nas relações sociais (42,4%). Destaca-se também que discentes com baixo nível de estresse apresentam moderada qualidade de vida nas relações sociais (33,3%).

Discussão

Verificou-se o predomínio de acadêmicos do sexo feminino (79,4%), solteiros (52,9%), sem filhos (52,9%) e que residem com a família (88,2%). 70,6% não praticam esportes, 61,8% praticam atividades de lazer, 79,4% utilizam consomem medicamentos para inibir o sono, 47,1% possuem o hábito de ingerir bebida alcoólica e 5,9% têm o hábito de fumar. A média etária dos estudantes é de 29,1 anos ($Dp= 8,26$). Em estudo realizado na Região Centro Oeste envolvendo estudantes da área da saúde, constatou-se que a maioria, cerca de 66,5% eram do sexo feminino, com idades variando entre 20 a 24 anos e também residiam com familiares.⁹ Já em contrapartida, outra análise identificou que 61% dos entrevistados eram do sexo masculino, 100% deles declararam não possuir filhos, e cerca de 77,8% residiam com os pais ou família.¹⁰ Apesar dos estudos variarem entre si, o Censo da Educação Superior afirma que as mulheres ocupam cada vez mais os cursos de saúde, sendo a segunda área com maior presença feminina, cerca de 73,8%.¹¹ Outro fator a ser analisado está evidenciado nos baixos níveis de aderência a atividades físicas relatados nesse estudo, pois, de acordo com o Ministério da saúde, a realização de atividade física é responsável pela liberação

de neurotransmissores essenciais, como a serotonina e a endorfina.¹² A falta desses componentes pode influenciar para o aumento dos níveis de estresse e ansiedade dos estudantes, em junção com os fatores estressores já vivenciados diariamente por eles. Além disso, os benefícios também podem ser evidenciados na qualidade do sono, pois o uso excessivo de medicamentos para inibir o sono, atuam diretamente no Sistema nervoso, podendo causar alterações que impactam nos níveis de estresse, gerando cansaço excessivo, irritabilidade e outras alterações na homeostase fisiológica, influenciando sob sintomas psicológicos.¹²

Houve predomínio de discentes com alto nível de estresse (52,9%) acadêmico. Uma pesquisa com dados equivalentes, realizada no Estado de São Paulo, constatou que 65% dos estudantes da área da saúde apresentaram algum sintoma característico de estresse já detectável.¹³ Já em discordância parcial de dados, outra análise realizada com 155 estudantes do curso de Enfermagem, evidenciou que os níveis de estresse apresentaram variações baseadas no tipo de domínio analisado, onde o maior nível de estresse encontrado (17,4%) estava relacionado à formação profissional.¹⁴ O ambiente, fator associado ao transporte e ao acesso ao local de estudo, foi o segundo domínio de maior estresse acadêmico (12,3%). Apesar desses dados, a maioria dos participantes apresentaram baixos níveis de estresse em todos os domínios observados.¹⁴ A Associação Internacional do controle do Estresse (ISMA - BR) afirma que o segundo maior fator estressante entre os Brasileiros é a sobrecarga causada pelo excesso de tarefas, fato que pode ser relacionado à vida acadêmica, pois a graduação envolve o objetivo final de formação profissional, fator esse que, segundo os estudos supracitados, se apresenta como cauda para desencadear o estresse entre os alunos.¹⁵

Destacou-se a ocorrência de alto estresse nas atividades teóricas (23,5%), muito alto estresse na formação profissional (20,6%) e médio estresse na realização de atividades práticas (20%). Observando os mesmos domínios, outra análise se assemelha em dados ¹⁶, estudo realizado no Amazonas constatou que 6,5% dos estudantes de Enfermagem apresentaram altos níveis de estresse relacionados a atividades teóricas. Já em relação a formação profissional, os níveis foram de 18,7%, valor que se aproxima do presente estudo. A pesquisa também identificou que 9,0% dos alunos possuíam alto estresse relacionado a atividades práticas.¹⁶ Assim, verifica-se a existência considerável do estresse acadêmico nos domínios citados. Um bom desempenho nas atividades práticas e teóricas requer maior investimento de tempo e esforço do aluno. Quando o aluno não atinge as expectativas formativas, isso podem impactar diretamente na dimensão formação profissional dos alunos, dado que eles não se sentem preparados quanto ao futuro profissional e para atuação como enfermeiros.¹⁵⁻¹⁶

Na análise geral, observa-se predomínio de alunos com moderada qualidade de vida(41,2%), seguido por aqueles com baixa qualidade de vida (35,3%). Ademais, verifica-se acima o predomínio de discentes com alta qualidade de vida física(52,9%), psicológica(50,0%) e relativa às Relações Sociais(55,9%). Por outro lado, a qualidade de vida relativa ao Meio-Ambiente foi predominantemente moderada(61,8%). Realizando uma comparação de dados, uma pesquisa feita com Universitários no Estado de Minas Gerais, constatou que um número considerável de estudantes, cerca de 24,30%

apresentaram baixa qualidade de vida relacionada a questões psicológicas e de saúde mental. Ademais, 28% dos participantes revelaram baixa qualidade de vida no âmbito de limitações e vida física.¹⁷ Ainda como comparativo, outra análise realizada apenas com estudantes da área da saúde, em sua maioria dos cursos de Biomedicina, Enfermagem e Fisioterapia, destacou que os alunos escolheram como quesitos prioritários em suas vidas a saúde, família e estudos.¹⁸ Ademais, os estudantes também apresentaram queda na qualidade de vida após ingressarem na graduação, principalmente nos âmbitos de relações sociais, saúde mental e psicológica e no ambiente, coincidindo assim com os achados do presente estudo.¹⁸ Dessa forma, observa-se que há um número considerável de estudantes com baixa qualidade de vida, principalmente relacionada à saúde física e mental. De acordo com a Organização mundial da saúde (OMS)¹⁹, a qualidade de vida consiste em diversos fatores, como contexto cultural do indivíduo, ambiente, discernimento sobre a vida, além de englobar bem-estar físico, mental e social. O ambiente em que o sujeito está inserido, afeta diretamente na sua qualidade de vida, pois, locais insalubres, faltas de condições básicas, falta de acesso à cultura, lazer, ou até mesmo de bom relacionamento social, geram malefícios físicos e psicológicos, diminuindo consideravelmente o nível de QV.¹⁹

Observa-se associação estatisticamente significativa entre estresse acadêmico e qualidade de vida física ($p=0,02$), psicológica ($p=0,02$) e nas relações sociais ($p=0,007$), de forma que alunos com alto estresse apresentam maior qualidade de vida física(42,4%), maior qualidade de vida psicológica(36,40%) e maior qualidade de vida nas relações sociais (42,4%). Destaca-se também que discentes com baixo nível de estresse apresentam moderada qualidade de vida nas relações sociais (33,3%). Pesquisa realizada com 321 estudantes da saúde verificou que, quanto mais intensos os sintomas de estresse e depressão, menor foi a qualidade de vida do participante.²⁰ Ademais observou-se, nessa pesquisa, que 42,37% apresentaram sintomas moderados de estresse e 23,36% sintomas graves ou muito graves.²⁰ Esses fatores influenciaram negativamente nos índices de QV.²⁰ A melhora da qualidade de vida está diretamente ligada à busca do alívio de estresse e resolução dos estressores relacionados. Assim, pesquisadores sugerem, como alternativas e à implementação de atividades físicas na rotina, como forma de diminuição dos níveis de estresse, pois a liberação de endorfinas e a socialização ofertada pela realização de atividades físicas se tornam fatores cruciais para melhora da QV.¹²

Conclusão

Por meio do estudo, foi possível identificar associação estatisticamente significativa entre o estresse acadêmico e a qualidade de vida de acadêmicos da área de saúde, de maneira que maiores níveis de estresse no âmbito acadêmico implicam queda na qualidade de vida do aluno, especialmente no que tange à qualidade de vida física, psicológica e relacionada às relações sociais.

Referências

1. UNIFOR [Internet]. O que é graduação e quais as opções? [citado 15 mar 2023]. Disponível em: <https://unifor.br/web/melhor-profissao/o-que-e-graduacao>
- 2- World Health Organization (WHO) [Internet]; [citado 15 mar 2023]. Disponível em: <https://www.who.int/>.
- 3 ISMA-BR Prevenção e tratamento de stress | [Internet]; [citado 15 mar 2023]. Disponível em: <http://www.ismabrasil.com.br/>
- 4- Sousa EA, Loureto GD, Freires LA, Monteiro RP, Gouveia VV. ESTRESSE ACADÊMICO: adaptação e evidências psicométricas de uma medida. Rev Psicol Em Pesqui [Internet]. 28 dez 2018 [citado 15 mar 2023];12(3). Disponível em: <https://doi.org/10.24879/2018001200300532>.
- 5 - Biblioteca Virtual em Saúde MS [Internet]. Estresse | Biblioteca Virtual em Saúde MS; [citado 15 mar 2023]. Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/estresse/>.
- 6 - Portal Regional da BVS [Internet]. Estresse e depressão em estudantes universitários da saúde | Rev Rene (Online);23: e71879, 2022. tab | LILACS | BDNF; [citado 15 mar 2023]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1376106>
7. Costa ALS, Polak C. Construção e validação de instrumento para avaliação de estresse em estudantes de enfermagem (AEEE). Rev. Esc. Enferm. USP. 2009; 43(N.esp.):1017-26.
- 8.The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. Psychol Med.1998;28(3):551-8.
9. Rodrigues DD, Cruz DM, Nascimento JS, Cid MF. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em estudantes de uma universidade pública brasileira. Cad Bras Ter Ocupacional [Internet]. 2022 [citado 8 maio 2023]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoao252833051>
10. Benevides-Pereira AM, Gonçalves MB. Transtornos emocionais e a formação em Medicina: um estudo longitudinal. Rev Bras Educ Medica [Internet]. Mar 2009 [citado 8 maio 2023];33(1):10-23. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0100-55022009000100003>
11. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - Inep . Censo da Educação Superior; 2020 [citado 7 abr 2023]. Disponível em: <https://www.gov.br/inep/pt-br/areas-de-atuacao/pesquisas-estatisticas-e-indicadores/censo-da-educacao-superior>
12. Ministério da Saúde. A atividade física pode contribuir para melhorar a saúde do sono; 23 mar 2022 [citado 7 abr 2023]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quer-me-exercitar/noticias/2022/a-atividade-fisica-pode-contribuir-para-melhorar-a-saude-do-sono>
13. Kam SX, Toledo AL, Pacheco CC, Souza GF, Santana VL, Bonfá-Araujo B, Custódio CR. Estresse em Estudantes ao longo da Graduação Médica. Rev Bras Educ Medica [Internet]. 2019 [citado 8 maio 2023];43(1 suppl 1):246-53. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20180192>
14. Fonseca JR, Calache AL, Santos MR, Silva RM, Moretto SA. Associação dos fatores de estresse e sintomas depressivos com o desempenho acadêmico de

- estudantes de enfermagem. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2019 [citado 8 maio 2023];53. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018030403530>
15. ISMA-BR. Congresso 2019. Prevenção e tratamento de stress; 2019 [citado 8 maio 2023]. Disponível em: <https://www.ismabrasil.com.br/congressos/congresso-2019>
16. Fonseca JR, Calache AL, Santos MR, Silva RM, Moretto SA. Associação dos fatores de estresse e sintomas depressivos com o desempenho acadêmico de estudantes de enfermagem. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2019 [citado 8 maio 2023];53. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018030403530>
17. Barroso SM, Sousa AAS e, Rosendo L dos S. Impacto da Solidão na Qualidade de Vida de Universitários de Minas Gerais. Psicologia: Ciência e Profissão [Internet]. 2023 Mar 17 [cited 2023 May 8];43:e243909. Available from: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/P8nLnZPQxtPRp5z8vyy7PGr/?lang=pt#>.
18. Barros MJ de, Borsari CMG, Fernandes A de O, Silva A, Filoni E. Avaliação da qualidade de vida de universitários da área da saúde. Revista Brasileira de Educação e Saúde. 2017 Jan 1;7(1):16.
19. World Health Organization. Avaliação da qualidade de vida: perspectivas internacionais: anais da reunião conjunta organizada pela Organização Mundial da Saúde e pela Fundação IPSEN (Internet).1993. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41833>.
20. Freitas PH, Meireles AL, Ribeiro IK, Abreu MN, Paula WD, Cardoso CS. Sintomas de depressão, ansiedade e estresse em estudantes da saúde e impacto na qualidade de vida. Rev Lat Am Enferm. Dez 2023 [citado 8 maio 2023];31. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6315.3886>

Autor de correspondência

Kamila Gomes Correa
Av. Pau Brasil - Lote 2. CEP: 71916-500 - Águas Claras.
Brasília, Distrito Federal, Brasil.
kamilagomescorrea088@gmail.com

Lives para pessoas idosas no contexto da Covid-19

Lives for older people in the context of Covid-19

Lives para las personas mayores en el contexto del Covid-19

Cristiane Koeche¹, Letycia Parreira de Oliveira², Luciola Silva Sandim³, Eduarda Rezende Freitas⁴, Gustavo de Azevedo Carvalho⁵, Henrique Salmazo da Silva⁶, Luiz Sérgio Fernandes de Carvalho⁷, Maria Liz Cunha de Oliveira⁸

Como citar: Koeche C, Oliveira LP, Sandim LS, Freitas ER, Carvalho GA, Silva HS, et al. Lives para pessoas idosas no contexto da Covid-19. 2023; 12(2): 430-8. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v12.n2.p430a438>

REVISA

1. Universidade Católica de Brasília, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Gerontologia. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0003-4083-5961>

2. Universidade Católica de Brasília, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Gerontologia. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-6933-7803>

3. Universidade Católica de Brasília, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Gerontologia. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-6541-0014>

4. Universidade Católica de Brasília, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Gerontologia. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-0315-9549>

5. Universidade Católica de Brasília, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Gerontologia. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0003-4155-1514>

6. Universidade Católica de Brasília, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Gerontologia. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-3888-4214>

7. Universidade Católica de Brasília, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Gerontologia. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0001-6465-356X>

8. Universidade Católica de Brasília, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Gerontologia. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-5945-1987>

Recebido: 17/01/2023

Aprovado: 19/03/2023

RESUMO

Objetivo: Investigar as lives disponibilizadas nas redes sociais de instituições e conselhos profissionais brasileiros sobre pessoas idosas no contexto de enfrentamento da Covid-19, publicadas entre abril e setembro de 2020. **Método:** Realizou-se um estudo retrospectivo, exploratório, descritivo e infométrico. **Resultados:** Três instituições relacionadas diretamente a pessoas idosas divulgaram lives voltadas para essa população ou para cuidadores e familiares. Entre os profissionais que mais tiveram participações nas lives encontram-se os médicos geriatras. O maior número de acesso (quase oito mil) ocorreu em uma live intitulada "Pandemia Covid-19", realizada em junho, por um geriatra. Ela foi divulgada no YouTube da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – instituição que mais divulgou lives sobre a temática. A rede social mais utilizada para esse fim foi o Instagram. **Conclusão:** há uma carência na atenção e no cuidado com a pessoa idosa no contexto da pandemia de Covid-19.

Descritores: Idoso; Covid-19; Lives.

ABSTRACT

Objective: Investigate the lives made available on the social networks of institutions and professional advice about people going to the face of Covid-19 to verify which institutions most disseminated these lives which was the most used social network and which professional had more participations. **Method:** A retrospective, exploratory, descriptive and infometric study was conducted. **Results:** Three institutions, SBGG, FNILPI and ABG – directly related to elderly – disseminated lives aimed at this population or at caregivers and family members; among the professionals who had the most participation in the lives were geriatric doctors, the largest number of access was given to the live entitled "Covid-19 Pandemic", which was held in June by a geriatrician, and which had 7.829 accesses, being disclosed in the YT of SBGG. SBGG was the institution that most disseminated lives, the most used social network was IG, and July was the month with the highest number of disclosures. **Conclusion:** There is a lack of attention and care for the elderly.

Descriptors: Elderly; Covid-19; Lives.

RESUMEN

Objetivo: Investigar las lives puestas a disposición en las redes sociales de instituciones y asesoramiento profesional sobre personas que acuden a ellas frente al Covid-19 para verificar qué instituciones más difundieron estas lives, cuál fue la red social más utilizada y qué profesional tuvo más participaciones. **Método:** Se realizó un estudio retrospectivo, exploratorio, descriptivo e infométrico. **Resultados:** Tres instituciones, SBGG, FNILPI y ABG – directamente relacionadas con las personas atendidas – difundieron vidas dirigidas a esta población o a cuidadores y familiares; entre los profesionales que más participación tuvieron en la live fueron los médicos geriátricos, el mayor número de acceso se dio al live titulada "Pandemia Covid-19", que se realizó en junio por un geriatra, y que tuvo 7.829 accesos, siendo divulgado en el YT de SBGG. SBGG fue la institución que más difundió lives, la red social más utilizada fue IG, y julio fue el mes con mayor número de divulgaciones. **Conclusión:** Hay una falta de atención y cuidado para los ancianos.

Descritores: Adultos mayores; Covid-19; Lives.

Introdução

O envelhecimento populacional é uma realidade crescente e um fato inegável. Em 2020 a população idosa mundial já era composta por 1,1 bilhão de habitantes.¹ Desde a década de 1970, o Brasil vem passando por uma transição demográfica, migrando de um quadro predominantemente jovem para um contingente cada vez mais significativo de pessoas com 60 anos ou mais.² Atualmente estima-se que a população idosa brasileira seja composta por 29,9 milhões de habitantes, e, apesar de representar um grande número, esse grupo tem pouca visibilidade e sofre desvalorização.¹

Esse envelhecimento acelerado requer o planejamento de ações a curto, médio e longo prazo e tem exigido respostas e adequações do Estado por meio da estruturação e implantação de políticas públicas voltadas para a atenção à pessoa idosa, uma vez que, juntamente com o envelhecimento, aumentam as demandas de saúde que envolvem não somente o sistema de saúde, mas, também, o sistema de previdência social.² Conforme a Organização Mundial da Saúde, o processo de envelhecimento é, ao mesmo tempo, um triunfo e um desafio à sociedade.² Triunfo por representar aumento significativo no tempo de vida, se comparado a décadas anteriores, e um desafio para conseguir atender às demandas de acesso à assistência médica, especialmente geriátrica, e equipe multidisciplinar, sem distinções/limitações, bem como conseguir manter o sistema de previdência, entre outras demandas.²

Anteriormente à pandemia da Covid-19, pessoas idosas já vivenciavam muitas dificuldades, estereótipos e preconceitos, porém, a experiência dessa pandemia não só ratificou, como intensificou algumas demandas.⁴ Citam-se como exemplos questões relacionadas ao sistema de saúde e financeiras, sociais, éticas e morais.⁴ Além da exacerbação dessas demandas, a Covid-19 chamou a atenção da população para a saúde de pessoas idosas, evidenciando a importância de discussões sobre estratégias de cuidado e prevenção a indivíduos dessa faixa etária.^{2,4-6}

Não obstante, a pandemia trouxe à tona, também, a discriminação e a ridicularização da pessoa idosa e, neste cenário, elas se tornaram o centro das atenções, sendo consideradas como grupo de risco devido, principalmente, à perda da capacidade de o organismo responder às infecções e à memória imunológica, consequências naturais decorrentes do envelhecimento.⁵ Dessa forma, pessoas idosas apresentam um prognóstico desfavorável, demonstrado em dados que evidenciam uma maior taxa de mortalidade nesse grupo: cerca de 14,8% tem 80 anos ou mais, 8,0% tem entre 70 e 79 anos e 8,8% entre 60 e 69 anos.^{5,7} Em razão disso, pessoas idosas foram associadas a um elevado risco de morte pela Covid-19, sendo forçadas a uma situação de isolamento social sem qualquer tipo de preparação ou apoio.^{5,7}

Na Gerontologia os estudos indicam que o isolamento social impacta negativamente a saúde e qualidade de vida de pessoas idosas, sendo também considerado como uma síndrome geriátrica agenciada por fatores intrínsecos - medo de cair, incontinência urinária, depressão - e fatores extrínsecos, como os estigmas sociais, o risco de contágio pela Covid-19, entre outras doenças.³ Essa situação de isolamento foi reforçada como uma das principais estratégias de combate ao novo coronavírus e, neste contexto, a estratificação etária fortaleceu

preconceitos da sociedade - principalmente pela população idosa ter sido considerada como principal grupo de risco, gerando até conflitos familiares para impor o distanciamento social.^{3,5}

Desse modo, é importante compreender como a pessoa idosa recebia as informações sobre o vírus e a doença e como era representada pela mídia. Isso é especialmente relevante, pois pode contribuir para a construção ou o aprimoramento de políticas públicas direcionadas ao envelhecimento e, também, avaliar o impacto da mídia na construção de “visões” e estereótipos etários.⁷

A mídia é uma fonte importante de informações para a sociedade, sendo um meio de promover a educação popular, principalmente em casos de emergência sanitária, como o da pandemia. Porém, a propagação de imagens de pessoas idosas como frágeis e de agentes contaminantes se deu em grande parte pela mídia. Tal discriminação etária é disseminada em várias culturas e tem como consequência o silenciamento das vulnerabilidades, demandas e potencialidades da velhice.⁵

Na contramão deste fenômeno, e diante da escassez de informações e da necessidade de prover recursos de enfrentamento à Covid-19, associações acadêmicas, gerontólogos, profissionais e conselhos de classe promoveram uma série de *lives* e encontros virtuais para disseminar informações qualificadas sobre saúde e estilo de vida para a população idosa, familiares e profissionais que atuam neste segmento.³ A tecnologia mostrou-se uma importante aliada diante da política de distanciamento social, para manutenção dos contatos sociais, preservação dos vínculos e da comunicação entre a pessoa idosa, os serviços, os profissionais, a comunidade e a família. Por meio de aplicativos de comunicação foi possível a execução de atividades de estimulação física e cognitiva em casa, bem como a realização de reuniões familiares, trocas com amigos, acesso aos conteúdos de educação para o envelhecimento e aumento da interação social.¹

Assim, a partir do contexto apresentado, o objetivo deste estudo foi investigar *lives* brasileiras direcionadas a pessoas idosas sobre o enfrentamento da Covid-19, e que foram disponibilizadas nas redes sociais de instituições e conselhos profissionais. Analisou-se os temas, as instituições, os meses, a acessibilidade, os profissionais que participaram do evento e a rede social mais utilizada.

O desenvolvimento deste estudo se justifica pela necessidade de se conhecer a capacidade de interlocução entre a Gerontologia – enquanto ciência – e a comunidade, por meio das tecnologias da informação e comunicação. Há que se considerar, também, a importância em se levantar questões a respeito da capacidade de disseminação de conteúdos e de gerar respostas sociais diante da imprevisibilidade e ampla abrangência da Covid-19 na vida social das pessoas idosas, na política e na sociedade.

Metodologia

Trata-se de um estudo retrospectivo, exploratório, descritivo e infométrico – o qual permite utilizar o fluxo da informação na *web*.⁸

Uma *live* é caracterizada por uma transmissão ao vivo, seja por áudio ou vídeo, por meio de diversas mídias sociais, como Instagram (IG), Facebook (FB) e YouTube (YT).⁹ Envolve o diálogo entre um agente e os expectadores, ou entre dois ou mais agentes e expectadores.⁹ Durante esta interação, as informações são

transmitidas ao vivo na plataforma escolhida, e, por vezes, salvas em ambiente virtual para posterior acesso. A vantagem deste tipo de comunicação é o seu amplo alcance e a capacidade de disseminar informações de forma rápida e abrangente.⁹

Realizada no mês de outubro de 2020, a busca ocorreu por meio dos perfis nas redes sociais (FB, IG e YT) dos órgãos ou instituições relacionadas com a temática de saúde e/ou velhice, e que foram divulgadas entre os meses de abril de 2020 – mês marcado pela expansão da Covid-19 no Brasil e quando essa se tornou a 5ª maior causa de morte no país¹⁰ – e o mês de setembro do mesmo ano. Após essa busca ativa, foram assistidas as *lives* que ficaram salvas.

A seleção dos dados deste estudo abrangeu *lives* veiculadas nos canais do Ministério da Saúde (MS), Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) Organização Mundial da Saúde (OMS Brasil), Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Foram, ainda, investigados conselhos de classe, como o Conselho Federal de Medicina (CFM), Conselho Federal de Farmácia (CFF), Conselho Federal de Psicologia (CFP), Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) e Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Além desses, foram analisados, também, a Associação Médica Brasileira (AMB), Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBBG), Associação Brasileira de Gerontologia (ABG) e Frente Nacional das Instituições de Longa Permanência para Idosos (FNILPI).

Como critérios de inclusão, foram consideradas as *lives* cujo título indicasse que seria abordada a figura da pessoa idosa durante a pandemia de Covid-19 e que ficaram disponíveis, isto é, salvas na rede social divulgada. Foram excluídas aquelas que não tiveram a pessoa idosa como foco, que não analisaram o momento da pandemia, ou que, mesmo sendo relacionada à velhice durante a pandemia, fossem direcionadas aos profissionais de saúde, apresentando uma linguagem técnica.

Resultados

Foram selecionados 34 posts de *lives*, porém 18 não ficaram salvas e, desta forma, não foram assistidas. Assim, a amostra final deste estudo foi composta por 16 *lives* (Tabela 1).

Das 15 instituições analisadas, somente três tiveram *lives* que atenderam aos critérios de inclusão e não exclusão no estudo, sendo elas a SBBG, a FNILPI e a ABG (Tabela 1). Cumpre ressaltar que são instituições específicas para o público idoso e, portanto, suas *lives* abordaram uma linguagem fácil de ser entendida (menos técnica) e abrangeram diversos pontos relacionados ao contágio e formas de prevenção. Outras instituições, como o CNS e o CONASS, divulgaram *lives* (que ficaram disponíveis para posterior visualização) com o tema da pessoa idosa na pandemia, porém o conteúdo abordado foi apresentado de forma técnica e com debates entre profissionais, sendo, desse, forma, excluídas.

Os temas abordados nas 16 *lives* analisadas compreenderam, basicamente, a assistência às pessoas idosas em tempos de pandemia, o enfrentamento das doenças crônicas nesse período de isolamento, a atenção ao cuidador, as consequências do isolamento e como amenizá-las (Tabela 1). As *lives* foram realizadas por profissionais de diversas formações, como geriatras (n=7), gerontólogos (n=3), psicólogo (n=1), e equipe multiprofissional composta por enfermeiros, assistentes sociais, jornalistas, promotores de justiça, médicos e consultores de instituições financeiras (n=5) (Tabela 1).

O maior número de acesso se deu à *live* intitulada “Pandemia Covid-19”, que foi realizada no mês de junho por um geriatra, e que contou com 7.829 acessos. Ela foi divulgada no YT da SBGG, sendo essa a instituição que mais divulgou *lives*. A rede social mais utilizada foi o IG, e o mês com maior número de divulgação foi julho (Tabela 1).

Tabela 1. *Lives* sobre pessoas idosas na pandemia da covid-19 realizadas entre os meses de abril e setembro de 2020.

Instituição	Canal	Tema	Mês	Profissional	Visualizações
SBGG	IG	Emoções, confinamento e saúde psíquica: cuidados possíveis	Maio	Psicóloga	592
	IG	O impacto da pandemia e do isolamento no sono - opções terapêuticas no tratamento da insônia no idoso	Junho	Geriatra e Neurologista	435
	YT	Pandemia Covid-19	Junho	Geriatra	7.829
	YT	Tratamento: perspectivas e pesquisas	Junho	Geriatra	2.226
	IG	Reflexões e atitudes sobre o cuidado de pessoas idosas na pandemia	Julho	Geriatras	2.287
	IG	Câncer no idoso: como manter um tratamento seguro em tempos de Covid	Julho	Oncogeriatra	2.015
	YT	Imunização - abordagem preventiva e perspectivas	Julho	Geriatra	1.416
FNILPI	FB	Comunicação com familiares e abordagem dos casos suspeitos de	Maio	Multiprofissional	2.200

Covid-19 dentro da
ILPI

	YT	Painel Covid-19 no Brasil: gerontocídio?	Julho	Geriatra	225
	FB	Apoio ao combate da Covid-19 - ILPI	Agosto	Multiprofissional	2.500
	FB	Apoio ao combate da Covid-19 ILPI - retomar	Setembro	Multiprofissional	1.700
	FB	Cartilha de orientações para o manejo de visitas em ILPI	Setembro	Multiprofissional	3.400
	YT	Iniciativas de impacto social em resposta à Covid-19	Setembro	Geriatra	53
ABG	IG	Covid-19 e os idosos: atividades cognitivas na quarentena	Julho	Gerontólogos	392
	IG	Gestão domiciliar à pessoa idosa e a Covid-19	Julho	Gerontólogos	421
	IG	Orientações aos familiares e cuidadores Covid-19	Agosto	Gerontólogos	292

SBGG: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. ABG: Associação Brasileira de Gerontologia. FNILPI: Frente Nacional das Instituições de Longa Permanência para Idosos. IG: Instagram. FB: Facebook. YT: Youtube.

Discussão

A população idosa foi negligenciada por grande parte das instituições ou conselhos de classe brasileiros durante a pandemia de Covid-19. Somente as organizações que tratam diretamente sobre a temática produziram conteúdos e discussões sobre pessoas idosas, cuidadores e/ou familiares na pandemia. São elas a SBGG, a FNILPI e a ABG; instituições criadas com a finalidade de lutar pelos direitos de indivíduos com 60 anos ou mais. Além de *lives*, a SBGG também elaborou informativos sobre o manejo da Covid-19 no seu sítio, onde ressaltou a necessidade de adesão das medidas preventivas como uma ação coletiva no enfrentamento ao coronavírus.¹¹

Foi possível verificar que as *lives* selecionadas apresentaram temas relacionados ao cuidado e à assistência, porém apenas três abordaram o cuidado e a assistência especificamente à pessoa idosa, sendo este tema essencial para os cuidados informais e formais direcionados a essa parcela da população em tempos de pandemia. Nos cuidados formais, destacam-se as Instituições de

Longa Permanência para Idosos (ILPI), as quais foram abordadas em quatro *lives*, destacando-se que há uma alta taxa de transmissibilidade e mortalidade entre os residentes, fato este que se deve, principalmente, pela grande fragilidade e grau de dependência.¹²

Os temas das *lives* destacaram a importância da prevenção e do controle da Covid-19, enfatizando providências a serem tomadas, as quais estão relacionadas ao controle e à prevenção da doença, e que são ferramentas efetivas para evitar a propagação do vírus. Outra *live* trouxe uma cartilha de informações para visitas às ILPI, como meio educativo para a população, facilitando a comunicação e posteriormente a identificação de casos suspeitos.

Com a pandemia tornou-se imprescindível que a tecnologia fosse introduzida como alternativa de acesso e inclusão de pessoas na velhice a fim de se consolidar a comunicação e informação com acesso rápido e direto. Essa adequação à qual o indivíduo com 60 anos ou mais teve que se submeter, apesar de ter sido de forma repentina e inesperada, facilitou as relações e interações, bem como a possibilidade para um envelhecimento ativo.^{13,14} Além disso, propiciou a assistência remota, considerada como forma de proteção social, em virtude da necessidade de distanciamento social para evitar o gerontocídio.¹²⁻¹⁴

O baixo grau de escolaridade e a dificuldade de acesso a esses recursos pela maioria da população idosa no país interfere diretamente no conhecimento e nas ações de prevenção relacionadas à pandemia. Esse fato traz limitações importantes no que tange ao processo de interlocução entre profissionais de saúde e pessoas idosas, dificultando, assim, a orientação correta quanto às medidas de prevenção.^{1,5,6} Ressalta-se que a compreensão de como a pessoa idosa tem recebido as informações e de como essa população vem sendo representada pela mídia é importante na contribuição da construção ou o aprimoramento de políticas públicas direcionadas ao envelhecimento.^{4,7}

O IG é uma rede social bastante popular entre os brasileiros, sendo que abrange todas as faixas etárias e tem sido uma grande ferramenta de comunicação utilizada nos últimos anos e, principalmente, neste momento de pandemia. Na divulgação das *lives* analisadas não poderia deixar de ser diferente e, dentro do respectivo estudo, foi a rede social que mais teve divulgações de *lives*. Segundo o boletim epidemiológico do Ministério da Saúde, no mês de junho houve aproximadamente 60 mil mortes por Covid-19 e, nesse mês, 10 *lives* foram divulgadas, o que correspondeu ao maior número de *lives* por período, segundo análise realizada.

Nem todas as *lives* ficaram disponíveis para posterior visualização – o que já se pode adiantar, representa a maior limitação deste estudo –, porém pode-se verificar que a maioria delas foi realizada por médicos geriatras, o que ressalta a necessidade da interdisciplinaridade já que, quanto mais informações forem disponibilizadas para essa população, mais pessoas idosas poderão se prevenir. Essa é uma população carente de solidariedade intergeracional e interdisciplinar.^{13,14}

Conclusão

Percebe-se que ainda há carências no que tange à atenção e ao cuidado com a pessoa idosa brasileira, evidenciando a necessidade de se traçar estratégias

e políticas de saúde voltadas a esse segmento populacional. Nesse sentido, a Gerontologia é convidada a gerar respostas sociais que mobilizem esforços a curto, médio e longo prazo, haja vista que a Covid-19 desvelou problemas estruturais que necessitam do empenho e atuação coletiva para serem sanados.

Agradecimentos

Esse estudo foi financiado pelo próprios autores.

Referências

- 1.Hammerschmidt KSA, Santana RF. Saúde do idoso em tempos de pandemia covid-19. *Cogitare Enfermagem*. 2020; 25:2176-9133. doi.org/10.5380/ce.v25i0.72849
- 2.Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuros. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2016; 19(3):507-19. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=403846785012>
- 3.Hammerschmidt KSA, Bonatelli LCS, Carvalho AA. Caminho da esperança nas relações envolvendo os idosos: olhar da complexidade sobre pandemia da covid-19. *Texto contexto - enferm*. 2020; v. 29, e20200132. doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2020-0132
- 4.Jimenez-Sotomayor MR, Gomes-Moreno C, Soto-Peres-de-Celis E. Coronavirus, Ageism, and Twitter: An Evaluation of Tweets about Older Adults and COVID-19. *J Am Geriatr Soc*. 2020; 68(8). doi.org/10.1111/jgs.16508
- 5.Leão LRB, Ferreira VHS, Faustino AM. O idoso e a pandemia do covid-19: uma análise de artigos publicados em jornais. *Braz. J. of Develop*. 2020; 6(7):45123-42. doi.org/10.34117/bjdv6n7-218
- 6.Petretto D, Pili R. Ageing and COVID-19: What is the Role for Elderly People? *Geriatrics*. 2020; 5(25). doi.org/10.3390/geriatrics5020025
- 7.Paula BB, Camargo PJB, Chariglione IPFS, Silva HS. A pessoa idosa no contexto da Covid-19: assuntos veiculados na mídia do Distrito Federal. *Revista Kairós-Gerontologia*. 2020; 23(28):99-115. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/51005>
- 8.Santin DM. Avanços e perspectivas da infometria e dos indicadores multidimensionais na análise de fluxos da informação e estruturas do conhecimento. *Rev. Eletrônica de Biblioteconomia e Ciência da Informação*. 2011; 16(32). doi.org/10.5007/1518-2924.2011v16n32p107

Koeche C, Oliveira LP, Sandim LS, Freitas ER, Carvalho GA, Silva HS, et al.

9. Almeida BO de, Alves LRG. *Lives*, educação e covid-19: estratégias de Interação na pandemia. EDU.2020; 10(1):149-63. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/educacao/article/view/8926>

10. Ministério da Saúde (BR). Covid-19. Boletim Epidemiológico Diário. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13>

11. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Posicionamento Oficial da SBGG sobre a Covid-19. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Disponível em: <https://sbgg.org.br/posicionamento-sobre-covid-19-sociedade-brasileira-de-geriatria-e-gerontologia-sbgg-atualizacao-15-03-2020/>

12. Moraes EM, Viana LG, Resende LMH, Vasconcellos LS, Moura AS, Menezes A, et al. COVID-19 nas instituições de longa permanência para idosos: estratégias de rastreamento laboratorial e prevenção da propagação da doença. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2020; 25(9):3445-58. doi.org/10.1590/1413-8123202059.20382020

13. Kalache A, Silva A, Giacomini KC, Lima KC, Ramos LR, Louvison M, et al. Envelhecimento e desigualdades: políticas de proteção social para idosos decorrentes da pandemia Covid-19 no Brasil. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 2020; 23(6):e200122. doi.org/10.1590/1981-22562020023.200122

14. Santos PA, Heidemann ITSB, Marçal CCB, Arakawa-Belaunde AM. A percepção do idoso sobre a comunicação no processo de envelhecimento. *Audiol. Commun. Res.* 2019; 24:e2058. doi.org/10.1590/2317-6431-2018-2058

Autor de correspondência

Cristiane Koeche
QS 07 - Lote 01 - EPCT. CEP: 71966-700 Taguatinga.
Brasília, Distrito Federal, Brasil.
criskoeche@hotmail.com