

CCCS
COMUNICAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
Reports in Health Science

ISSN 1980-0584

Volume 32 | Número 02 | Abril-Junho 2021

Secretário de Estado de Saúde do Distrito Federal
Osnei Okumoto

Diretor Executivo da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
Inocência Rocha da Cunha Fernandes

Diretora Geral da Escola Superior de Ciências da Saúde
Marta David Rocha de Moura

Comunicação em Ciências da Saúde (ISSN 1980-0584)

A Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, por meio da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde é responsável pela publicação do periódico científico.

Linha editorial

O objetivo do periódico é divulgar trabalhos relacionados a todas as áreas de saúde e ciências afins, que contribuam para a compreensão e resolução dos problemas de saúde. O periódico está aberto a contribuições nacionais e internacionais, na forma de artigos originais, ensaios, artigos de revisão sistemática, integrativa ou de escopo (*scoping review*), relatos de experiência, narrativas, artigos de opinião, resenhas de livros de interesse acadêmico, político e social, cartas ao editor, editoriais, além de protocolos clínicos e políticas e programas de saúde.

Indexação

Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme). Periodicidade: 4(quatro) fascículos por ano, em março, junho, setembro e dezembro.

Designer e Arte

Patrícia Amador Medeiros

Versão eletrônica – Distribuição

Os textos completos dos artigos estão disponíveis gratuitamente em www.escs.edu.br/revistaccs, a partir do volume 15 de 2004.

Contato

Comunicação em Ciências da Saúde

Coordenação de Pesquisa e Comunicação Científica – CPECC

Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – Fepecs
SMHN Quadra 501 Bloco A, Brasília, Distrito Federal
70710-100

E-mail: revistaccs@escs.edu.br

Site: www.escs.edu.br/revistaccs

Copyright

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Escola Superior de Ciências da Saúde - Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde. É permitida a reprodução parcial ou total desde que citada a fonte. Os artigos publicados são de responsabilidade dos autores, não representando, obrigatoriamente, o pensamento institucional.

Financiamento

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

Coordenadora da Coordenação de Pesquisa e Comunicação Científica

Cláudia Vicari Bolognani

Diretora Geral da Escola Superior de Ciências da Saúde

Marta David Rocha de Moura

Local, mês e ano da publicação

Brasília, junho de 2021

Comunicação em Ciências da Saúde = Reports in Health Science. – v.1, n.1 (jan./mar.1990) –. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, 1990

Periodicidade Trimestral

Continuação de: Revista de Saúde do Distrito Federal, a partir do volume 17, número 1 de 2006.

ISSN 1980-0584

ISSN 1980-5101 (versão eletrônica)

Conselho de Política Editorial

Editoras científicas

Leila Bernarda Donato Gottems

Maria Rita Carvalho Garbi Novaes

Wânia Maria do Espírito Santo Carvalho

Editor Executivo

Luciano de Paula Camilo

Secretária Executiva

Luísa Moura Peters

Corpo Editorial Científico

Adriana Cavalcanti de Aguiar, PhD

Universidade Estadual do Rio de Janeiro - UERJ, Brasil

Ana Maria Costa, PhD

Centro Brasileiro de Estudos em Saúde - CEBES, Brasil

Andrei Carvalho Sposito, PhD

Universidade de Campinas - Unicamp, Brasil

Carlos Otávio Ocké Reis, PhD

Instituto Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA, Brasil

Carme Borrel, PhD

Universitat Pompeu Fabra, Espanha

Carlos Eduardo Gomes Siqueira, PhD

College of Public and Community Service. Massachusetts University, United States of America

Elisângela da Costa Lima Dellamora, PhD

Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, Brasil

Fábio Ferreira Amorim, PhD

Escola Superior de Ciências da Saúde - ESCS, Brasil

Fernando Lolas Stepke, MD

Universidad de Chile, Chile

Flavia Tavares Silva Elias, PhD

Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília, Brasil

Francisco Neves, PhD

Universidade de Brasília - UnB, Brasil

Maria Lucia Frizon, PhD

Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Brasil

Mario Rovere, PhD

Universidade Nacional de Rosario, Argentina

Roberto Cañete-Vilafranca, PhD

Instituto de Salud de Matanzas, Cuba

Stewart Mennin, PhD

School of Medicine, University of New Mexico, United States of America

Revisores *ad hoc*

Adriana Haack de Arruda Dutra, PhD

Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil

Alessandra da Rocha Arrais, PhD

Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil

Alfredo Nicodemos da Cruz Santana, PhD

Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil

Aline Mizusaki Imoto, PhD

Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil

Ana Patrícia de Paula, PhD

Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil

Ana Lúcia Ribeiro Salomon, PhD

Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil

André Schmidt, PhD

Universidade de São Paulo, Brasil

Carmélia Matos Santiago Reis, PhD

Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil

Celso Figueiredo Bittencourt, PhD

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Claudia Vicari Bolognani, PhD

Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil

Dayani Galato, PhD

Universidade de Brasília, Brasil

Dayde Lane Mendonça da Silva, PhD

Universidade de Brasília, Brasil

Dirce Bellezi Guilhem, PhD

Universidade de Brasília, Brasil

Eliana Mendonça Vilar Trindade, PhD

Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil

Elisabeth Sousa Cagliari Hernandez, PhD

Ministério da Saúde, Brasil

Emilia Vitória da Silva, PhD

Universidade de Brasília, Brasil

Fabiani Lage Rodrigues Beal, PhD

Universidade Católica de Brasília, Brasil

Fábio Siqueira, PhD

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Brasil

Fábio Maluf, PhD

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Brasil

Flora Aparecida Milton, PhD

Universidade Federal Fluminense, Brasil

Francisco Diogo Rios Mendes, PhD

Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil

Gislane Ferreira de Melo, PhD

Universidade Católica de Brasília, Brasil

José Carlos Quinaglia e Silva, PhD

Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil

Lara Mabelle Milfont Boeckmann, PhD

Universidade de Brasília, Brasil

Laura Maria Tomazi Neves, PhD

Universidade Federal do Pará, Brasil

Levy Aniceto Santana, PhD

Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil

Luciana Melo de Moura, PhD

Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil

Manuela Costa Melo, PhD

Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil

Marge Tenório, PhD

Ministério da Saúde, Brasil

Maria das Graças Leopardi Gonçalves, PhD

Universidade Federal de Alagoas, Brasil

Maria Liz Cunha, PhD

Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil

Maria Rita Carvalho Garbi Novaes, PhD

Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil

Marilucia Almeida-Picanco, PhD

Universidade de Brasília, Brasil

Mirna Poliana Oliveira, PhD

Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, Brasil

Moema da Silva Borges, PhD

Universidade de Brasília, Brasil

Natalia Correa Vieira de Melo, PhD

Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, Brasil

Osório Luis Rangel de Almeida, PhD

Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil

Renata Costa Fortes, PhD

Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil

Roberto Bittencourt, PhD

Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil

Sonir Roberto Rauber Antonini, PhD

Universidade de São Paulo, Brasil

Tatiana Karla dos Santos Borges, PhD

Universidade de Brasília, Brasil

Vinicius Zacarias Maldaner da Silva, PhD

Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil

Vitor Laerte Pinto Junior, PhD

Fundação Oswaldo Cruz, Brasil

CLÍNICA ASSISTENCIAL

- 09 **Índice de Qualidade da dieta e fatores associados em pacientes hospitalizados por Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica**
Bruna Kethlyn dos Santos, Mariana Abe Vicente Cavagnari, Dalton Luiz Schiessel, Gabriela Datsch Bennemann, Caryna Eurich Mazur

SAÚDE COLETIVA

- 21 **O uso de álcool e outras drogas entre estudantes universitários brasileiros**
Amanda de Abreu Ramalho, Roberto Nascimento de Albuquerque
- 29 **Condições de saúde bucal da população quilombola no Brasil: uma revisão sistemática**
Isnaya Almeida Brandão Lima, Ludimila Alves de Souza, Leandro Guimarães Garcia, Luiz Sinésio Silva Neto, Erika da Silva Maciel Maciel
- 39 **Análise da produção de boletins epidemiológicos na pandemia da COVID-19 pelos municípios de Pernambuco, Brasil**
Rosalva Raimundo da Silva, Geyssyka Morganna Soares Guilhermino, Barnabé Lucas de Oliveira Neto, Laís Amorim Queiroga Carneiro da Cunha
- 49 **Percepção dos profissionais de enfermagem sobre o uso dos equipamentos de proteção individual na emergência**
Klísia Rosa de Sousa, Maria Aureni de Lavor Miranda
- 61 **Possibilidade de sobrecarga laboral do Agente Comunitário de Saúde: método do Discurso do Sujeito Coletivo**
Talini Rodrigues, Rafael Oliveira Fonseca
- 71 **Política Nacional de Saúde Integral de LGBT: percepção de enfermeiros da atenção primária à saúde**
Ariadne Soares Moraes Silva, Gabriela Jacarandá Alves
- 81 **Estratégias de promoção do bem-estar psicossocial para pessoas idosas durante a COVID-19: revisão narrativa**
Thuany Caroline Biazola Cavalcante, Joyce Alves da Silva Noronha, Mauricio Santos Martins Lopes, José Maria Montiel
- 89 **Percepção de melhora de adolescentes atendidos em um serviço de saúde mental infanto-juvenil**
Carolina Toralles Piedade, Israel Augusto José de Faria Batista, Angela Maria Rosas Cardoso
- 99 **Qualidade de vida de pais de crianças com transtorno do espectro do autismo**
Cimara Laine Dias, Exillany Mota Costa, Mirna Rossi Barbosa-Medeiros

107

Terapia nutricional enteral domiciliar com crianças e adolescentes: custos envolvidos e características clínicas e nutricionais

Anna Letícia Lira Alves, Adriana Haack, Aline Melo Horino Nascimento

EDUCAÇÃO

119

Serviço de apoio à saúde mental para estudantes da área da saúde: relato de experiência

Estela Ribeiro Versiani, Ana Socorro de Moura, Ana Laura de Queiróz Pereira, Catharina Marques de Faria, Isabela Lemos Ferrer, Melorie Kern Capovilla Sarubo Baptistella

CLINICAL AND HEALTH CARE

- 09 **Index of diet quality and associated factors in patients hospitalized for Chronic Obstructive Pulmonary Disease**
Bruna Kethlyn dos Santos, Mariana Abe Vicente Cavagnari, Dalton Luiz Schiessel, Gabriela Datsch Bennemann, Caryna Eurich Mazur

COLLECTIVE HEALTH

- 21 **The use of alcohol and other drugs among brazilian university students**
Amanda de Abreu Ramalho, Roberto Nascimento de Albuquerque
- 29 **Oral health conditions of quilombola population in Brazil: a systematic review**
Isnaya Almeida Brandão Lima, Ludimila Alves de Souza, Leandro Guimarães Garcia, Luiz Sinésio Silva Neto, Erika da Silva Maciel Maciel
- 39 **Analysis of the production of epidemiological bulletins in the COVID-19 pandemic by the cities of Pernambuco, Brazil**
Rosalva Raimundo da Silva, Geyssyka Morganna Soares Guilhermino, Barnabé Lucas de Oliveira Neto, Laís Amorim Queiroga Carneiro da Cunha
- 49 **Perception of nursing professionals about the use of personal protective equipment in emergency**
Klísia Rosa de Sousa, Maria Aureni de Lavor Miranda
- 61 **Possibility of work overload of the Community Health Worker: method of the Discourse of the Collective Subject**
Talini Rodrigues, Rafael Oliveira Fonseca
- 71 **National LGBT Integral Health Policy: perception of nurses in primary health care**
Ariadne Soares Moraes Silva, Gabriela Jacarandá Alves
- 81 **Strategies to promote psychosocial well-being for elderly people during COVID-19: narrative review**
Thuany Caroline Biazola Cavalcante, Joyce Alves da Silva Noronha, Mauricio Santos Martins Lopes, José Maria Montiel
- 89 **Perception of improvement in adolescents treated at a mental health service for children and adolescents**
Carolina Toralles Piedade, Israel Augusto José de Faria Batista, Angela Maria Rosas Cardoso
- 99 **Quality of life of parents of children with autism spectrum disorder**
Cimara Laine Dias, Exillany Mota Costa, Mirna Rossi Barbosa-Medeiros

107

Home enteral nutritional therapy with children and adolescents: costs involved and clinical and nutritional characteristics

Anna Leticia Lira Alves, Adriana Haack, Aline Melo Horino Nascimento

EDUCATION

119

Mental Health Support Service for Health Students: experience report

Estela Ribeiro Versiani, Ana Socorro de Moura, Ana Laura de Queiróz Pereira, Catharina Marques de Faria, Isabela Lemos Ferrer, Melorie Kern Capovilla Sarubo Baptistella

Índice de Qualidade da Dieta e fatores associados em pacientes hospitalizados por Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

Index of Diet Quality and associated factors in patients hospitalized for Chronic Obstructive Pulmonary Disease

Bruna Kethlyn dos Santos¹
 Mariana Abe Vicente Cavagnari²
 Dalton Luiz Schiessel³
 Gabriela Datsch Bennemann⁴
 Caryna Eurich Mazur⁴

RESUMO

Objetivo: avaliar o Índice de Qualidade da Dieta (IQD) e associar com outros fatores de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) hospitalizados.

Método: trata-se de um estudo transversal realizado de março a julho de 2018 em um hospital de Guarapuava – Paraná. O IQD foi estabelecido após a coleta do dia alimentar habitual do paciente, também foram aferidas medidas antropométricas (Índice de Massa Corporal – IMC; Espessura do Musculo Adutor do Polegar - EMAP), avaliações clínicas e sociodemográficas. Foram-incluídos na pesquisa 73 pacientes, 91,8% idosos, e 57,5% mulheres.

Resultados: De acordo com o IMC 35,6% estavam em baixo peso e 58,8% apresentavam algum grau de depleção muscular segundo o EMAP. Conforme o IQD 61,6% apresentaram uma dieta que necessita de ajuste, nenhum paciente demonstrou uma dieta saudável. O estado nutricional classificado como desnutrição/magreza (OR=2,47; IC=1,75-3,50; $p < 0,05$) e EMAP classificado como depleção leve (OR=1,93; IC=1,51-2,48; $p < 0,05$) e depleção grave (OR=3,37; IC=2,31-4,91; $p < 0,05$) foram variáveis relacionadas como fatores de risco para presença de dieta inadequada em pacientes portadores de DPOC. Pacientes com baixo peso e depleção muscular prevaleceram no estudo. Quanto ao estado nutricional, valores médios ou maiores de IMC e EMAP atuaram como fatores de proteção contra a presença de dieta inadequada pelo IQD.

Conclusão: Nenhum paciente foi considerado com dieta habitual saudável.

Palavras-chave: Avaliação nutricional; Consumo de alimentos; Hospitalização; Pneumopatias.

ABSTRACT

Aim: was to evaluate the Diet Quality Index (DQI) and associate it with other factors of hospitalized patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD).

¹ Graduanda em Nutrição. Universidade Estadual do Centro-Oeste - UNICENTRO. Guarapuava, Paraná, Brasil

² Doutora em Ciências - ênfase em Gastroenterologia, Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP. Docente do curso de Nutrição da Universidade Estadual do Centro-Oeste - UNICENTRO. Guarapuava, PR, Brasil.

³ Doutor em Biologia Celular e Molecular, UFPR. Docente do curso de Nutrição da Universidade Estadual do Centro-Oeste - UNICENTRO. Guarapuava, PR, Brasil.

⁴ Nutricionista. Docente do Departamento de Nutrição da Universidade Estadual do Centro-Oeste-UNICENTRO. Guarapuava, Paraná, Brasil.

Correspondência: UNICENTRO – Campus CEDETEG. Alameda Élio Antonio Dalla Vecchia, 838, Vila Carli, CEP 85040-167, Guarapuava - PR, Telefone: (42) 3629-8182. E-mail: cemazur@unicentro.br / abrunaket@hotmail.com

Recebido: 14/05/21

Aceito: 07/06/21

Methods: This is a cross-sectional study carried out from March to July 2018 in a hospital in Guarapuava - Paraná. The DQI was established after the collection of the patient's usual food day, anthropometric measures (Body Mass Index - BMI; Thickness of the Adductor Muscle of the Thumb - TAMT), clinical and sociodemographic evaluations were also measured.

Results: The study included 73 patients, 91.8% elderly, and 57.5% women. According to the BMI, 35.6% were underweight and 58.8% had some degree of muscle depletion according to the EMAP. As the DQI 61.6% had a diet that needs adjustment, no patient demonstrated a healthy diet. The nutritional status classified as malnutrition / thinness (OR = 2.47; CI = 1.75-3.50; $p < 0.05$) and TAMT classified as mild depletion (OR = 1.93; CI = 1.51-2.48; $p < 0.05$) and severe depletion (OR = 3.37; CI = 2.31-4.91; $p < 0.05$) were related variables as risk factors for the presence of an inadequate diet in patients COPD patients. Patients with low weight and muscle depletion prevailed in the study. As for nutritional status, mean or higher values of BMI and TAMT acted as protective factors against the presence of an inadequate diet by the DQI.

Conclusion: No patient was considered to be on a regular healthy diet.

Key-words: Nutrition Assessment; Food Consumption; Hospitalization; Lung Diseases.

INTRODUÇÃO

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é uma enfermidade respiratória decorrente de anormalidades reversíveis ou irreversíveis nos brônquios e/ou bronquíolos caracterizada pela presença de obstrução progressiva do fluxo aéreo. De acordo com a GOLD - *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*¹ essa obstrução não é totalmente reversível, e está associada a uma resposta inflamatória irregular dos pulmões à inalação de partículas e gases tóxicos, como poluentes ambientais e, principalmente, pelo tabagismo. Várias alterações patológicas nos pulmões, efeitos extrapulmonares significativos e comorbidades contribuem para a gravidade da doença².

A DPOC é reconhecida como um problema de saúde pública no mundo todo, é uma das principais causas de mortalidade, correspondendo a quarta

causa de morte nos países desenvolvidos¹. No Brasil, estima-se que pelo menos 7,5 milhões de pessoas sejam acometidas por DPOC. E as maiores prevalências são encontradas entre a sexta e a sétima década de vida¹.

As alterações pulmonares são primárias, entretanto, a DPOC também apresenta modificações secundárias e sistêmicas como alterações metabólicas. A principal alteração metabólica é o hipermetabolismo que associado a dispnéia reflete em aumento da demanda energética da ventilação e redução da eficiência muscular ventilatória^{1,3}.

Devido esse hipermetabolismo o paciente com DPOC se torna susceptível à desnutrição, essa alteração metabólica-corporal pode levar ao comprometimento e/ou agravar o quadro clínico. A desnutrição na DPOC é multifatorial sendo que a ingestão inadequada e insuficiente de nutrientes

e o gasto energético aumentado são os principais mecanismos fisiopatológicos envolvidos. O baixo e inadequado consumo alimentar desses pacientes está associado com fatores como dificuldades na mastigação e deglutição decorrentes dos principais sintomas da DPOC como dispneia, tosse, secreção e fadiga. A desnutrição pode desencadear depleção muscular esquelética com consequente diminuição da resistência e capacidade respiratória e a maior suscetibilidade a infecções respiratórias decorrente da baixa imunidade, entre outros piorando de maneira significativa o prognóstico³.

Assim sendo, avaliar a qualidade da dieta de pacientes portadores de DPOC associado ao estado nutricional permite uma adequada monitorização com estratégias para aumento do aporte calórico afim de reduzir o catabolismo, prevenir a desnutrição e inflamação sistêmica, além de deficiências nutricionais, melhorando assim o prognóstico e qualidade de vida do paciente. Deste modo, o objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade da dieta de pacientes hospitalizados por DPOC, bem como identificar quais variáveis influenciam nessa qualidade nutricional.

MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal prospectivo analítico realizado com pacientes hospitalizados com diagnóstico clínico de DPOC. A pesquisa foi desenvolvida no período de março a julho de 2018, em um hospital localizado no município de Guarapuava-PR.

Foram incluídos no estudo pacientes acima de 20 anos com diagnóstico clínico de DPOC, internados exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) que concordaram em participar voluntariamente da pesquisa e que conseguiram responder aos questionários ou que possuíam acompanhantes que poderiam responder. Foram excluídos pacientes em que não foi possível realizar avaliação nutricional.

Os dados dietéticos para classificar o Índice de Qualidade da Dieta, foram coletados por meio do instrumento de avaliação dietética Dia Alimentar Habitual, que investiga os alimentos e respectivas porções habitualmente consumidos durante um dia. Para o cálculo de Índice de Qualidade da Dieta (IQD) foi utilizado aplicativo Nutrabem 2.0®. E para a avaliação do IQD, o parâmetro preconizado por Fisberg⁴. A pontuação do índice é obtida por dez componentes característicos

de uma dieta saudável, cada um deles é pontuado de zero a dez. O valor máximo é de cem pontos. Para efeitos de análise foi considerado uma dieta inadequada abaixo de 51 pontos; uma dieta que necessita de ajuste de 51 a 80 pontos; e uma dieta saudável acima de 80 pontos.

Para a avaliação antropométrica, foram verificados: peso (Kg), estatura (cm), semi-envergadura (cm), altura do joelho (cm) e espessura do músculo adutor do polegar (EMAP) (mm). O peso foi aferido com balança digital DIGI-HEALTH PRO Multi-laser modelo HC021 portátil com capacidade de 180 Kg e sensibilidade de 50g e a estatura com fita métrica inelástica de 150 cm. Na impossibilidade de aferição de peso e/ou estatura, foi realizado a estimativa de acordo com a equação de Chumlea et al⁵ para altura. E para o peso corporal (kg) a equação de Ross Laboratories⁶. Também foram considerados peso e estatura referidos pelo paciente ou cuidador.

Posteriormente, foi calculado o Índice de Massa Corporal (IMC), obtido a partir da fórmula peso atual (kg)/estatura² (m). A classificação do estado nutricional de adultos e idosos foi realizada por meio do valor de IMC. Os adultos foram classificados de acordo com as referências da Organização Mundial da Saúde⁷, considerando os seguintes intervalos: baixo peso, se $IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$; eutrofia, se $IMC \geq 18,5$ a $24,9 \text{ kg/m}^2$; sobrepeso, se $IMC > 24,9 \text{ kg/m}^2$ a $29,9 \text{ kg/m}^2$; e obesidade, se $IMC > 29,9 \text{ kg/m}^2$. E os idosos classificados por Lipschitz (1994), em que os pontos de corte levam em consideração as mudanças na composição corporal que ocorrem com o envelhecimento quando comparados com os indivíduos adultos. Por Lipschitz, baixo-peso com $IMC < 22 \text{ kg/m}^2$; eutrofia, IMC entre 22 kg/m^2 e 27 kg/m^2 ; e sobrepeso $IMC > 27 \text{ kg/m}^2$ ⁸.

Para aferição da EMAP foi utilizado adipômetro da marca Cescorf® científico (Porto Alegre, RS, Brasil), com amplitude de leitura de 75 mm, sensibilidade 1 mm e pressão $10 \text{ g/mm}^2 \pm 0,2 \text{ g/mm}^2$, com pressão contínua de 10 g/mm^2 para pinçar o músculo adutor no vértice de um triângulo imaginário, formado pela extensão do polegar e indicador⁹.

A EMAP foi classificada de acordo com os valores padrões (média em milímetros) conforme o sexo, sendo 12 mm para homens e 10 mm para mulheres e adequadas por meio de pontos de corte para sua utilização de acordo com a seguinte

classificação: ausência de depleção 100%, depleção leve 90 a 99%, depleção moderada 60 a 90% e depleção grave <60%⁹.

Foi aplicado um questionário, elaborado pelos pesquisadores exclusivamente para esse estudo, contendo informações socioeconômicas, demográficas, relacionadas a vida pessoal como estado civil, renda familiar, número de pessoas que residiam no domicílio, tipo de domicílio e ao estilo de vida como etilismo e tabagismo.

Os dados clínicos foram obtidos no prontuário dos pacientes no hospital e por meio do questionário elaborado pelos pesquisadores. Foram coletados: número de internações no último ano, tempo da doença, sintomas relacionados à DPOC, utilização e grau de saturação da oxigenação, presença de sintomas gastrointestinais, presença de comorbidades associadas como diabetes mellitus, hipertensão arterial, tipo da dieta hospitalar e aceitação da dieta oferecida. Informações como a presença de tosse, dispneia e mialgia foram questionados e observados no prontuário.

A saturação de oxigênio foi realizada pela equipe de enfermagem do hospital com o oxímetro de pulso.-

Para a análise estatística foram considerados valores descritivos e mensuradas inferências. Foi aplicado o teste de Shapiro-Wilk para avaliação da normalidade dos dados. Para associação das variáveis paramétricas foi utilizado o teste T de *Student*, já para aquelas consideradas não paramétricas foi aplicado o teste de qui-quadrado. As associações foram testadas em análises bivariadas. Um modelo de regressão logística ordinal de *odds* proporcional foi utilizado para estimar os valores das razões de chance (RC) e respectivos intervalos de confiança (IC95%) para cada um dos níveis dos fatores associados à DPOC, simultaneamente, com programa *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 22.0 (SPSS Inc. Chicago, IL, EUA). A significância estatística foi determinada quando $p < 0,05$.

Esse estudo é parte do projeto “Ações de Educação, Atenção e Avaliação Nutricional: para pacientes e funcionários de hospitais de

Guarapuava/PR”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO) sob o parecer número 1.593.833/2016.

RESULTADOS

A pesquisa contou com a participação de 73 pacientes, sendo 67 idosos (91,8%), a média de idade foi 70,5±9,9 anos, e 57,5% mulheres e 56% eram casados.

Sobre os dados sociodemográficos, 93,2% (n=68) moravam na zona urbana, enquanto 6,8% moravam na zona rural. Sobre o número de pessoas que residiam no domicílio as maiores frequências estão em 2 pessoas (42,5%), e 4 pessoas no domicílio (21,9%). Em relação aos cuidadores, 89% dos pacientes relataram que possuem cuidadores, sendo que as mulheres com DPOC apresentaram a maior taxa com cuidadores (92,9%).

Os principais sintomas relacionados a DPOC apresentados pelos pacientes foram: dispneia em 67,1% da amostra, tosse em 79,5%, seguido por mialgia em 37%. Apenas 8,2% apresentaram febre. Já os sintomas gastrointestinais mais presentes foram: inapetência (38,4%) e náuseas (35,6%). A inapetência foi maior em pacientes do sexo feminino sendo (50%), e dispneia foi maior em pacientes do sexo masculino (80,6%) ($p < 0,05$).

Em relação ao número de internações no último ano, as maiores frequências estão em uma vez no último ano (21,9%), e duas vezes no último ano (24,7%).

As dietas hospitalares mais frequentes foram hipossódicas (38,4%) e branda (26%). E no contexto sobre a aceitação da dieta hospitalar, 50,7% pacientes referiram aceitação como ruim, e 49,3% como boa.

Menos valores de saturação de oxigênio (<90%) foram encontrados em mulheres (30,9%). As mulheres também apresentaram os menores valores de EMAP, nas classificações depleção leve (21,4%), moderada (28,6%) e depleção grave (16,7%) ($p < 0,05$) (Tabela 1).

Tabela 1**Perfil clínico e nutricional de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica comparados com o sexo.**

<i>Variáveis analisadas</i>	<i>Total (n=73)</i>	<i>Mulheres (n=42)</i>	<i>Homens (n=31)</i>	<i>Valor p</i>
Idade – anos (média/DP)	70,5±9,9	69,8±10,2	71,5±9,7	0,48*
Renda familiar (reais; média/DP)	1349,3±371,6	1354,8±409,9	1341,9±319,1	0,88*
Estado civil - n (%)				
Casado (a)	41 (56,2)	22 (52,4)	19 (61,3)	0,39†
Divorciado (a)	9 (12,3)	4 (9,5)	5 (16,1)	
Solteiro (a)	4 (5,4)	2 (4,8)	2 (6,5)	
Viúvo (a)	19 (26)	14 (33,3)	5 (16,1)	
Tabagismo - n (%)	45 (61,6)	24 (57,1)	21 (67,7)	0,47†
Comorbidades – n (%)				
Hipertensão arterial sistêmica	49 (67,1)	28 (66,7)	21 (67,7)	0,92†
Diabetes <i>Mellitus</i>	18 (24,7)	12 (28,6)	6 (19,4)	0,42†
Outras	6 (8,2)	5 (11,9)	1 (3,2)	0,43†
Sintomas relatados – n (%)				
Náusea	26 (35,6)	17 (40,5)	9 (29)	0,34†
Vômito	14 (19,2)	10 (23,8)	4 (12,9)	0,37†
Inapetência	28 (38,4)	21 (50)	7 (22,6)	0,01†
Dispneia	49 (67,1)	24 (57,1)	25 (80,6)	0,03†
Tosse	58 (79,5)	31 (73,8)	27 (87,1)	0,24†
Mialgia	27 (37)	13 (31)	14 (45,2)	0,23†
Saturação de oxigênio – n (%)				
< 90%	24 (33)	13 (30,9)	11 (35,5)	0,00†
≥ 90%	49 (67)	29 (69,1)	20 (64,5)	
Presença de cuidador – n (%)	65 (89)	39 (92,9)	26 (83,9)	0,27†
Perda de peso – n (%)	22 (30,1)	13 (31)	9 (29)	0,86†
IMC (Kg/m ²) – média/DP	24,1±6,2	24,5±6,7	23,4±5,4	0,44*
Classificação - IMC – n (%)				
Baixo peso	26 (35,6)	13 (31)	13 (41,9)	
Eutrofia	32 (43,8)	20 (47,6)	12 (38,7)	0,62†
Excesso de peso	15 (20,5)	9 (21,4)	6 (19,4)	
EMAP – mm	9,97±2,92	8,9±2,6	11,3±2,8	0,001*
Classificação - EMAP – n (%)				
Ausência de depleção	30 (41,1)	14 (33,3)	16 (51,6)	
Depleção leve	15 (20,5)	9 (21,4)	6 (19,4)	
Depleção moderada	19 (26)	12 (28,6)	7 (22,6)	0,36†
Depleção grave	9 (12,3)	7 (16,7)	2 (6,5)	

* *Teste T de Student;*
† *Teste de Qui-quadrado**Notas: Outras comorbidades incluem: Esofagite de refluxo, hérnia de hiato, gastrite e enfisema pulmonar; IMC = índice de massa corporal; n: número amostral; DP: Desvio-padrão; p: valor estatístico do teste; %: percentual; Kg: quilograma; m²: metros quadrados.*

De acordo com resultados da Tabela 2, os grupos alimentares com maiores pontuações indicando o maior consumo foram: hortaliças (21,8 porções), cereais e pães refinados (17,2 porções), açúcares e

doces (11,9 porções) e carnes bovina e suína (10,6 porções). Enquanto o grupo alimentar das oleaginosas não foi consumido por nenhum paciente.

Tabela 2

Variáveis descritivas referentes às porções de Índice de Qualidade da Dieta (IQD) de pacientes hospitalizados por doença pulmonar obstrutiva crônica.

<i>Variáveis</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>Mediana</i>
Aves, pescados e ovos	0	5,5	1,7	1,0	1,6
Cereais e pães integrais, tubérculos e raízes	0	9,0	0,9	0,9	0,7
Frutas	0	3,9	1,0	0,7	1,0
Hortaliças	0	21,8	6,6	4,7	5,4
Leguminosas	0	7,3	2,1	1,2	1,3
Leite e derivados	0	4,4	1,4	1,1	1,0
Oleaginosas	0	0	0,0	0	0
Óleos vegetais	0	3,8	1,2	0,7	1,1
Açúcares e doces	0	11,9	1,1	1,0	0,7
Carnes bovina e suína	0	10,6	2,2	2,3	1,0
Cereais e pães refinados	0	17,2	3,2	1,6	2,4
Gorduras de origem animal	0	3,3	0,1	0,2	0
IQD – Pontuação total	30,8	74,8	53,6	9,5	53,7

Quanto as variáveis analisadas, os resultados estão apresentados na Tabela 3, aqueles com menor pontuação pelo IQD, classificando como dieta inadequada apresentaram menores médias de IMC ($18,7 \pm 2,6$ $p < 0,05$). Nenhum dos pacientes do estudo atingiu a pontuação de dieta saudável. Em relação a aceitação da dieta aqueles que classificaram como ruim representaram a maior porcentagem (64,3%) pelo IQD para dieta inadequada. Pacientes que estavam com

níveis inferiores a 90% saturação de oxigênio apresentaram maiores valores para dieta inadequada ($p < 0,05$). Apesar de apresentarem resultados não significativos, é possível notar que os pacientes com mais idade e os que possuíam aceitação de dieta ruim tinham dieta inadequada no IQD. Enquanto a prescrição de dieta hipossódica era mais comumente os pacientes que necessitavam de ajuste da dieta (Tabela 3).

Tabela 3

Variáveis associadas com as classificações pelo índice de qualidade da dieta (IQD).

<i>Variáveis analisadas</i>	<i>Necessita de ajuste (n=45)</i>	<i>Dieta Inadequada (n=28)</i>	<i>Valor p</i>
Idade (anos) – média/DP	68,9 \pm 3,5	73,0 \pm 8,6	0,09
IMC (Kg/m ²) – média/DP	27,4 \pm 5,4	18,7 \pm 2,6	0,00
Prescrição Dietética – n (%)			
Hipossódica	19 (42,2)	9 (32,1)	
Branda	11 (24,4)	8 (28,6)	
Para diabetes	6 (13,3)	0	0,07
Outras	9 (20,1)	11 (39,3)	
Aceitação da dieta – n (%)			
Boa	26 (57,8)	10 (35,7)	
Ruim	19 (42,2)	18 (64,3)	0,07
Saturação de oxigênio – n (%)			
< 90%	12 (26,7)	18 (64,3)	
\geq 90%	33 (73,3)	10 (35,7)	0,00

De acordo com os resultados expostos na Tabela 4, a dieta inadequada foi encontrada nos pacientes com maior faixa etária (OR=2,57; IC=1,42-5,41), com saturação de oxigênio <90% (OR=1,95; IC=1,36-2,76; $p < 0,05$), com estado nutricional classificado como desnutrição/magreza (OR=2,47; IC=1,75-3,50; $p < 0,05$) e EMAP classificado como depleção leve (OR=1,93; IC= 1,51-2,48; $p < 0,05$) e depleção grave (OR=3,37; IC=2,31-4,91; $p < 0,05$). Os valores médios ou maiores de IMC e EMAP atuaram como fatores de proteção contra a presença de dieta inadequada pelo IQD (OR=0,65; IC= 0,21-0,83; OR=0,77; IC=0,58-0,95; $p < 0,05$, respectivamente).

As diferenças entre os sexos na suscetibilidade à DPOC são provavelmente multifatoriais. Com o crescente número de mulheres fumantes em todo o mundo, existe uma necessidade de responder essas e outras questões relevantes às diferenças de sexo na DPOC. Neste estudo, o número de casos de DPOC foi maior em mulheres do que nos homens, e as mulheres também apresentaram maior taxa de tabagismo. Resultados semelhantes foram encontrados por Varraso *et al.*¹⁰ em estudo prospectivo de coorte, onde foi investigado a associação entre o Índice Alternativo de Alimentação Saudável (AHEI-2010) - uma medida da qualidade da dieta e o risco de DPOC, com 723 casos de

Tabela 4

Associação entre a presença de dieta inadequada com as variáveis clínicas e nutricionais dos pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. Guarapuava, PR, Brasil, 2018.

Variáveis analisadas	Presença de dieta inadequada pelo Índice de Qualidade da Dieta	
	OR (IC)	Valor <i>p</i>
Idade - anos	2,57 (1,42-5,41)	0,03
Sexo		
Feminino	0,121 (0,007-2,072)	0,145
Masculino	1	-
Tabagismo	1,04 (0,91-2,09)	0,07
Inapetência	1,04 (0,57-1,88)	0,89
Dispneia	1,08 (0,73-1,62)	0,79
Tosse	0,78 (0,41-1,47)	0,55
Saturação de oxigênio <90%	1,95 (1,36-2,76)	0,00
Perda de peso	0,66 (0,40-1,08)	0,06
IMC - Kg/m ²	0,65 (0,21-0,83)	0,02
Estado nutricional - IMC		
Eutrofia	0,93 (0,65-1,35)	0,81
Desnutrição/magreza	2,47 (1,75-3,50)	0,00
EMAP - mm	0,77 (0,58-0,95)	0,05
Estado nutricional - EMAP		
Ausência de depleção	2,86 (1,91-4,31)	0,00
Depleção leve	1,93 (1,51-2,48)	0,00
Depleção moderada	1	-
Depleção grave	3,37 (2,31-4,91)	0,00

DISCUSSÃO

A prevalência da DPOC tem aumentado nas últimas décadas causando considerável impacto econômico e social, e vários estudos têm demonstrado a importância da dietoterapia e terapia nutricional na melhora do quadro clínico desses pacientes. Assim, verifica-se a importância da avaliação nutricional e das variáveis que interferem na qualidade da dieta de pacientes portadores de DPOC, a fim de prevenir deficiências nutricionais, desnutrição e depleção muscular.

DPOC recém-diagnosticada em mulheres e 167 em homens, sendo 55% de mulheres fumantes¹⁰.

De acordo com essa pesquisa, 61,6% dos pacientes com DPOC são fumantes. A relação entre o tabagismo e a DPOC já está bem estabelecida há vários anos. Fumantes de cigarros apresentam um risco 10 a 14 vezes maior de morte por DPOC. A inalação de poluentes nocivos como a fumaça de cigarro, e demais derivados do tabaco expõe os pulmões a altas concentrações de agentes oxidantes e radicais livres que diminuem a capacidade

antioxidante que normalmente protege as células epiteliais. A lesão epitelial resulta na liberação de fatores pró inflamatórios, perpetuando o ciclo de lesão e inflamação, encontrado nas vias aéreas centrais e periféricas. O desequilíbrio entre estas substâncias potencialmente tóxicas e a diminuição das ações de proteção das defesas antioxidantes, incluindo aquelas derivadas da dieta, podem desempenhar um papel na perda da função pulmonar ao longo do tempo ocasionando uma piora no prognóstico da DPOC^{1,10}.

A DPOC é uma doença de inflamação sistêmica. Sabe-se que antioxidantes minimizam os danos dos radicais livres e reduzem a inflamação. Pesquisas mostraram que o aumento da ingestão de antioxidantes vitaminas C, E e carotenóides foram positivamente relacionados a melhoras de função pulmonar e associadas com reduções nas exacerbações dos sintomas da DPOC¹¹.

Em relação aos sintomas característicos, neste estudo os principais encontrados foram dispneia, tosse seguido por mialgia. Resultados semelhantes foram encontrados por Bárbara *et al*¹² em um estudo com 298 pacientes com diagnóstico de DPOC, onde a dispneia foi o sintoma reportado com maior frequência, ocorrendo em 55% dos doentes e a tosse foi o segundo sintoma mais referido em 33,2%¹².

A tosse e a dispneia são sintomas progressivos com a evolução da doença e estão associadas à incapacidade, redução da qualidade de vida e pior prognóstico da DPOC^{1,3}. Em um estudo realizado por Aquino *et al*¹³ pacientes com DPOC classificada como moderada a grave mostraram uma força da musculatura inspiratória menor que os indivíduos sem alterações respiratórias¹³. A fraqueza pulmonar é causada pela fraqueza muscular, assim como a diminuição da capacidade oxidativa dos músculos, reduzindo a capacidade energética e aumentando o estresse oxidativo, podendo levar a perda de massa muscular e conseqüentemente um quadro de má nutrição associado à limitação crônica ao fluxo aéreo e a hiperinsuflação deixam os músculos inspiratórios em desvantagem mecânica, agravando ainda mais os sintomas^{1,3,12}.

As principais comorbidades encontradas nesta pesquisa foram hipertensão arterial sistêmica (67,1%) e diabetes *mellitus* (24,7%). Em concordância com o que foi observado nessa pesquisa, Pedone *et al*.¹⁴ em um estudo com 1.159 pacientes (49% mulheres) com média de

idade de 73,2 anos portadores de DPOC, que tinham tido alta hospitalar após uma exacerbação aguda, constataram que as comorbidades mais frequentes foram hipertensão arterial (27,3%), diabetes *mellitus* (12,7%) e cardiopatia isquêmica (11,4%)¹⁴. Ambas comorbidades são reflexos diretos do estilo de vida e hábito alimentar desses pacientes.

Essa pesquisa destaca a presença de dieta habitual de qualidade inadequada em pacientes com DPOC, associada com baixos valores de IMC e depleção muscular pelo EMAP. Tais associações possuem um grande impacto, pois sabe-se que a desnutrição influencia de maneira significativa o sistema pulmonar cursando uma redução na complacência e homeostase pulmonar, diminuindo assim massa muscular, força e resistência respiratória, além de alterações nos mecanismos imunológicos de defesa pulmonar e controle da respiração¹⁵.

Pacientes com DPOC que perderam involuntariamente o peso demonstraram dispneia aumentada, em comparação com aqueles que têm obstrução do fluxo mas que não perderam peso^{2,11,15}. Evidência também sugere que pacientes com DPOC desnutridos apresentam diminuição da força muscular, incluindo as necessárias para respiração, deterioração mais rápida da função pulmonar e diminuição da capacidade de exercício¹⁵⁻¹⁶.

A dieta inadequada reflete em deficiências de macro e micronutrientes importantes em pacientes desnutridos, que geram uma série de alterações e agravam ainda mais o quadro clínico da DPOC. Vários fatores nutricionais estão relacionados a DPOC, principalmente devido ao seu efeito potencial sobre: reação inflamatória, atividade da musculatura lisa das vias aéreas e reações enzimáticas associadas à transmissão neuromuscular. Esses fatores incluem deficiência de vitaminas antioxidantes, baixa ingestão de ácidos graxos ômega-3 e maior ingestão de ácidos graxos ômega-6, características dos alimentos refinados e processados conforme foi exposto pelo IQD avaliado no presente estudo¹⁷.

O grupo de cereais e pães refinados (carboidratos simples) foi o segundo mais consumido pelos pacientes (máxima 17,2 porções) do estudo. Sabe-se que dietas com alto conteúdo de carboidrato resultam em aumento do quociente respiratório e da produção de gás carbônico (VCO₂). E esse

aumento do VCO₂ pode agravar pacientes em falência respiratória, mas em pacientes estáveis o efeito é pequeno¹⁸.

Em um estudo realizado por Bool *et al*¹⁹ com objetivo de investigar a ingestão alimentar em relação à baixa massa livre de gordura, com 564 pacientes portadores de DPOC, foram encontrados resultados semelhantes, como a ingestão diária de macro e micronutrientes estava frequentemente abaixo das recomendações em pacientes com DPOC, a maior deficiência identificada foi a vitamina D, que refletia a má qualidade da dieta em geral, porém não avaliada pelo IQD. Além disso, a menor qualidade da ingestão alimentar foi encontrada em pacientes com um índice de massa livre de gordura baixo (IMG)¹⁹. Assim como nesta pesquisa, em que menores valores do IMC e depleção muscular aferida pela EMAP foram correlacionados com maior risco para presença da dieta inadequada pelo IQD. Um das explicações para esse achado é que pacientes com depleção muscular já possuem, uma alimentação deficitária, promovendo ainda mais a depleção, o que a longo prazo pode se tornar um ciclo vicioso.

Sabe-se que são vários os fatores que podem levar a uma ingestão inadequada de alimentos em pacientes com DPOC, como a inapetência devido aos sintomas associados a doença que, conseqüentemente, causam perda de peso. Neste estudo, foi encontrado baixo consumo de frutas (máximo 3,9 porções) e nenhum consumo de alimentos do grupo de oleaginosas. Em um grande estudo de coorte em Singapura, foi demonstrado que o consumo frequente de frutas (maçãs, pêras, uvas) pode reduzir a incidência de tosse expectorante¹⁷. Em um estudo transversal realizado na Holanda¹⁹, observou-se que em pessoas que consumiram grandes quantidades de frutas (maçãs e peras) a incidência de tosse crônica e dispneia foi menor do que nos pacientes restantes¹⁹. Tabak *et al*²⁰ mostraram que o aumento no consumo de frutas para 180 g/dia causou uma diminuição na ocorrência de sintomas respiratórios. Neste estudo não foi avaliado o tipo de fruta. Convém ressaltar a importância da educação nutricional para aumentar o consumo de frutas e oleaginosas e encorajar os pacientes a consumir pelo menos quatro porções de frutas diariamente, fornecendo-lhes uma boa fonte de vitaminas e minerais essenciais, fibras e fito-nutrientes. Segundo o Ministério da Saúde, a população precisa incorporar mais alimentos nutritivos em sua rotina alimentar e, embora

grande parte da população saiba da importância das frutas e hortaliças, o seu consumo diário ainda é baixo²¹.

O estado nutricional pelo IMC classificado como desnutrição/magreza e EMAP classificado como depleção leve e depleção grave foram relacionadas como fatores de risco para presença de dieta inadequada em pacientes portadores de DPOC. E entre homens e mulheres, aqueles com menor pontuação para Índice de Qualidade da Dieta, classificando-se como dieta inadequada apresentaram IMC com menores médias.

Conforme já postulado, a desnutrição tem impacto negativo no curso clínico do paciente com DPOC, pois acarreta diversas alterações funcionais respiratórias, além de estar associada com a maior suscetibilidade à infecção, devido à diminuição da imunidade celular, diminuição da função macrofágica alveolar e aumento de colonização e aderência bacteriana nas vias aéreas superiores e inferiores^{2,17}.

Além da inapetência, a disfagia compromete a mastigação e a presença de dispneia dificulta o consumo dos alimentos, tornando a ingestão inadequada para determinada demanda, visto que há um aumento da taxa de metabolismo basal de 15 a 17% em pacientes com DPOC grave, que pode levar à perda de peso e agravar o quadro de desnutrição⁶.

É fundamental que a dietoterapia e a terapia nutricional sejam individualizadas e introduzidas o mais precocemente possível, principalmente nos casos de desnutrição para uma boa evolução do quadro clínico e para a melhoria da qualidade de vida do paciente.

O estudo possui limitações, como o número amostral limitado, devido ao curto período de coleta. O estudo foi realizado apenas em um hospital da cidade, portanto a amostra foi menor do que se esperava. Dentre as necessidades de ajuste deste estudo, esta avaliar quantitativamente a relação dos micronutrientes da dieta dos pacientes portadores de DPOC, visto que o programa IQD avalia apenas porções de macro nutrientes. O peso e altura isolados não discriminam gordura e massa muscular ou massa magra, por isso é importante avaliar a composição corporal por meio de outros métodos, como bioimpedância. Porém, mesmo com essas limitações, o estudo conseguiu evidenciar resultados importantes.

CONCLUSÃO

Este estudo demonstrou a importância da avaliação da qualidade da dieta e do estado nutricional de pacientes hospitalizados com DPOC, trata-se da primeira pesquisa avaliando a qualidade da dieta com associação de fatores inerentes à uma pneumopatia. Pacientes com baixo peso e depleção muscular prevaleceram no estudo. Quanto ao estado nutricional, valores médios ou maiores de IMC e EMAP atuaram como fatores de proteção contra a presença de dieta inadequada pelo IQD.

Enquanto as classificações de IMC de desnutrição, a EMAP de depleção leve/grave e a saturação menor que 90% foram variáveis relacionadas como fatores de risco para presença de dieta inadequada pelo IQP. Ainda, nenhum paciente foi considerado com dieta habitual saudável. Conforme o IQD a maioria dos pacientes necessita de ajuste na alimentação. Assim, recomenda-se a realização de novos estudos, especialmente longitudinais, com essa temática para melhor compreensão dos fatores apontados na presente pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. GOLD – *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: NHLBI/WHO workshop report. Bethesda: National Heart, Lung and Blood Institute, 2001. (NIH Publication #2701:1-100). DOI: 10.1164/ajrccm.163.5.2101039
2. Caram LM, Ferrari R, Neves CR, Coelho LS, Vale AS, Tanni SE et al. Fatores de risco de doença cardiovascular em pacientes com DPOC: DPOC leve/moderada versus DPOC grave/muito grave. *J. bras. pneumol.* 2016;42(3):179-184. DOI: 10.1590/S1806-37562015000000121
3. Fernandes AC, Bezerra OMP. Terapia nutricional na doença pulmonar obstrutiva crônica e suas complicações nutricionais. *J. bras. Pneumol.* 2006;32(5):461-7. DOI: 10.1590/S1806-37132006000500014
4. Fisberg RM, Slater B, Barros RR, Lima FD, Cesar CLG, Carandina L et al. Índice de Qualidade da Dieta: avaliação da adaptação e aplicabilidade. *Rev. Nutr.* 2004 Sep.; 17(3): 301-318. DOI: 10.1590/S1415-52732004000300003
5. Chumlea WMC, Guo SS, Roche AF, Steinbaugh ML. Prediction of body weight for the nonambulatory elderly from anthropometry. *J Am Diet Assoc* 1988;88(5):564-8. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3367012/> acesso em 02.05.2021
6. Melo APF, Salles RK, Vieira FGK, Ferreira MG. Métodos de estimativa de peso corporal e altura em adultos hospitalizados: uma análise comparativa. *Rev. Bras. Cineantropom. Desempenho Hum.* 2014 Aug; 16(4): 475-484. DOI: 10.5007/1980-0037.2014v16n4p475
7. World Health Organization (WHO). Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation. Geneva: WHO; 2000. [WHO technical report series; 894]. ISBN: 92 4 120894 5
8. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care.* 1994; 21(1):55-67. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8197257/> Acesso em 02/05/2021.
9. Lameu EB, Gerude MF, Corrêa RC, Lima KA. Adductor pollicis muscle: a new anthropometric parameter. *Rev Hosp Clin Fac Med São Paulo.* 2004;59(2):57-62. DOI: 10.1590/S0041-87812004000200002
10. Varraso R, Chiuve SE, Fung TT, Graham BR, Frank BH, Willett WC et al. Alternate Healthy Eating Index 2010 and risk of chronic obstructive pulmonary disease among US women and men: prospective study. *BMJ* 2015;350:286. DOI: 10.1136/bmj.h286
11. Hanson C, Rutten EP, Wouters EF, Rennard S. Influence of diet and obesity on COPD development

- and outcomes. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2014; 9:723–773. DOI: 10.2147/COPD.S50111
12. Bárbara C, Moita J, Cardoso J, Costa R, Redondeiro R, Gaspar M. The importance of dyspnoea in the diagnosis of chronic obstructive pulmonary disease – a descriptive analysis of a stable cohort in Portugal (SAFE trial). *Rev Port Pneumol.* 2011;17:131-8. DOI: 10.1016/j.rppneu.2011.03.004
 13. Aquino ES, Peres TM, Lopes IBV, Resgalla FM, Coelho CC, Filho ITC. Correlation between body composition and respiratory muscle strength, endurance, and exercise capacity in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Fisioter. Pesqui. São Paulo.* 2010; 17 (1): 58-62. DOI: 10.1590/S1809-29502010000100011
 14. Pedone C, Scarlata S, Sorino C, Forastiere F, Bellia V, Incalzi RA. Does mild COPD affect prognosis in the elderly? *BMC Pulmonary Med* 2010, 10:35 /1471-2466. DOI: 10.1186/1471-2466-10-35
 15. Pascotini FS, Fedosse E, Ramos MC, Ribeiro VV, Trevisan ME. Respiratory muscle strength, pulmonary function and thoracoabdominal expansion in older adults and its relation with nutritional status. *Fisioter Pesqui.* 2016;23(4):416-422. DOI: 10.1590/1809-2950/16843223042016
 16. Ezzell L, Jensen G. Malnutrition in chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Clin Nutr.* 2000;72(6):1415–1416. DOI: 10.1093/ajcn/72.6.1415
 17. Postulszna D, Doboszyńska A. Assessment of nutritional status of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and the impact of diet on COPD risk. *Pneumonol. Alergol. Pol.* 2011; 79 (2): 109–115. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21351061/> Acesso em 02/05/2021
 18. Ferreira IV. Chronic obstructive pulmonary disease and malnutrition: why aren't we winning this battle? *J Pneumol* 2003;29(2):107-15. DOI: 10.1590/S0102-35862003000200011
 19. Bool CV, Verdonschot CM, Melick PV, Spruit MA, Franssen FME, Wouters EFM et al. Quality of dietary intake in relation to body composition in patients with chronic obstructive pulmonary disease eligible for pulmonary rehabilitation. *European J Clin Nutr.* 2014 (68): 159–165. DOI: 10.1038/ejcn.2013.257
 20. Tabak C, Arts I, L.JAC, Smit H, Heederik D, Kromhout D. Chronic obstructive pulmonary disease and intake of catechins, flavonols, and flavones. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2001 (164): 61–64. DOI: 10.1164/ajrccm.164.1.2010025
 21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde; 2014. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf Acesso em 02/05/2021.

O uso de álcool e outras drogas entre estudantes universitários brasileiros

The use of alcohol and other drugs among brazilian university students

Amanda de Abreu Ramalho¹
Roberto Nascimento de Albuquerque²

RESUMO

Objetivo: verificar o consumo de drogas psicoativas entre estudantes universitários ingressantes da área de saúde de uma instituição privada de ensino superior do Distrito Federal.

Métodos: estudo quantitativo, descritivo, exploratório, observacional e transversal realizado entre os meses de fevereiro e março de 2019. Foi aplicado um questionário sociodemográfico e o Teste para Triagem do Envolvimento com Fumo, Álcool e Outras Drogas.

Resultados: pesquisa realizada com 242 estudantes apontou elevado índice de consumo de bebidas alcoólicas, seguido pelo uso de derivados do tabaco, maconha e narguilé.

Conclusão: verificou-se que, calculando-se a Razão de Prevalências entre o uso de bebidas alcoólicas e do tabaco têm-se que o primeiro ocorre 2,2 vezes mais que o segundo. Contudo, ao calcular-se a Razão de Prevalências entre o desejo ou urgências de consumi-los, observou-se que isso ocorre 2 vezes mais com os derivados do tabaco em relação às bebidas alcoólicas, sendo, portanto, o inverso do uso.

Palavras-Chave: Drogas ilícitas; Tabaco; Bebidas alcoólicas; Maconha; Cachimbos de água; Estudantes; Universidade.

ABSTRACT

Objective: to verify the consumption of psychoactive drugs among university students entering the health area of a private higher education institution in the Federal District.

Methods: quantitative, descriptive, exploratory, observational and cross-sectional study carried out between February and March 2019. A sociodemographic questionnaire and the Test for Screening Involvement with Smoking, Alcohol and Other Drugs were applied.

Results: research conducted with 242 students showed a high rate of alcohol consumption, followed by the use of tobacco derivatives, marijuana and hookah.

¹Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário de Brasília (CEUB), Distrito Federal, Brasília, Brasil. Enfermeira residente do Programa de Residência de Enfermagem da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF.

²Doutor em Enfermagem. Professor Titular do Centro Universitário de Brasília (CEUB), Brasília, DF, Brasil.

Correspondência: Amanda de Abreu Ramalho: mandalpink@gmail.com
Roberto Nascimento de Albuquerque: roberto.albuquerque@ceub.edu.br

Recebido: 30/10/20
Aceito: 28/06/21

Conclusion: it was found that, calculating the Prevalence Ratio between the use of alcoholic beverages and tobacco, the former occurs 2.2 times more than the latter. However, when calculating the Prevalence Ratio between the desire or urgencies to consume them, it was observed that this occurs twice as often with tobacco derivatives in relation to alcoholic beverages, inverting the use of these substances.

Keywords: Illicit drugs; Tobacco; Alcoholic beverages; Marijuana; Water Pipes; Students; University.

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS)¹, estima-se que 43% da população mundial são bebedores atuais de álcool, com média de consumo *per capita* mundial de 6,4 litros de álcool puro. No Brasil, aproximadamente 40% da população referiu consumo de álcool naquele ano. Porém, observou-se que o consumo *per capita* no país é acima da média mundial, sou seja, 7,8 litros de álcool por ano¹.

Além disso, de acordo com o Relatório Mundial sobre Drogas da OMS, 35 milhões de pessoas sofrem de transtornos decorrentes do uso de drogas e necessitam de tratamento, sendo a *cannabis sativa* utilizada aproximadamente por 188 milhões de pessoas ao redor do mundo².

E esse consumo de álcool e outras drogas também se encontra presente nas universidades. Observa-se que o início da vida universitária traz diversas mudanças, visto que a universidade é um ambiente novo e repleto de normas, metodologias, grupos e pessoas desconhecidas. Assim, além do estudante criar novos laços de amizade, faz com que ele desenvolva um perfil que corresponda com todas essas cobranças³.

Muitas vezes, o uso de álcool e outras drogas psicoativas podem ser a válvula de escape para que esses estudantes possam enfrentar as dificuldades encontradas na vida universitária⁴⁻⁸.

Dentre esses estudantes, merece especial atenção aos ingressantes dos cursos da área da saúde. Fatores como exigências pedagógicas específicas, carga horária

intensa, estágios supervisionados longe de casa e da faculdade, dentre outros, podem resultar em um esgotamento físico e mental e, como consequência, o uso abusivo de álcool e outras drogas⁹.

Frente ao exposto, o presente estudo tem por objetivo verificar o consumo de drogas psicoativas entre estudantes ingressantes da área da saúde de uma instituição privada de ensino superior do Distrito Federal, Brasil.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo, exploratório, observacional e transversal que busca verificar o consumo de álcool e outras drogas entre universitários ingressantes nos cursos da área da saúde de uma instituição privada de ensino do Distrito Federal, Brasil.

Optou-se por escolher tal instituição, pois a mesma se encontra em um bairro propício para o consumo de substâncias psicoativas, rodeado de bares e distribuidoras de bebidas alcoólicas.

Os critérios de inclusão dos sujeitos da pesquisa foram: acadêmicos regularmente matriculados nos cursos da área da saúde da referida instituição, com idade acima de 18 anos; estudantes que estiverem presentes no dia da coleta de dados e que concordarem em participar da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE.

Para alcançar os objetivos propostos foram utilizados dois instrumentos de coleta de dados: um questionário sociodemográfico e o Teste para

Triagem do Envolvimento com Fumo, Álcool e Outras Drogas. A tabulação e análise dos dados foi realizada por meio da utilização do *software* SPSS Statistics 23 for Windows.

O teste para triagem foi validado pelo Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo e pelo Departamento de Farmacologia da Universidade Federal do Paraná¹⁰. Esse questionário é composto de oito perguntas sobre o uso de nove classes de substâncias: tabaco, álcool, maconha, cocaína, estimulantes, sedativos, inalantes, alucinógenos e opiáceos. As questões abordam sobre o consumo de cada substância ao longo da vida, a frequência, a necessidade de consumir determinada substância e fatores negativos decorrentes do uso, preocupações de amigos e familiares a respeito do uso; se já houve tentativas de diminuição do consumo e se os sujeitos da pesquisa já utilizaram alguma substância injetável¹⁰.

Ressalta-se que a pesquisa seguiu todos os preceitos éticos de acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. Os estudantes foram orientados sobre o objetivo da pesquisa e aqueles que concordaram assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob parecer número 3.070.410 de 10/12/2018.

RESULTADOS

A Tabela 1 revela que a maioria dos 242 estudantes participantes da pesquisa era do sexo feminino

(74%), entre 18 e 20 anos (72,4%), regulamente matriculados no período matutino (59,1%).

Tabela 1
Perfil dos estudantes ingressantes nos cursos da área da saúde de uma instituição privada. Brasília, DF, Brasil. 2019.

	Nº	%
Sexo		
Masculino	63	26
Feminino	179	74
Faixa Etária		
18 a 20 anos	175	72,4
21 a 24 anos	29	12
25 a 30 anos	19	7,8
31 a 35 anos	12	4,9
Acima de 35 anos	7	2,9
Turno		
Matutino	143	59,1
Noturno	99	40,9
Total	242	100

A Tabela 2 evidencia o uso de substâncias psicoativas entre os estudantes universitários. Foi observado que 89,3% dos estudantes já fizeram uso de bebidas alcoólicas; 40% já consumiram derivados do tabaco; 33,9% já fizeram uso de maconha e 34,7% dos entrevistados referiram o uso de outras substâncias psicoativas, sendo o narguilé mencionado por 100% dos estudantes.

Tabela 2
Uso de substâncias derivadas do tabaco, bebidas alcoólicas, maconha e outras drogas psicoativas entre estudantes ingressantes nos cursos da área da saúde de uma instituição privada. Brasília, DF, Brasil, 2019.

Substância	Respostas	n	%
Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	Não	145	60
	Sim	97	40
Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodca, vermouths...)	Não	26	10,7
	Sim	216	89,3
Maconha (baseado, erva, haxixe...)	Não	160	66,1
	Sim	82	33,9
Outras (Narguilé)	Não	158	65,3
	Sim	84	34,7
Total		242	100

Na Tabela 3 são apresentados os dados sobre a frequência do consumo nos últimos três meses. Ao analisar essa tabela, percebe-se que o uso de bebidas alcoólicas têm sido a substância preferida pelos estudantes para o uso semanal (26,8%),

seguidos pelo narguilé (8,3%), tabaco (4,5%) e a maconha (2,9%). Porém, observa-se que a dependência do cigarro foi mencionada por 6,2% dos entrevistados e 4,6% referiram dependência do álcool.

Tabela 3

Frequência de uso das substâncias derivadas do tabaco, bebidas alcoólicas, maconha e outras substâncias psicoativas entre estudantes ingressantes nos cursos da área da saúde de uma instituição privada. Brasília, DF, Brasil, 2019.

Substância		Nunca	1 ou 2 vezes	Mensal	Semanal	Diariamente ou quase todo dia
Derivados do tabaco	n	169	29	18	11	15
	%	69,9	12	7,4	4,5	6,2
Bebidas alcoólicas	n	54	64	48	65	11
	%	22,3	26,4	19,9	26,8	4,6
Maconha	n	192	29	9	7	5
	%	79,3	12	3,7	2,9	2,1
Outras	n	180	18	16	20	8
	%	74,4	7,4	6,6	8,3	3,3

Na Tabela 4 são apresentados os dados sobre o desejo ou urgência do consumo das substâncias nos últimos três meses. Observa-se que, apesar da Tabela 2 referir que 33,9% dos estudantes já terem consumido maconha, essa prevalência aumenta na Tabela 4 quando quase a metade dos entrevistados (49,6%) sentem o forte desejo ou a urgência em consumir essa substância. Verificou-se, também que apesar de quase 90% dos estudantes já terem feito uso de bebida alcoólica, 84,4% desses entrevistados referiram que não sentem urgência no uso dessa substância.

tados (49,6%) sentem o forte desejo ou a urgência em consumir essa substância. Verificou-se, também que apesar de quase 90% dos estudantes já terem feito uso de bebida alcoólica, 84,4% desses entrevistados referiram que não sentem urgência no uso dessa substância.

Tabela 4

Frequência dos últimos três meses, equivalente ao desejo ou urgência de consumir derivados do tabaco, bebidas alcoólicas, maconha e outras drogas psicoativas entre estudantes ingressantes nos cursos da área da saúde de uma instituição privada. Brasília, DF, Brasil, 2019.

Substância		Nunca	1 ou 2 vezes	Mensal	Semanal	Diariamente ou quase todo dia
Derivados do tabaco	n	205	17	9	5	14
	%	82,0	6,8	3,6	2,0	5,6
Bebidas alcoólicas	n	212	19	5	7	7
	%	84,8	7,6	2,0	2,8	2,8
Maconha	n	126	54	27	32	11
	%	50,4	21,6	10,8	12,8	4,4
Outras	n	205	12	12	8	5
	%	84,8	4,9	4,9	3,3	2,1

DISCUSSÃO

A presente pesquisa demonstrou que um número elevado de estudantes (89,3%) já fez uso de álcool. Presente em várias civilizações, o consumo de bebidas alcoólicas ocorre em celebrações, encontros sociais, eventos culturais, com a finalidade de diversão e entretenimento. A universidade também tem sido um ambiente propício para o uso dessa substância, principalmente como estratégia de socialização entre amigos e pares¹¹. As pessoas que

usam álcool frequentemente o fazem em festas ou bares, mas não frequentam bares sozinhos ou em família. Assim, o uso de bebidas alcoólicas pode ser visto também no âmbito universitário, como um fator de inclusão social¹². Os jovens, além de consumirem álcool influenciados pela cultura, bebem para se mostrarem extrovertidos, buscando sensações de relaxamento, embriaguez e perda de inibição. O uso de bebidas alcoólicas se dá também pela busca de seus efeitos de redução da tensão, da ansiedade, do estresse e do desconforto, além de tentar reduzir a frustração e o isolamento social¹²⁻¹³.

Outro dado importante mostrado nessa pesquisa foi nível elevado de 40% de uso de tabaco entre os estudantes. Ao verificar o motivo do uso do tabaco entre os estudantes universitários, pesquisas demonstram que o mesmo tem sido utilizado como moderador da ansiedade e depressão. O consumo de grandes quantidades de cigarro pode estar associado à ansiedade em jovens adultos¹⁴⁻¹⁵.

Além disso, o estudante universitário pode fazer uso do tabaco para aliviar o sentimento de tristeza ou de humor negativo. Isso são possíveis explicações para a relação do uso do tabaco e a depressão entre estudantes universitários. Porém, estudos comprovaram que a nicotina pode interferir nos sistemas neuroquímicos, afetando circuitos neurais associados à regulação de humor desses indivíduos¹⁶.

Outro dado refere-se ao uso de maconha (cannabis) entre 33,9% dos estudantes. O seu uso no meio universitário pode estar relacionado à busca de diferentes estímulos, dentre eles a fuga de problemas pessoais, financeiros ou emocionais/psicológicos. Outros motivos também podem ser vistos como gatilho para o uso da maconha entre estudantes universitários, tais como: a pressão imposta por grupos sociais, predisponibilidade genética, problemas de personalidade, baixa autoestima, falta de perspectiva de vida, procura de sensações de prazer e a curiosidade¹⁷⁻¹⁸. Ressalta-se que os efeitos da maconha podem causar danos físicos e psíquicos entre seus usuários. O uso constante pode causar problemas de concentração, de memória, além de questões sensoriais, euforia, sedação, taquicardia, boca seca, ansiedade e ataques de pânico¹⁹.

O uso de outro derivado de tabaco tem sido frequente entre os jovens universitários da pesquisa: o narguilé. Também chamado de *xixa* ou *hookah*, o narguilé é uma espécie de cachimbo de água de origem oriental, utilizado para fumar tabaco aromatizado. Observa-se que a prática de fumar o narguilé tem sido bastante difundida no Brasil, na zona urbana, pois está ligada especialmente ao conhecimento do usuário a respeito do narguilé²⁰. A popularidade dessa prática se deu a partir da crença de que o narguilé é menos prejudicial que o tradicional cigarro. Contudo, única sessão de uso do narguilé, durante cerca de uma ou duas horas, pode corresponder a fumar entre 100 e 150 cigarros. Além de ser uma forma de integração no meio dos jovens, a novidade de fumar narguilé é mais acessível tanto financeira quanto legalmente, tendo em vista de que as políticas restritivas ao uso do cigarro estão cada vez mais efetivas. As in-

dústrias responsáveis pela comercialização do narguilé já consideram os jovens e adolescentes como potenciais consumidores, pois se observa que as propagandas desse produto são extremamente atrativas e direcionadas ao público mais novo, dentre eles os universitários²¹⁻²⁴.

CONCLUSÃO

O presente estudo evidenciou que os estudantes do curso da área da saúde já fizeram consumo de drogas lícitas e ilícitas, sendo o álcool a substância mais utilizada, seguido por derivados do tabaco, maconha e o narguilé.

Muitos estudantes informaram que o uso dessas substâncias tem sido constante, apesar de saberem dos riscos e malefícios que essas substâncias podem causar, poucos referiram pensar ou tentar diminuir o uso.

Ressalta-se que além das prevalências identificadas, foi possível verificar que, calculando-se a Razão de Prevalências entre o uso de bebidas alcoólicas e do tabaco têm-se que o primeiro ocorre 2,2 vezes mais que o segundo. Contudo, ao calcular a Razão de Prevalências entre o desejo ou urgências de consumo, observa-se que isso ocorre 2 vezes mais com os derivados do tabaco em relação às bebidas alcoólicas, sendo, portanto, o inverso do uso.

Apesar de a pesquisa ter sido realizada em uma região específica do Brasil, os resultados apresentados são dados importantes para apoiar a criação de estratégias de sensibilização e conscientização sobre o uso de substâncias psicoativas por parte de estudantes das Instituições de Ensino Superior.

Sugere-se uma revisão e reformulação dos parâmetros curriculares que garantam a discussão sobre o tema nos cursos de graduação, bem como a inclusão de estratégias de promoção à saúde e prevenção do uso de drogas psicoativas dentro das universidades. Além disso, os profissionais de educação devem ser treinados e capacitados para reconhecerem sinais e sintomas do uso de álcool e outras drogas, saber acolher esses estudantes e encaminhá-los à uma equipe multidisciplinar de saúde para acompanhamento e tratamento.

Conclui-se que, frente aos resultados apresentados, fazem-se necessárias novas pesquisas para entender melhor o uso dessas substâncias entre os estudantes universitários e, em especial, os estudantes da área da saúde.

REFERÊNCIAS

- World Health Organization (WHO). Global Status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018. Available from: https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/.
- World Health Organization (WHO). World Drug Report 2019. Geneva: World Health Organization; 2018. Available from: <https://wdr.unodc.org/wdr2019/>.
- Papalia DE, Olds SW, Feldman RD. Desenvolvimento humano. Porto Alegre: Artmed; 2013.
- Jun W, Lee G. Comparing anger, anger expression, life stress, and social support between Korean female nursing and general university students. Journal of Advanced Nursing [Internet]. 2017 [cited 2021 jun 27]; 73(12): 2914-2922. Available from: <https://doi.org/10.1111/jan.13354>.
- Vargas D, Bittencourt MN. Álcool e alcoolismo: atitudes de estudantes de enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]. 2013 [cited 2021 jun 27]; 66(1): 84-89. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000100013>.
- Lorant V, Nicaise P, Soto VE, d'Hoore W. Alcohol drinking among college students: college responsibility for personal troubles. BMC Public Health [Internet]. 2013 [cited 2021 jun 27]; 13: 615. Available from: <http://doi.org/10.1186/1471-2458-13-615>.
- Ferraz L, Rebelatto SR, Schneider GC, Anzolin V. O uso de álcool e tabaco entre acadêmicos de uma universidade do sul do Brasil. Revista Brasileira em Promoção de Saúde [Internet]. 2017 [cited 2021 jun 27]; 30(1): 79-85. Available from: <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2017.p79>.
- Santos M, Santos C, Carvalho M. Cannabis sativa e Salvia divinorum: uso irresponsável de plantas medicinais com atividades psicoativas. Revista de Trabalhos Acadêmicos [Internet]. 2011 [cited 2021 jun 27]; 2(1): 1-7. Available from: <http://revista.universo.edu.br/index.php?journal=1reta2&page=article&op=view&path%5B%5D=355&path%5B%5D=239>.
- Paro CA, Bittencourt ZZLC. Qualidade de vida de graduandos da área da saúde. Revista Brasileira de Educação Médica [Internet]. 2013 [cited 2021 jun 27]; 37(3): 365-375. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022013000300009>.
- Henrique IFS, De Michelli D, Lacerda RB, Formigoni MLOS. Validação da versão brasileira de teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). Revista da Associação Médica Brasileira [Internet]. 2004 [cited 2021 jun 27]; 50(2): 199-206. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302004000200039>.
- Oliveira Júnior HP, Brands B, Cunningham J, Strike C, Wright MGM. Percepção dos estudantes universitários sobre o consumo de drogas entre seus pares no ABC Paulista, São Paulo, Brasil. Rev Latinoam Enferm. [Internet]. 2009 [cited 2021 jun 27]; 17(N.esp.): 871-877. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000700018>.
- Kuntsche E, Knibbe R, Gmel G, Engels R. Who drinks and why? A review of socio-demographic, personality, and contextual issues behind the drinking motives in young people. Addictive Behaviors [Internet]. 2006 [cited 2021 jun 27]; (31): 1844-57. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.12.028>.
- Andrade AG, Anthony JC, Silveira CM. Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual. Barueri: Minha Editora; 2009.
- Calheiros PRV, Oliveira MS, Andretta I. Comorbidades psiquiátricas no tabagismo. Aletheia [Internet]. 2006 [cited 2021 jun 27]; 1(23): 65-74. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942006000200007&lng=pt&nrm=iso.
- Rondina RC, Gorayeb R, Botelho C. Características psicológicas associadas ao comportamento de fumar tabaco. Jornal Brasileiro de Pneumologia [Internet]. 2007 [cited 2021 jun 27]; 33(5): 592-601. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1806-37132007000500016>.
- Polonio IB, Oliveira M, Fernandes LMM. Tabagismo entre estudantes de medicina e enfermagem da Universidade Anhembi Morumbi: Prevalência e avaliação da dependência nicotínica e escala de depressão e ansiedade. Arq Méd Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo [Internet]. 2017 [cited 2021 jun 27]; 62(1): 7-12. Available from: <http://arquivosmedicos.fcmsan-tacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/view/86>.
- Cruz MJB. Uso de drogas entre os jovens e adolescentes: da curiosidade à dependência. Especialização [Especialização em atenção básica e saúde da família] – Universidade Federal de Minas Gerais; 2013. Available from: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Uso_de_drogas_entre_os_jovens_e_adolescentes_da_curiosidade_a_dependencia/461.

18. Alves YDD, Macrae E. Uma abordagem teórica sobre o contexto social do uso de drogas. *Revista TOMO* [Internet]. 2019 [cited 2021 jun 27]; 1(34): 81-114. Available from: <https://seer.ufs.br/index.php/tomo/article/view/9850>
19. Pereira JR, Sousa CV, Shigaki HB, Lara JE. Cannabis Sativa: Aspectos Relacionados ao Consumo de Maconha no Contexto Brasileiro. *Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde* [Internet]. 2018 [cited 2021 jun 27]; 15(1): 1-16. Available from: <https://doi.org/10.21450/rahis.v15i1.4573>.
20. Menezes AMB, Wehrmeister FC, Horta BL, Szwarcwald CL, Vieira ML, Malta DC. Frequência do uso de narguilé em adultos e sua distribuição conforme características sociodemográficas, moradia urbana ou rural e unidades federativas: Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), 2013. *Revista Brasileira de Epidemiologia* [Internet]. 2015 [cited 2021 jun 27]; 18(supl.2): 57-67. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500060006>.
21. Maziak W. The waterpipe: time for action. *Addiction* [Internet]. 2008 [cited 2021 jun 27]; 1(103): 1763-1767. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02327.x>.
22. Reveles CC, Segri NJ, Botelho C. Factors associated with hookah use initiation among adolescents. *Jornal de Pediatria* [Internet]. 2013 [cited 2021 jun 27]; 89(1): 583-587. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jped.2013.08.001>.
23. Maziak W, Rastam S, Ibrahim I, Ward KD, Shihadeh A, Eissenberg T. CO exposure, puff topography, and subjective effects in waterpipe tobacco smokers. *Nicotine Tob Res.* [Internet]. 2009 [cited 2021 jun 27]; 11(7): 806-811. Available from: <https://doi.org/10.1093/ntr/ntp066>
24. Ward KD, Eissenberg T, Gray JN, Srinivas V, Wilson N, Maziak W. Characteristics of U.S. waterpipe users: a preliminary report. *Nicotine Tob Res.* [Internet]. 2007 [cited 2021 jun 27]; 9(12): 1339-1346. Available from: <https://doi.org/10.1080/14622200701705019>

Condições de saúde bucal da população quilombola no Brasil: uma revisão sistemática

Oral health conditions of quilombola population in Brazil: a systematic review

Isnaya Almeida Brandão Lima¹
Ludimila Alves de Souza²
Leandro Guimarães Garcia³
Luiz Sinésio Silva Neto⁴
Erika da Silva Maciel⁵

RESUMO

Até julho de 2020, o Brasil contava com 3.447 comunidades remanescentes de quilombos reconhecidas oficialmente e cerca de 222 processos de reconhecimento abertos no Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária. Estima-se que existam em todo o território nacional aproximadamente 214 mil famílias quilombola, a maioria delas vivendo em espaços rurais.

Objetivo: Conhecer as condições de saúde bucal dos quilombolas brasileiros, seus fatores determinantes e condicionantes.

Método: Revisão sistemática da literatura através de pesquisa nas bases de dados do Centro Latino-americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), MEDLINE, LILACS e BBO. Após as fases de identificação e seleção, oito estudos foram incluídos.

Resultados: Os dados extraídos indicam precárias condições de saúde bucal dos quilombolas e sua relação com fatores socioeconômicos.

Conclusão: Existem poucos estudos e uma necessidade real e urgente de ações para melhoria das condições de saúde bucal e da qualidade de vida dessa população.

Palavras-chave: Saúde Bucal; Grupo com ancestrais do continente africano; Vulnerabilidade; Brasil.

ABSTRACT

Until July 2020, Brazil had 3,447 officially recognized quilombo communities and about 222 recognition processes opened at the National Institute of Colonization and Agrarian Reform. It is estimated that there are approximately 214 thousand quilombola families across the country, most of them living in rural areas.

Objective: To know the oral health conditions of Brazilian quilombolas, their determining and conditioning factors.

¹ Mestre. Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciência e Saúde. Universidade Federal do Tocantins (UFT) — Palmas-TO, Brasil

² Especialista. Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciência e Saúde. Universidade Federal do Tocantins (UFT) — Palmas-TO, Brasil

³ Doutor. Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciência e Saúde. Universidade Federal do Tocantins (UFT) — Palmas-TO, Brasil

⁴ Doutor. Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciência e Saúde. Universidade Federal do Tocantins (UFT) — Palmas-TO, Brasil

⁵ Doutora. Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciência e Saúde. Universidade Federal do Tocantins (UFT) — Palmas-TO, Brasil

Correspondência: Isnaya Almeida Brandão Lima. Telefone: (63) 98500-0192 E-mail: nayabrandao@gmail.com

Recebido: 31/05/20

Aceito: 20/02/21

Methods: Systematic literature review by searching the databases of the Latin American and Caribbean Center on Health Sciences Information (BIREME), MEDLINE, LILACS and BBO. After the identification and selection phases, eight studies were included.

Results: The data extracted indicate poor oral health conditions for quilombolas and their relationship with socioeconomic factors.

Conclusion: There are few studies and a real and urgent need for actions to improve oral health conditions and the quality of life of this population.

Keywords: Oral Health; African Continental Ancestry Group; Vulnerability; Brazil

INTRODUÇÃO

As comunidades remanescentes de quilombos (CRQs) são reconhecidas como “grupos étnico-raciais, segundo critérios de auto atribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida”, conforme estabelecido pelo art. 2º do decreto presidencial nº 4.887, de 20 de novembro de 2003¹.

Até julho de 2020, o Brasil contava com 3.447 comunidades remanescentes de quilombos reconhecidas oficialmente e cerca de 222 processos de reconhecimento abertos no Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA)². Estima-se também que existam em todo o território nacional aproximadamente 214 mil famílias quilombolas³, a maioria delas vivendo em espaços rurais⁴.

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), os problemas de saúde mais recorrentes em populações quilombolas estão associados às desigualdades históricas que geram ainda mais segregação e dificuldades de acesso aos serviços assistenciais⁵. Nota-se uma concentração da oferta do serviço público de saúde na zona urbana, o

que tem aumentado ainda mais a vulnerabilidade da população rural⁶.

Uma possível explicação para a subutilização dos serviços de saúde pela população quilombola é a de que as iniquidades enfrentadas vão muito além das dificuldades no acesso e utilização de serviços de saúde, sendo expressas, sobretudo, pelas precárias condições sociais e econômicas⁷. O relatório divulgado pelo Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) em 2013 revelou que a maioria dos adultos residentes em comunidades quilombolas viviam com fome ou sob o risco de inanição. A mesma realidade, embora em números um pouco menores, se reproduzia na população infantil, na qual 41,1% das crianças e adolescentes quilombolas estavam sob esta condição. Tal vulnerabilidade social era agravada pela escassez de água encanada, presente em menos da metade de domicílios; esgotamento sanitário, encontrado em apenas 5% das comunidades pesquisadas; saúde e educação⁸.

Essa falta de estrutura, que perdura até os dias atuais, contribui para a persistência de agravos que já estão sob controle ou até em declínio em outros grupos populacionais, a exemplo da cárie dentária e de outras doenças bucais⁶.

A população negra como um todo ainda enfrenta desigualdades significativas, a começar pelo quesito renda: no estrato dos 10% com maior rendimento per capita, os brancos representavam 70,6%, enquanto os negros eram 27,7%; já entre os 10% de menor rendimento, isso se inverte: 75,2% são negros, e 23,7%, brancos. Essa constatação está no informativo “Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil”, divulgado em novembro de 2019 pelo IBGE⁹.

Assim, as famílias que residem nas comunidades remanescentes de quilombos e que representam 1% da população negra brasileira, convivem com significativas desigualdades econômicas, políticas, sociais e culturais. Ao mesmo tempo, as CRQs são capazes de desenvolver o protagonismo desse segmento, por meio de mecanismos de resistência e representação da cultura quilombola¹⁰.

Diante disso, foi utilizada a estratégia PICO para embasar a construção da pergunta de pesquisa¹¹: Quais as condições de saúde bucal de populações quilombolas no Brasil?

A realização de uma revisão sistemática de literatura se justifica pela necessidade de reunir as evidências científicas sobre o quadro epidemiológico da saúde bucal de populações quilombolas no Brasil e os fatores a ele associados.

Nesta perspectiva, com a finalidade de delimitar o objeto de estudo e o campo de investigação para a realidade que se pretende apreender, optou-se por selecionar apenas produções na forma de artigos publicados em periódicos nacionais desde 2004, ano de lançamento da Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente) que contemplou as diretrizes do Ministério da Saúde para a organização da atenção à saúde bucal no âmbito do SUS.

MÉTODO

Esta revisão sistemática da literatura teve como pergunta norteadora “Quais as condições de saúde bucal de populações quilombolas no Brasil?” A pergunta foi desenvolvida de acordo com as recomendações do documento Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)¹², que orienta revisões sistemáticas e meta-análises na área da saúde, e está registrada no PROSPERO sob o protocolo 209326.

Estratégia de busca

Foram incluídos estudos que pesquisaram a saúde bucal em quilombolas, publicados entre 2004 e 2019. A busca dos estudos primários foi realizada através das bases de dados do Centro Latino-americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), MEDLINE, LILACS e BBO.

Utilizou-se descritores classificados no DECS. Apenas “Quilombola” e “Quilombolas” não foram encontrados nesse vocabulário, mas ainda assim foram mantidos para evitar uma possível perda de estudos importantes.

Os descritores, combinados entre si, geraram os seguintes termos de busca:

- 1) “Oral Health” AND “African Continental Ancestry Group” AND Brazil
- 2) “Saúde Bucal” AND “Grupo com Ancestrais do Continente Africano” AND Brasil
- 3) “Saúde Bucal” AND Quilombola

Crítérios de elegibilidade

Foram considerados elegíveis todos os trabalhos que:

1. Apresentaram objetivo ou questão de pesquisa relacionados às condições de saúde bucal em quilombolas brasileiros, isto é, prevalência de doenças bucais (cárie, doença periodontal, edentulismo, entre outras), conhecimento sobre o assunto, autopercepção em saúde bucal, acesso aos serviços odontológicos e/ou quantidade de flúor na água de consumo.
2. Estavam disponíveis na íntegra e de forma gratuita nas bases de dados utilizadas.

Destes, foram excluídos todos os tipos de revisões, estudos metodológicos, resumos de congressos, monografias, dissertações, teses e capítulos de livro.

Seleção dos artigos

Dois pesquisadores, de forma independente, avaliaram os artigos oriundos da estratégia de busca inicial, por título e resumo, seguindo os critérios de elegibilidade e exclusão preestabelecidos. Os trabalhos selecionados até então foram lidos

na íntegra. Em caso de discordância entre os pesquisadores, a decisão final era tomada em reunião de consenso na presença de um terceiro pesquisador, cuja atribuição era mediar a discussão.

Extração dos dados

A tabulação dos dados se deu de forma padronizada e metodológica. Os seguintes itens foram incluídos: Autor/Ano/Periódico, Amostra/Local, Tipo de estudo, Principais resultados e Conclusão.

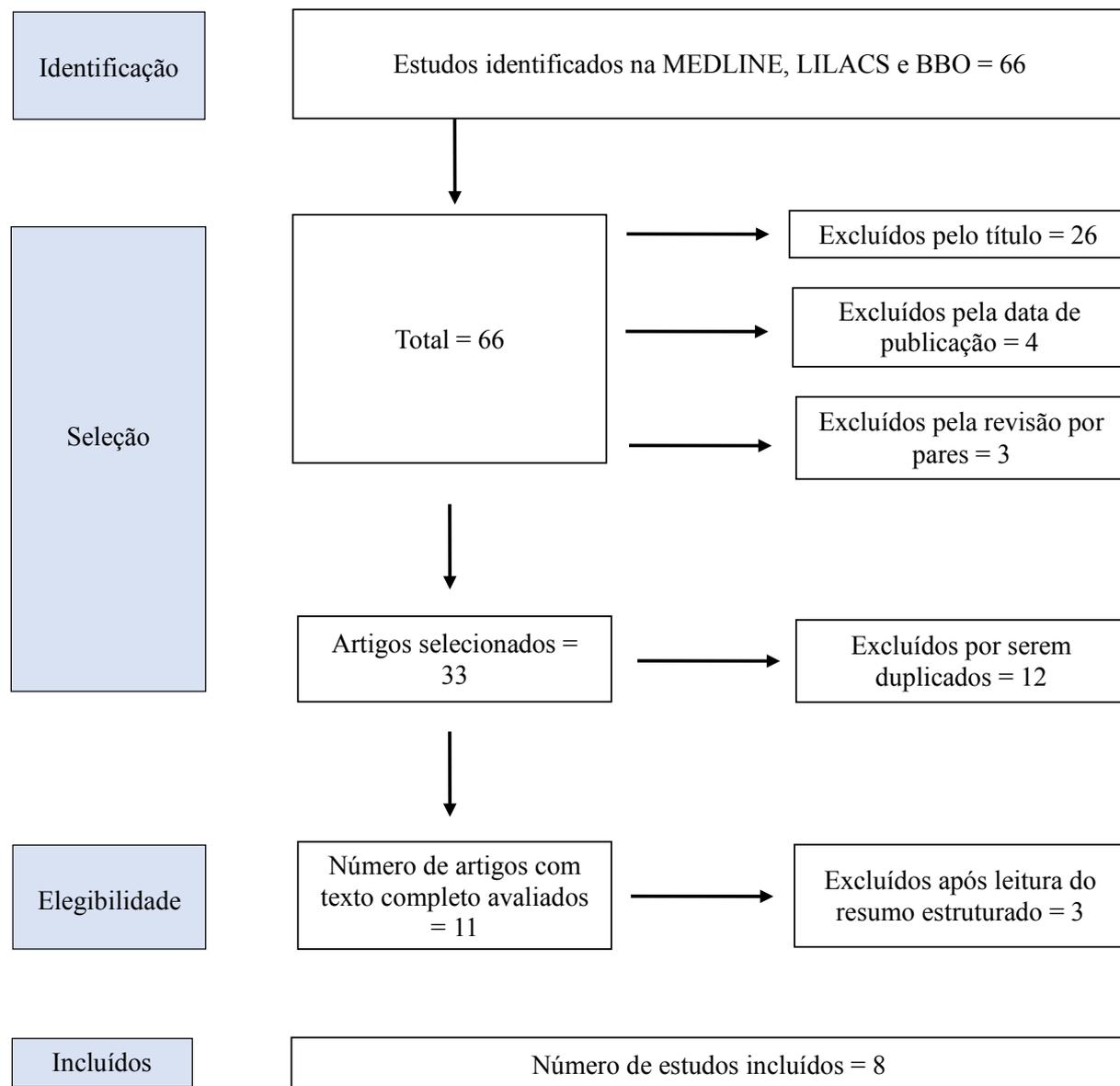
RESULTADOS

A busca a partir dos descritores combinados entre si identificou 66 artigos originais, dos quais 55 foram excluídos após a leitura dos títulos e resumos, seguindo os critérios de elegibilidade e exclusão preestabelecidos; restando 11 artigos para leitura na íntegra. Destes, 8 artigos foram incluídos nesta revisão.

O esquema representativo da busca e número de estudos encontrados e elegíveis, está representado na Figura 1.

Figura 1.

Esquema de busca e seleção de estudos publicados entre 2004 e 2019 no Brasil e incluídos na revisão sistemática.



Cinco dos oito estudos incluíram, em sua amostra, indivíduos adultos (faixa etária entre 19 e 59 anos de idade), sendo que dois deles incluíam também crianças. Outros dois dedicaram-se ao estudo das condições de saúde bucal dos idosos, e um teve como amostra exclusivamente adolescentes. É importante ressaltar que nenhum deles apresentou restrições com relação ao gênero. Do total de estudos analisados, 5 aconteceram na região Sudeste, 1 no Nordeste, 1 no Sul e 1 no Norte do país.

Todos os estudos foram transversais e avaliaram pelo menos um aspecto relacionado às condições de saúde bucal de quilombolas. Alguns buscaram estudar a prevalência das doenças bucais, como cárie dentária¹³, doença periodontal¹⁴ e/ou edentulismo¹⁵⁻¹⁷, enquanto outros buscaram avaliar conhecimento¹⁸ e/ou autopercepção^{13,17-19} em saúde bucal, acesso aos serviços odontológicos¹⁵ ou ainda hábitos de higiene oral²⁰.

As variáveis com maior prevalência de análise foram referentes às características socioeconômicas dos indivíduos (sexo, idade, escolaridade, condição socioeconômica etc.).

DISCUSSÃO

Em 2006, o Ministério da Saúde (MS) garantiu acréscimo nos repasses financeiros às equipes de saúde que atendessem populações quilombolas e de assentamentos de reforma agrária, conforme a Portaria nº 822/GM/MS, que alterou os critérios de definição das modalidades da Estratégia Saúde da Família.

As comunidades quilombolas também foram referidas em outros documentos, como na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, em 2009, e na Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIP-CF), instituída pela Portaria nº 2.866/2011. Estes documentos representam, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), os instrumentos norteadores para organização da rede de atenção à saúde da população quilombola e são entendidos como forma de reconhecimento da influência dos determinantes sociais sobre o processo de saúde-doença dessa população²¹.

Essas portarias visam melhorar os níveis de saúde, através da melhoria no acesso aos serviços, nos indicadores de saúde e, conseqüentemente, na qualidade de vida dessas populações²¹. No

entanto, o que se observa na prática é um desafio a ser vencido. Isso porque as desigualdades de acesso às ações e serviços do SUS ainda persistem, refletindo em indicadores de saúde assimétricos.

Cárie dentária

O último levantamento epidemiológico em saúde bucal a nível nacional (SB Brasil 2010) foi realizado há 10 anos e apontou como resultados principais a redução da prevalência de cárie. Aos 12 anos de idade, por exemplo, o índice CPO (soma dos dentes cariados, perdidos ou obturados) apresentou uma média de 2,1, valor 25% menor do que o encontrado em 2003 (2,8); já nos adultos (35 a 44 anos) o CPO apresentou uma redução de 19%, passando de 20,1 em 2003 para 16,3 em 2010. No entanto, apesar da “melhoria” na média nacional, foi possível observar um aumento das desigualdades entre regiões e entre estratos sociais²².

A precariedade das condições de saúde bucal das comunidades quilombolas brasileiras pode ser notada no artigo que determinou a prevalência de cárie em comunidades quilombolas do Rio de Janeiro em 2014. Neste trabalho, os pesquisadores encontraram uma prevalência de cárie de 22,9 em quilombolas de 35 a 39 anos de idade, indicador ainda maior que o 20,1 encontrado na população geral no levantamento nacional de 2003¹³.

Alguns pesquisadores atribuem a redução da cárie na população geral brasileira à implementação da água de abastecimento fluoretada, o que não ocorreu de forma equânime, com reduzido incremento principalmente nas áreas rurais²³⁻²⁴, reiterando o aumento das desigualdades.

O estudo, no qual foram realizadas análises das águas de abastecimento das comunidades, apontou para a inexistência de fluoretação nas comunidades rurais¹⁸, o que reforça a ideia de que a população quilombola continua excluída das políticas públicas de prevenção de doenças e promoção de saúde.

Doença Periodontal ou Periodontite

Os resultados obtidos no SB Brasil 2010 indicam que a presença de cálculo foi a condição mais expressiva, manifestando-se em 28,5% dos indivíduos entre 15 e 44 anos e em 47,9% na faixa etária de 35 a 44 anos. No entanto, em uma amostra composta por quilombolas maiores de 13 anos,

a presença de cálculo foi observada em 81,2% da população. Além disso, observaram uma prevalência de sangramento gengival de 97,9%, um valor bem acima da média nacional estimada em 33% para a faixa etária de 15 a 19 anos e 50% para os indivíduos de 35 a 44 anos de idade¹⁴.

Edentulismo

Os dois artigos que avaliaram edentulismo, ambos em comunidades mineiras, tiveram como população do estudo; os idosos. O primeiro trouxe uma taxa de mais de 50% dos idosos quilombolas edêntulos e apenas 17% em uso de próteses dentárias totais¹⁶, resultado similar ao do SB Brasil 2010 que identificou mais da metade dos idosos edêntulos no Brasil. O segundo estudo, realizado em uma única comunidade, encontrou 100% de edentulismo em sua amostra¹⁷.

Outras condições

Além das condições analisadas acima, os estudos incluídos também discutiram aspectos como conhecimento, autopercepção e acesso a serviços odontológicos.

O conhecimento sobre saúde bucal de pais e filhos de quatro comunidades quilombolas também foi foco de estudo. A análise de seus dados levou a conclusão de que os quilombolas possuem pouco conhecimento sobre saúde bucal e que necessitam de maior atenção à saúde bucal por meio de frequentes ações de educação e promoção de saúde bucal¹⁸.

Ações que visem a promoção e prevenção também foram destacadas como relevantes, à medida em que o conhecimento dessa população a respeito da saúde bucal ainda é precário, o que pode contribuir para as condições encontradas^{18,20}.

A maioria dos estudos^{14-15,18,20} sugere que a vulnerabilidade socioeconômica atua negativamente na condição de saúde bucal da população quilombola no Brasil, tendo como

agravante a dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Esta, por sua vez, pode ser atribuída à ausência dos serviços nas comunidades, a maioria localizadas na zona rural.

A dificuldade de acesso, revelada em alguns estudos^{13,15}, aponta que, embora o Sistema Único de Saúde proponha acesso igualitário aos serviços, uma menor atenção é dada a essa população, seja através de políticas públicas genéricas ou específicas, e que ainda é preciso ampliar a discussão acerca do direito à saúde, para que estratégias de acesso efetivas sejam delineadas.

Dentre os principais desafios da prevenção das doenças bucais em populações quilombolas está justamente no fato de conseguir elaborar estratégias de promoção e prevenção que sejam sensíveis às condições e estilo de vida dessa população.

CONCLUSÃO

Acredita-se que este estudo poderá estimular a reflexão sobre as iniquidades sofridas por esta parcela da população e direcionar novas pesquisas. Os resultados expressos pelas diferentes pesquisas analisadas indicam a existência de desigualdades no contexto da saúde bucal dos quilombolas em relação à população em geral. Além disso, espera-se fornecer dados e informações que possam subsidiar as políticas públicas voltadas à promoção da saúde bucal e melhoria da qualidade de vida dos quilombolas brasileiros.

Diante dos achados desta revisão sistemática, verificou-se ainda que existem poucos artigos publicados que investiguem as condições de saúde bucal dos quilombolas no Brasil, o que demonstra que o tema ainda tem sido pouco estudado. Assim, a realização de outros estudos se torna fundamental para identificar os fatores que possam influenciar na prevalência e progressão das doenças da boca, bem como fornecer subsídios para que sejam delineadas estratégias capazes de melhorar a saúde bucal dessas populações.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003. Diário Of da União, Pod Exec Brasília, DF [Internet]. 2003;21 nov.(Sessão 1):4. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4887.htm
2. FCP. Certificação Quilombola [Internet]. 2020. Available from: http://www.palmares.gov.br/?page_id=37551
3. Brasília. Guia de Políticas Públicas para Comunidades Quilombolas; 2013. Available from: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-contenido/igualdade-racial/guia-de-politicas-publicas-para-comunidades-quilombolas>
4. Fundação Cultural Palmares. Quadro Geral de Comunidades Remanescentes de Quilombos (CRQs). Fundação Cult Palmares; 2014. Available from: http://www.palmares.gov.br/?page_id=37551
5. Oliveira F. Saúde da População Negra. Brasília; 2001. Available from: http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0081_saude_popnegra.pdf
6. Oshai C, Silva H. Áreas Protegidas , Populações Desprotegidas : uma reflexão sobre situação sócio-ecológica de populações quilombolas da Amazônia Paraense. Áreas Protegidas e Inclusão Soc Tendências e Perspect. 2013;6(1):1039–48. Available from: https://www.researchgate.net/publication/303519505_Areas_Protegidas_Populacoes_Desprotegidas_uma_reflexao_sobre_situacao_socio-ecologica_de_populacoes_quilombolas_da_Amazonia_Paraense
7. Gomes K, Reis E, Guimarães MD, Cherchiglia M. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2013;29(9):1829–42. Available from: [/scielo.php?script=sci_arttext&pid=&lang=pt](https://scielo.php?script=sci_arttext&pid=&lang=pt)
8. Institucional A, Fluminense UF, Aplicadas PS, Federal U. Sumário Executivo: Pesquisa de avaliação da situação de segurança alimentar e nutricional em comunidades quilombolas tituladas; 2013. Available from: https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/pesquisas/documentos/pdf/sumario_135.pdf
9. IBGE. Informativo. 2019;1–12. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101681>
10. Grossi PK, Oliveira SB De, Caroline A. O impacto da violência estrutural nas comunidades quilombolas do Rio Grande de Sul. An do Encontro Int e Nac Política Soc. 2019;1(1). Available from: <https://periodicos.ufes.br/einps/article/view/25614>
11. Santos CMDC, Pimenta CADM, Nobre MRC. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. Rev Latino-am Enferm. 2007;15(3):2–5. Available from: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a23.pdf
12. Itens P, Revis R, Uma P. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises : A recomendação PRISMA *. 2015;24(2):335–42. Available from: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742015000200017
13. de Souza MCA, Flório FM. Evaluation of the history of caries and associated factors among quilombolas in Southeastern Brazil. Brazilian J Oral Sci. 2014;13(3):175–81. Available from: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/bjos/article/view/8640883>
14. Segundo TK, Ferreira EF e, Costa JE da. A doença periodontal na comunidade negra dos Arturo 's, Contagem, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública, Rio Janeiro. 2004;20(2):596–603. Available from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/q6x7cv7DC-G3dN9CYfxWXNDn/abstract/?lang=pt>
15. Silva ME de A e, Rosa PCF da, Neves ACC. Necessidade protética da população quilombola de Santo Antônio do Guaporé-Rondonia-Brasil. Brazilian Dent Sci. 2011;14((1-2)):62–6. Available from: <https://ojs.ict.unesp.br/index.php/cob/article/view/676>
16. Sandes LFF, Freitas DA, Souza MFNS de. Oral health of elderly people living in a rural community of slave descendants in Brazil. Cad Saúde Coletiva. 2018;26(4):425–31. Available from: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/yLYpGMq583c8dwQcTfrhBMj/abstract/?lang=en>
17. Neves Silveira de Souza MF, Fernandes Fonseca Sandes L, Miranda Brito Araújo A, Antunes Freitas D. Self-perception and popular practices of oral health among black slave descendants elderly women in Brazil. Rev Bras Med Família e Comunidade. 2018;13(40):1–10. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/gim/resource/en/biblio-970330?src=similardocs>
18. Rodrigues SA, Lucas MG, Cerqueira ST da S, Braga Ap da S, Vaz LG. Educação em saúde em comunidades quilombolas. Rev Gaucha Odontol. 2011;59(3):445–51. Available from: <http://revistargo.com.br/include/getdoc.php?id=6679&article=1358&mode=pdf>

19. Bidinotto AB, D'Ávila OP, Martins AB, Hugo FN, Neutzling MB, Bairros F de S, et al. Autopercepção de saúde bucal em comunidades quilombolas no Rio Grande do Sul: um estudo transversal exploratório. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2017;20(1):91–101. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2017000100091&lng=pt&tlng=pt
20. Silva EKP da, Santos PR dos, Chequer TPR, Melo CM de A, Santana KC, Amorim MM, et al. Saúde bucal de adolescentes rurais quilombolas e não quilombolas: um estudo dos hábitos de higiene e fatores associados. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2018;23(9):2963–78. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000902963&lng=pt&tlng=pt
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. 2013. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf
22. Projeto SB Brasil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal revela importante redução da cárie dentária no país. 2011;27(1):2011. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf
23. Ferreira RGLA, Bógus CM, Marques RA de A, Menezes LMB de, Narvai PC. Fluoretação das águas de abastecimento público no Brasil : o olhar de lideranças de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(9):1884–90. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v30n9/0102-311X-csp-30-9-1884.pdf>
24. Narvai PC, Frias AC, Fratucci MVB, Antunes JLF, Carnut L, Frazão P. Fluoretação da água em capitais brasileiras no início do século XXI : a efetividade em questão. *SAÚDE DEBATE*. 2014;38(102):562–71. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n102/0103-1104-sdeb-38-102-0562.pdf>
25. Furtado MB, Pedroza RLS, Alves CB. Cultura, identidade e subjetividade quilombola: uma leitura a partir da psicologia cultural. *Psicol Soc* [Internet]. 2014;26(1):106–15. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822014000100012&lng=pt%5Cnhttp://www.scielo.br/pdf/psoc/v26n1/12.pdf
26. Peres MA, Barbato PR, Reis SCGB, Freitas CHS de M, Antunes JLF. Perdas dentárias no Brasil : análise da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(Supl 3):78–89. Available from: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/VBKtC77bDwvSmTVRNzFNzKh/abstract/?lang=pt>

APÊNDICE

Quadro 1

Síntese dos estudos que avaliaram as condições de saúde bucal dos quilombolas brasileiros entre 2004 e 2019.

AUTOR/ ANO/ PERIÓDICO	AMOSTRA/LOCAL	TIPO DE ESTUDO	PRINCIPAIS RESULTADOS	CONCLUSÃO
Segundo <i>et al.</i> , 2004. Cadernos de Saúde Pública	96 indivíduos com mais de 13 anos de idade, residentes da Chácara dos Arturo's, região de Contagem-MG	Transversal	Prevalência da doença periodontal: 36,4% na forma moderada e 9,6% na forma grave. Os fatores escolaridade, uso do tabaco e faixa etária mostraram relação com a perda de inserção (PI) e somente a faixa etária mostrou relação com a profundidade de sondagem (PS).	Não há maior prevalência de doença periodontal nesta população.
Rodrigues <i>et al.</i> , 2011. Revista Gaúcha de Odontologia	Pais e crianças (faixa etária de 6 a 50 anos) de quatro comunidades quilombolas (Ivaporunduva, Sapatu, André Lopes e Pedro Cubas) localizadas na região do Vale do Ribeira (SP)	Transversal qualitativo	As crianças apresentaram-se entusiasmadas, receptivas e participativas durante o desenvolvimento das atividades educativas e preventivas. Sobre a aplicação dos questionários, 56,0% dos pais declaram que é ruim a saúde bucal dos seus filhos e 47,2% costumam acompanhar a higienização bucal até os seis anos de idade, aproximadamente, sendo que esse acompanhamento não é frequente.	Pais e filhos quilombolas possuem pouco conhecimento sobre saúde bucal, assim observa-se à necessidade de maior atenção à saúde bucal nessas comunidades, por meio de frequentes ações de educação e promoção de saúde bucal.
Silva <i>et al.</i> , 2011. Brazilian Dental Science	29 integrantes com mais de 13 anos de idade da população quilombola de Santo Antônio do Guaporé, localizada no vale do Guaporé, município de Costa Marques, em Rondônia.	Transversal	62,1% consultaram o dentista pelo menos uma vez; 37,9% consultaram havia mais de três anos e 41,4% foram atendidas no serviço público. Para 58,6% dos examinados, o motivo da consulta foi a dor e 44,8% avaliaram o atendimento como bom. Em relação à necessidade de prótese, 48,3% necessitavam apenas de prótese superior e 72,4% apenas de prótese inferior; 17,2% necessitavam da combinação de próteses removível e fixa superior e 13,8% inferior.	Há dificuldade no acesso ao serviço odontológico e este é quase sempre motivado pela dor. As condições bucais desta população são marcadas pela necessidade de tratamento reabilitador protético de próteses parciais, unitárias ou combinação de ambas.
Souza e Flório, 2014. Brazilian Journal Oral Science	171 indivíduos de descendência africana de quaisquer idades residentes nas Comunidades quilombolas de São José da Serra e Santana, situadas nos municípios de Valença e Quatis, respectivamente, no estado do Rio de Janeiro, no sudeste do Brasil.	Transversal	O valor médio de ceo-d foi 1,91 na idade de 5 anos e os valores médios de CPO-D foram 1,20, 3,50, 10,3, 22,9 e 22,8, respectivamente, nas faixas etárias: 6-12, 13-18, 19-34, 35-59 anos e 60 anos ou mais. Idade inferior a 5 anos, própria percepção da saúde oral e escolaridade foram variáveis associadas à cárie dentária na dentição permanente e necessidade de tratamento na dentição decidua.	A prevalência de cárie dentária demonstrou estar associada a fatores como escolaridade e autopercepção da saúde bucal na dentição permanente e necessidade de tratamento na dentição decidua. A evidência de que o atendimento prestado à comunidade não foi suficiente para atender às suas necessidades odontológicas evidencia a importância da reestruturação das ações de prevenção de doenças e promoção e restauração da saúde.

Bidinotto <i>et al.</i> , 2017. Revista Brasileira de Epidemiologia	634 famílias localizadas em 22 comunidades quilombolas, situadas em perímetro rural e urbano, nas regiões sul e central do Estado e na Região Metropolitana de Porto Alegre.	Transversal	Autopercepção negativa de saúde bucal foi reportada por 313 (53,1%) indivíduos. Satisfação com mastigação e com aparência bucal esteve relacionada com maior prevalência de percepção negativa de saúde bucal, não havendo associação entre o número de dentes e o desfecho. Uso de álcool teve uma associação fraca com o desfecho.	A autopercepção de saúde bucal dos quilombolas do Rio Grande do Sul apresenta correlatos semelhantes aos de outras populações, sendo aparência e mastigação fatores de grande valor no estabelecimento da ideia ampla de saúde bucal na população estudada.
Sandes et al., 2018. Cadernos de Saúde Coletiva	669 quilombolas, com idade entre 65 e 74 anos, residentes em 33 comunidades rurais quilombolas localizadas em 20 municípios diferentes do Brasil	Transversal	A maioria dos entrevistados se autodeclarou negra, feminina, analfabeta e vivendo abaixo do salário mínimo. Mais de 50% dos idosos quilombolas entrevistados eram edêntulos e apenas 17% faziam uso de próteses dentárias totais. O principal impacto da condição bucal, relatado por eles, na vida cotidiana, foi no sorriso.	A análise fornecida por este estudo expõe o impacto de condições de saúde bucal negligenciadas em populações minoritárias, como quilombolas, e reforça a necessidade de investimentos públicos nessas comunidades vulneráveis.
Silva et al., 2018. Ciência & Saúde Coletiva	811 adolescentes entre 10 e 19 anos de idade, residentes em 21 comunidades rurais quilombolas reconhecidas pela Fundação Cultural Palmares (FCP) e não quilombolas de Vitória da Conquista, BA.	Transversal	O hábito de escovação dentária menor que três vezes ao dia foi observado em 33,3% da amostra total, em 32,7% dos adolescentes não quilombolas e em 34,1% dos quilombolas. A prevalência de não uso de fio dental foi de 46,7% para o total de adolescentes e de 46,2% e 47,3% entre não quilombolas e quilombolas, respectivamente.	Não foram encontradas diferenças significativas entre os dois estratos avaliados.
Souza et al., 2018. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade	9 mulheres idosas que vivem em uma comunidade rural formada por descendentes de escravos no Brasil.	Transversal qualitativo	Todas as mulheres idosas são desdentadas (parcialmente ou totalmente) e identificaram problemas dentários que as levaram a usar meios naturais de alívio da dor.	Idosos quilombolas consideram a perda de dentes como envelhecimento natural; apresentam histórias de vida ligadas a problemas dentários; procuram resolver os seus problemas dentais com o uso de terapias populares tradicionais.

Análise da produção de boletins epidemiológicos na pandemia da COVID-19 pelos municípios de Pernambuco, Brasil

Analysis of the production of epidemiological bulletins in the COVID-19 pandemic by the cities of Pernambuco, Brazil

Rosalva Raimundo da Silva¹
 Geyssyka Morganna Soares Guilhermino²
 Barnabé Lucas de Oliveira Neto³
 Laís Amorim Queiroga Carneiro da Cunha⁴

RESUMO

Objetivo: Analisar a produção de boletins epidemiológicos pelos municípios de Pernambuco no contexto da pandemia da COVID-19.

Metodologia: Estudo transversal descritivo de abordagem quantitativa, conduzido com base em dados secundários extraídos dos boletins epidemiológicos produzidos pelos municípios do Estado de Pernambuco no contexto da pandemia da COVID-19.

Resultados: Ao analisar os boletins epidemiológicos produzidos para informar a situação de saúde da COVID-19, 181 municípios informaram o nome do município, dos quais 0,04% dos informes não possuíam a data; 22,3% dos boletins apresentaram contato telefônico da vigilância em saúde e/ou vigilância epidemiológica e/ou secretaria de saúde. No que diz respeito às variáveis gerais, 100% dos boletins produzidos trouxeram o número acumulado de casos confirmados, 73,4%, continham os casos confirmados nas últimas 24 horas, 95,7% óbitos acumulados, 57,7% óbitos nas últimas 24 horas, 94,8% o número de recuperados, 70,2% casos em monitoramento, 89,8% casos em investigação e 90,3% casos descartados.

Conclusões: Como o boletim é uma das ferramentas que faz parte das atividades de rotina da vigilância epidemiológica, os resultados sugerem uma potencial necessidade de fortalecer a educação permanente em saúde para os profissionais responsáveis pela prevenção e controle de doenças e agravos, com sistema de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados.

Palavras-chave: Boletim informativo; Comunicação em saúde; Epidemiologia; Pandemias; COVID-19.

ABSTRACT

Objective: To analyze the production of Epidemiological Bulletins by the cities of Pernambuco in the context of the COVID-19 Pandemic.

¹Doutoranda. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, Pernambuco, Brasil.

²Residente. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil.

³Mestrando. Programa de Pós-Graduação em Ciência Política e Relações Internacionais. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil.

⁴Residente. Programa de Residência Multiprofissional em Vigilância em Saúde. Secretaria de Saúde do Recife, Recife, Pernambuco, Brasil.

Correspondência: Rosalva Raimundo da Silva. Rua Manoel Joaquim de Almeida, 231, CEP 50670-370, Iputinga, Recife/PE, Brasil. Telefone: (81) 99521-8220. E-mail: rosalsa_jupi@hotmail.com.

Recebido: 22/02/21

Aceito: 23/04/21

Methodology: A descriptive cross-sectional study with a quantitative approach, conducted based on secondary data extracted from the Epidemiological Bulletins produced by the municipalities of the State of Pernambuco in the context of the COVID-19 pandemic.

Results: When analyzing the epidemiological bulletins produced to inform the health situation of COVID-19, 181 municipalities informed in their bulletins the name of the municipality, of which 0.04% of the reports did not have the date; 22.3% of the bulletins had telephone contact with health surveillance and / or epidemiological surveillance and / or the health department. With regard to general variables, 100% of the reports produced brought the cumulative number of confirmed cases, 73.4%, contained confirmed cases in the last 24 hours, 95.7% accumulated deaths, 57.7% deaths in the last 24 hours, 94.8% the number of recovered cases, 70.2% cases under monitoring, 89.8% cases under investigation and 90.3% cases discarded.

Conclusions: As the bulletin is one of the tools that is part of the routine activities of epidemiological surveillance, the results suggest a potential need to strengthen permanent health education for health professionals responsible for the prevention and control of diseases and conditions, with a system of collection, consolidation, analysis and dissemination of data.

Keywords: Information Bulletins; Health Communication; Epidemiology; Pandemics; COVID-19.

INTRODUÇÃO

A Vigilância em Saúde é um instrumento de saúde pública voltado às ações de vigilância, prevenção e controle de doenças e agravos, constituindo assim um sistema de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados referente a eventos de saúde. Na tentativa de promover saúde e analisar a situação de saúde da população, a vigilância em saúde é dividida em epidemiológica, ambiental, sanitária e saúde do trabalhador^{1,2}.

No Brasil, o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) foi criado na década de 1970, constituído por um órgão central, órgãos regionais, e órgãos microrregionais, cujas ações

eram bastante voltadas para a notificação compulsória de doenças³.

De acordo com a Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, a Vigilância Epidemiológica é definida como 'um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva [...]', com o objetivo de controlar doenças e agravos, por meio da recomendação/adoção de ações preventivas⁴.

Estando incluída no campo de atuação do Sistema Único de Saúde, a vigilância epidemiológica é considerada a tecnologia de maior efetividade, por constituir uma importante e efetiva interven-

ção social, possuindo uma vasta lista de funções, dentre elas: a coleta e interpretação de dados, promoção de ações de controle e divulgação de informações. Daí tem-se a tríade informação-decisão-ação, a qual evidencia a necessidade de divulgação acessível e coerente dos dados gerados⁵.

A Vigilância Epidemiológica também é conhecida por ser uma ferramenta crucial no enfrentamento de surtos, endemias, epidemias e pandemias. Por meio de ações como a notificação oportuna dos casos e óbitos; busca ativa; uso de sistemas de informação; fornecimento de orientações técnicas para os profissionais; detecção precoce de surtos, endemias, epidemias e pandemias; planejamento e organização de serviços de saúde; coleta e processamento de dados e a transmissão de informações para a população^{6,7,8}.

Dentre os instrumentos de divulgação de informações utilizados, encontra-se o Boletim Epidemiológico, que pela descrição dada pelo Ministério da Saúde “é uma publicação de caráter técnico-científico, acesso livre, formato eletrônico com periodicidade mensal e semanal para os casos de monitoramento e investigação de doenças específicas sazonais⁹.”

No Boletim Epidemiológico são publicadas descrições de monitoramento de eventos e doenças com potencial para desencadear emergência de Saúde Pública, como é o caso da COVID-19, doença causada pelo novo coronavírus (Sars-CoV-2), com uma sintomatologia não específica, cuja apresentação pode variar entre casos assintomáticos até severa pneumonia e mortes. Em 3 de fevereiro de 2020 a epidemia da COVID-19 foi declarada Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN)^{10,11}.

O uso de instrumentos como o Boletim Epidemiológico permite a análise da situação epidemiológica do agravo, portanto, podemos considerar que utilizá-lo como parte do plano de ações contra a disseminação da doença na população é uma importante estratégia de informação e comunicação em saúde, tanto para os profissionais de saúde quanto para a população que precisa estar informada¹².

Apesar de ser uma atividade já esperada na Vigilância em Saúde, e mais utilizada pela Vigilância Epidemiológica, não há um consenso na literatura acerca das informações que devem estar presentes nos Boletins Epidemiológicos, então cabe aos profissionais envolvidos na idealização desses

instrumentos a escolha coerente dos dados epidemiológicos que estarão dispostos, o que mostra a importância de estudos que permitam à reflexão para o olhar da qualidade dos Boletins Epidemiológicos.

O insuficiente conhecimento científico sobre o novo coronavírus e sua alta velocidade de disseminação geram incertezas sobre quais seriam as melhores estratégias a serem utilizadas para o enfrentamento da epidemia em diferentes partes do mundo¹³, o que evidencia a necessidade de uma divulgação acessível, com conteúdo claro, conciso e de fácil compreensão, com informações fidedignas sobre a situação epidemiológica dessa doença. O Boletim Epidemiológico tem entre suas funções: divulgar dados, aumentar o nível de conhecimento das pessoas sobre a situação de saúde de uma população e/ou agravo, servir de base para o desenvolvimento de pesquisas.

Face ao exposto, este estudo teve por objetivo analisar a produção de Boletins Epidemiológicos pelos municípios de Pernambuco no contexto da pandemia da COVID-19.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal descritivo de abordagem quantitativa, conduzido com base em dados secundários extraídos dos Boletins Epidemiológicos produzidos pelos municípios do Estado de Pernambuco no contexto da pandemia da COVID-19. Os boletins epidemiológicos foram escolhidos por serem de fonte de dados oficiais e confiáveis publicados pela vigilância epidemiológica dos municípios.

Em razão da inexistência de uma fonte única para publicação dos Boletins Epidemiológicos pelos municípios, a coleta de dados foi realizada a partir de postagem nas redes sociais dos municípios, como *Facebook*, *Instagram*, *blogs*, *sites* das prefeituras e *sites* criados para divulgação das informações acerca da COVID-19. As buscas ocorreram em todas as fontes citadas.

Para verificar se houve alguma alteração no formato e nas variáveis presentes nos boletins ao longo do tempo, foi coletado um boletim ‘antigo’ e um ‘recente’ de cada município. O boletim ‘antigo’ foi do primeiro mês da pandemia da COVID-19 no município e o boletim ‘recente’, após o mês de julho de 2020. No mês de agosto, a coleta de dados precisou ser suspensa devido ao período eleitoral, visto que alguns municípios deixaram de

postar os boletins epidemiológicos ou desativaram os veículos de comunicação utilizados para divulgação dos informes. O retorno da coleta de dados ocorreu no mês de novembro de 2020.

Na coleta dos dados havia três situações possíveis encontradas: 1) o boletim antigo e o boletim recente apresentarem as mesmas variáveis; 2) o boletim antigo apresentar mais variáveis do que o boletim recente; e 3) o boletim recente apresentar mais variáveis que o antigo. O estudo utilizou os dados da situação 3, descartando o boletim antigo e analisando o mais recente.

Não foram encontrados boletins epidemiológicos sobre a COVID-19 em 4 municípios: Araçoiaba,

Itapissuma, Joaquim Nabuco e Tracunhaném. Assim, fizeram parte do estudo 181 municípios, considerando o Distrito do Arquipélago de Fernando de Noronha.

Para construção das variáveis, foi utilizado como parâmetro o boletim da COVID-19 do Centro de Investigação em Vigilância em Saúde (CIEVS) do Estado de Pernambuco, que é de fácil acesso aos municípios e pode servir de referência para as vigilâncias epidemiológicas dos municípios pernambucanos. Foram extraídas 17 tipos de variáveis binárias, divididas em quatro categorias: 1) Variáveis de Identificação e Comunicação; 2) Variáveis Gerais; 3) Variáveis de Perfil; e 4) Variáveis de Distribuição Territorial (Quadro 1).

Quadro 1

Variáveis utilizadas como parâmetro para análise dos Boletins Epidemiológicos dos 181 municípios pernambucanos.

Categoria	Variáveis	Descrição	Fonte
Identificação e Comunicação	Nome do município	Variável Binária	Boletim do município
	Data do informe	Variável Binária	Boletim do município
	Contato da vigilância epidemiológica e/ou Secretaria de Saúde e/ou Vigilância em saúde do município	Variável Binária	Boletim do município
Gerais	Número de casos confirmados (acumulado)	Variável Binária	Boletim do município
	Número de casos confirmados (últimas 24 horas)	Variável Binária	Boletim do município
	Número de óbitos (acumulado)	Variável Binária	Boletim do município
	Número de óbitos (últimas 24 horas)	Variável Binária	Boletim do município
	Número de recuperados	Variável Binária	Boletim do município
	Número de casos em monitoramento	Variável Binária	Boletim do município
	Número de casos em investigação	Variável Binária	Boletim do município
	Número de casos descartados	Variável Binária	Boletim do município
	Número de testes realizados	Variável Binária	Boletim do município
Perfil	Número de casos confirmados entre profissionais da saúde	Variável Binária	Boletim do município
	Perfil dos casos confirmados (sexo e idade)	Variável Binária	Boletim do município
Distribuição Territorial	Perfil dos óbitos (sexo, idade, comorbidades)	Variável Binária	Boletim do município
	Distribuição territorial dos casos (zona urbana/zona rural)	Variável Binária	Boletim do município
	Distribuição dos casos no perímetro urbano (ruas ou bairros)	Variável Binária	Boletim do município
	Distribuição dos casos no perímetro rural (sítios)	Variável Binária	Boletim do município

A categoria 'Variáveis de Identificação e Comunicação' permitiu identificar a qual município pertence o boletim, a data de divulgação e se há disponibilização de meios de comunicação para que a população possa entrar em contato com as autoridades epidemiológicas do município.

A categoria 'Variáveis Gerais' esteve relacionada às informações gerais da progressão da COVID-19 no município.

A categoria 'Variáveis de Perfil' buscou identificar se as informações como sexo e idade dos casos confirmados estão presentes nos boletins. No caso da variável 'perfil dos óbitos', se verificou se informações como sexo, idade e comorbidades estão presentes nos boletins.

Por fim, a categoria 'Variáveis de Distribuição Territorial', identificou se o boletim realiza a divisão dos casos entre zona urbana e zona rural; e se o município faz divisão dos casos confirmados por ruas, bairros ou sítios.

A análise dos dados se deu a partir do preenchimento de uma planilha do Excel com as variáveis extraídas dos Boletins Epidemiológicos. Em seguida, foram elaboradas as medidas aritméticas (média) para os municípios, suas Gerências Regionais de Saúde (GERES) e macrorregiões de saúde.

RESULTADOS

Ao analisar os boletins epidemiológicos dos 181 municípios, a partir da categoria 'Identificação e Comunicação', verificou-se que todos informaram o nome do município, mas 0,04% dos municípios não colocaram a data do boletim.

Apenas 22,3% dos municípios informaram contato telefônico da Vigilância em Saúde e/ou Vigilância Epidemiológica e/ou Secretaria de Saúde para a população entrar em contato com os profissionais da saúde.

No que diz respeito às variáveis gerais, 100% dos municípios trouxeram em seus boletins o número acumulado de casos confirmados, 73,4%, informaram os casos confirmados nas últimas 24 horas, 95,7% óbitos acumulados, 57,7% óbitos nas últimas 24 horas, 94,8% o número de recuperados, 70,2% casos em monitoramento, 89,8% casos em investigação e 90,3% casos descartados.

Apenas 14,7% dos municípios apresentaram boletins epidemiológicos com o número de testes realizados, e 5,7% o número de casos confirmados em profissionais da saúde.

Na categoria 'Variáveis de Perfil', apenas 14,9% dos municípios apresentaram o perfil dos casos confirmados e 7,1% com o perfil dos óbitos.

Na categoria 'Variáveis Distribuição Territorial', 20,8% dos municípios informou em seus boletins a distribuição dos casos da COVID-19 por ruas, bairros, sítios ou Unidade Básica de Saúde, 27,4% publicaram a distribuição dos casos em zona urbana ou urbana, e 15,1% fizeram a distribuição territorial dos casos da zona rural.

Ao analisar os informes epidemiológicos dos municípios segundo Gerência Regional de Saúde (GERES), as GERES XII foi a que apresentou maior número de municípios com incompletude de dados em seus boletins, das 18 variáveis analisadas, 10 possuíam os menores percentuais de completude: contato da vigilância em saúde ou secretaria municipal (0,0%), casos em monitoramento (40,0%), casos em investigação (70,0%), casos descartados (50,0%), testes realizados (0,0%), casos confirmados entre profissionais de saúde (0,0%), perfil dos óbitos (0,0%), distribuição territorial (0,0%), distribuição urbana (0,0%) e distribuição rural (0,0%).

Nenhum dos boletins dos municípios das GERES IV e XII apresentaram contato telefônico da Vigilância em Saúde e/ou Vigilância Epidemiológica, a GERES I foi a que teve o maior número de municípios com boletins trazendo essa informação (44,4%).

Os boletins dos municípios das GERES II, VI e X tiveram os menores percentuais na apresentação de casos confirmados nas últimas 24 horas, com 52,6%, 61,5% e 66,7% respectivamente. Já os municípios com maior percentual foram aqueles que fazem parte das GERES IV e V, ambas com 85,7%.

Todos os municípios das GERES I, III, V, VI, VII, VIII, IX e XII trouxeram em seus boletins o número de óbitos acumulados. Os municípios das GERES VII e XII foram os que mais informaram o número de óbitos nas últimas 24 horas, 85,7% e 70,0%, respectivamente.

Com relação ao número de casos recuperados, todos os municípios das GERES V, VI, VII, VIII, XI e XII trouxeram essa informação em seus boletins. A GERES III, nessa variável, teve o menor percentual (81,0%).

No que se refere ao número de casos em monitoramento, apenas a GERES XI contabilizou todos os municípios com essa informação. Já os municípios das GERES XII (40,0%) e VII (42,9%) reuniram o menor número de boletins. Em relação ao número de casos em investigação, nas GERES VIII, IX e XI, todos os municípios apresentaram essa informação em seus boletins. E os municípios da GERES XII (70,0%) apresentaram o menor número de boletins com a quantidade de casos em investigação.

O número de casos descartados foi apresentado nos boletins de todos os municípios que fazem parte das GERES III, V, VI e XI. Entretanto, apenas 50,0% dos boletins dos municípios da GERES XII possuíam essa informação.

Os boletins dos municípios que mais trouxeram o número de testes realizados pertencem as GERES VII (71,4%), VIII (71,4%) e IX (36,4%). Já nos municípios das GERES I, II, XI e XII, nenhum deles referiam o número de testes realizados.

Os municípios da GERES II (26,3%) tiveram o maior percentual de boletins com o número de casos confirmados em profissionais da saúde. Mas nenhum dos municípios das GERES VII, VIII, IX, XI, XII trouxeram essa informação nos boletins analisados.

Os municípios da Macrorregião I foram os que mais apresentaram informações em seus boletins epidemiológicos a partir das variáveis analisadas. No entanto, foi a que menos informou sobre número de casos descartados e número de testes realizados, 88,2% e 4,4%, respectivamente.

Com relação à disponibilização do contato telefônico da Vigilância em Saúde e/ou Vigilância Epidemiológica, todas as macrorregiões tiveram baixos percentuais, I (20,6%), II (15,1%), III (28,6%) e IV (24,0%).

Os municípios da Macrorregião II foram os que menos informaram o número de casos em investigação (83,0%), distribuição territorial (5,7%) e distribuição urbana e rural (5,7%).

Na Macrorregião III, 65,7% dos municípios não colocaram os casos confirmados nas últimas 24 horas em seus boletins, e 54,3% não informaram óbitos confirmados nas últimas 24 horas.

Em nenhum dos boletins epidemiológicos dos municípios da Macrorregião IV foi encontrada informações sobre casos confirmados em profissionais da saúde e perfil dos óbitos. Também foi a macrorregião com municípios que apresentaram menor percentual de casos em monitoramento informados nos boletins (60,0%) e perfil dos casos confirmados (4,0%). Com relação ao número de testes realizados, os boletins dos municípios da Macrorregião IV (56,0%) foram os que mais apresentaram esse quantitativo, seguida das macrorregiões II (20,8%), III (8,6%) e I (4,4%).

DISCUSSÃO

O uso do Boletim Epidemiológico é essencial como forma de divulgar as informações dos agravos para a população, auxiliar no planejamento das ações de controle em saúde, como também trazer a situação de saúde do município frente ao agravo analisado. Nos primeiros meses da pandemia da COVID-19, e com o surgimento dos casos no Brasil, os municípios não estavam capacitados para lidar com a magnitude e rapidez da crise sanitária instalada, evidenciando suas dificuldades em formular respostas aos desafios impostos, seja pela falta de capacitação, pela escassez de recursos financeiros e humanos, ou mesmo pela soma de todas elas.

‘Quanto mais capacitada e eficiente for a instância local, mais oportunamente podem ser executadas as medidas de controle¹⁴.’ Portanto, se tratando de um cenário de pandemia, onde o desconhecido ainda se faz presente, é crucial que a informação completa e atualizada chegue à sociedade e aos profissionais de saúde de forma acessível e de fácil entendimento, para a oportuna tomada de decisão. Apesar do baixo número de municípios que não apresentaram a data no boletim epidemiológico, esta é uma lacuna que precisa ser corrigida, pois representa um informe crucial para o adequado monitoramento e acompanhamento da evolução da doença, uma vez que a identificação da data do informe só foi possível pela data da publicação na fonte de divulgação.

A qualidade dos dados disponibilizados pela vigilância em saúde, através do serviço de epidemiologia, reflete-se em maiores

possibilidades de impactar a população de maneira positiva ao seguir as recomendações dos órgãos sanitários, inclusive no atual quadro de enfrentamento da COVID-19. Assim, a disponibilização ampla de dados, é essencial para a prevenção da transmissibilidade e controle da doença no município, assim como pode vir a ser instrumento para nortear a formulação de políticas públicas na área da saúde.

O Boletim Epidemiológico é ‘uma ferramenta de baixo custo’ e deve fazer parte das atividades na rotina da vigilância epidemiológica, por ser de fácil aplicação e essencial para divulgação da situação dos agravos à população, como é o caso da COVID-19, com alto impacto local¹⁵.’ Os dados devem primariamente ser tratados e estruturados para se constituírem em um poderoso instrumento - a informação¹⁴.

Não informar o número de telefone da Secretaria de Saúde e/ou da Vigilância Epidemiológica para a população, demonstra insuficiente preparo técnico na produção dos boletins epidemiológicos por parte das equipes responsáveis.

Para facilitar a prevenção e o controle da infecção, faz-se necessária uma ampla divulgação dos informes epidemiológicos¹⁶, que podem ser disponibilizadas em formato impresso *in loco* e eletrônico, a partir de *sites* oficiais dos próprios municípios como também por meio das redes sociais, como *Facebook* e *Instagram*, com possibilidade de maior alcance de visualizações, devido ao grande número usuários, ajudando assim na disseminação da situação de saúde local.

Um estudo demonstrou que a divulgação de 11 informes epidemiológicos da COVID-19 até 14 de junho de 2020 no site do projeto, nas redes sociais e uma aba no site do serviço hospitalar conseguiram receber mais de 1000 visualizações no site e 225 pessoas no *Instagram*¹⁵. Portanto, a qualidade da elaboração e a escolha dos meios de transmissão dos dados são essenciais para a interpretação e alcance desejados, já que não só profissionais da saúde têm acesso aos boletins.

“A força e o valor da informação (dado analisado) dependem da precisão com que o dado é gerado. Portanto, os responsáveis pela coleta devem ser preparados para aferir a qualidade do dado obtido¹⁴.” A ausência de dados importantes, como é o caso das variáveis gerais, permitem refletir acerca da dificuldade das vigilâncias epidemioló-

gicas no monitoramento da COVID-19, na produção, análise e divulgação dos dados essenciais, que permitam aos profissionais da saúde, mídias em geral e população entenderem a real situação da pandemia no seu município e circunvizinhos. Por exemplo, saber dos casos confirmados nas últimas 24 horas é uma das estratégias que possibilitam o monitoramento intenso nos locais mais afetados e de maior vulnerabilidade social, proporcionando direcionar atividades de educação em saúde que visem melhorar a situação epidemiológica da COVID-19.

O número de testes realizados e número de profissionais de saúde que tiveram COVID-19 são dados importantes, que podem indicar como está sendo o enfrentamento da COVID-19 a partir da estrutura local e do número de testes que a população teve acesso, sinalizando para a falta de estrutura organizacional. É importante identificar os principais problemas que estão afetando os profissionais de saúde envolvidos no cuidado aos pacientes sintomáticos ou diagnosticados com Covid-19¹⁷. Demonstra a necessidade de ter um acompanhamento daqueles que estão na linha de frente com risco alto de contaminação da doença, como também a criação de intervenções efetivas voltadas para esse grupo, principalmente nos municípios de pequeno porte, que possuem poucos profissionais de saúde para cuidar dos agravos existentes além da própria pandemia.

Há diferentes perfis clínicos da doença causada pelo Sars-CoV-2 que são influenciados pelo sexo e pela idade do paciente¹⁸. Informações relevantes, não apresentadas na maioria dos Boletins Epidemiológicos, podem dificultar a caracterização do perfil dos casos acometidos pela doença, e a indicação de estratégias de mitigação oportunas, os gestores devem utilizar em determinados grupos da população atingida, como medidas educativas de promoção e prevenção à saúde, que possam contribuir com o controle da disseminação da doença, bem como podem proporcionar dados para realização de pesquisas científicas. É necessário discutir o impacto que o gênero, raça e classe têm frente à pandemia da Covid-19, uma vez que o estudo ‘revelou que os marcadores de gênero, classe e raça se apresentam enquanto condição vulnerabilizadora à exposição da COVID-19 nos mais diversos cenários mundiais¹⁹.’ A idade e o sexo podem influenciar os parâmetros laboratoriais analisados em pacientes diagnosticados com COVID-19¹⁸. O que retrata a necessidade de saber o perfil dos pacientes acometidos para

então tratar estratégias mais direcionadas a cada público-alvo.

É importante destacar que, a maioria dos boletins não apresentou a distribuição territorial dos casos da COVID-19, sejam por ruas, bairros, sítios, unidade básica de saúde, zona urbana e zona rural. Entender como se dá a disseminação da doença no município é essencial para traçar e direcionar as estratégias necessárias para os locais mais afetados, e assim estabelecer medidas de prevenção mais eficazes²⁰. Mesmo quando se trata de municípios de pequeno porte, há divisões territoriais, cuja gestão usa como critério para direcionar as estratégias.

A manutenção de um sistema de vigilância ativo envolve variadas e complexas atividades, que devem ser acompanhadas e avaliadas continuamente, com vistas a aprimorar a qualidade, eficácia, eficiência e efetividade das ações. Ao analisar os boletins dos municípios por GERES e macrorregião é possível identificar deficiências nas vigilâncias em saúde na produção e publicização dos informes epidemiológicos, mostrando a necessidade de aperfeiçoamento técnico dos profissionais frente aos dados que são produzidos pelos municípios. Os municípios poderiam ter usado o Boletim do Centro de Investigações Epidemiológicas da Secretaria Estadual de Saúde como referência em completude de dados divulgados sobre a COVID-19, que foi o primeiro órgão no Estado de Pernambuco a dar informes sobre a pandemia.

Apesar do cenário de pandemia e os olhares voltados à COVID-19, o estudo apresentou diversas limitações. Não há consenso na literatura científica na produção e divulgação de um boletim epidemiológico, com isso, os municípios trouxeram a publicização dos seus dados epidemiológicos de diversas maneiras. A coleta

dos boletins epidemiológicos foi dificultada pela necessidade de busca em vários veículos de comunicação (*site* da prefeitura, *blogs*, *Facebook* e *Instagram*), e ainda assim, não foi possível encontrar boletins epidemiológicos de quatro municípios.

Os achados podem servir de referência para profissionais de saúde que atuam no combate à pandemia, visto que, a literatura escassa sobre o uso de Boletins Epidemiológico como estratégia de informação e comunicação em saúde no contexto de determinados agravos, como a COVID-19 mostra a necessidade de estudos com essa temática, que tragam o papel da vigilância epidemiológica e mostre a situação de saúde dos municípios, com ou sem pandemia.

CONCLUSÃO

O estudo trouxe o Boletim Epidemiológico como uma importante estratégia de informação e comunicação em saúde no contexto da pandemia da COVID-19, uma vez que é uma ferramenta de fácil elaboração, que possibilita o monitoramento da situação de saúde local, que além do baixo custo, não requer muita complexidade em sua preparação. Mas, necessita de expertise técnica e decisão política para transformar os dados em informações de qualidade, que faltam em grande parte das vigilâncias em saúde dos municípios pernambucanos, principalmente nos de pequeno porte. A premissa básica da Vigilância Epidemiológica é “informação para ação”, portanto, a produção de boletins faz-se necessária para divulgação da situação de saúde de cada município. Para isso, é essencial o fortalecimento de educação permanente em saúde para os profissionais de saúde, de forma a contribuir para melhoria de suas atividades, refletindo-as no planejamento, monitoramento e avaliação das ações no cuidado à saúde da população, assim como um controle eficaz nos níveis de gestão local e estadual do SUS.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Diário Oficial da União. 09 jul 2013. Disponível em: < https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html> Acesso em dez de 2020.
2. Teixeira MG, Costa MCN, Carmo EH, Oliveira WK, Penna GO. Vigilância em Saúde no SUS - construção, efeitos e perspectivas. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2018 [acesso em 20 dez 2020]; 23(6): 1811-18. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1811.pdf>. Acesso em dez de 2020.
3. Brasil. Decreto nº 78.231 de 12 de Agosto de 1976. Regulamenta a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil [Internet]. 12 ago. 1976 [acesso em 22 jan. 2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/D78231.htm Acesso em set de 2020.
4. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 set 1990; Seção 1:018055. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm> Acesso em jun de 2020.
5. Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo. Dados, informação e conhecimento enquanto elementos de compreensão do universo conceitual da ciência da informação: Contribuições teóricas [Internet]. São Paulo, SP, 2014 [acesso em 20 dez 2020]. Disponível em: <[https://www.marilia.unesp.br/Home/Pos-Graduacao/CienciadaInformacao/Dissertacoes/semidiao ram me mar.pdf](https://www.marilia.unesp.br/Home/Pos-Graduacao/CienciadaInformacao/Dissertacoes/semidiao%20ram%20me%20mar.pdf)> Acesso em dez de 2020.
6. Luna EJA, Silva Junior JB. Doenças transmissíveis, endemias, epidemias e pandemias. In Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário [Internet]. Rio de Janeiro, RJ, 2013. [acesso em 28 dez 2020], 2. 171-77. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/8pmmmy/pdf/noronha-9788581100166-06.pdf>> Acesso em set de 2020.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19 [Internet]. Rio de Janeiro, RJ, 2020. [acesso em 28 dez 2020]. Disponível em: <<https://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/plano-contingencia-coronavirus-COVID19.pdf>> Acesso em set de 2020.
8. Corrêa PRL, Ishitani LH, Abreu DMX; Teixeira RA, Marinho F, França EB. A importância da vigilância de casos e óbitos e a epidemia da COVID-19 em Belo Horizonte, 2020. Revista Brasileira de Epidemiologia [Internet]; 2020 [acesso em 20 dez 2020], 23: 1-12. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/rbepid/2020.v23/e200061/pt>> Acesso em nov de 2020.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico, números anteriores. [Internet]; 2020 [acesso em 20 dez 2020], Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/boletins-epidemiologicos-1/numeros-anteriores>> Acesso em nov de 2020.
10. Guan W, NI Z, HU Y, Liang W, Ou C, He J, Liu L, Shan H, Lei C, Hui D... Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. New England Journal Of Medicine, [Internet]; 2020 [acesso em 28 dez 2020], 382(18): 1708-1720. Disponível em: <<https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa2002032?articleTools=true>> Acesso em dez de 2020.
11. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Diário Oficial da União. 03 fev 2020; Seção Extra:1. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>> Acesso em dez de 2020.
12. Croda JHR, GARCIA LP. Resposta imediata da Vigilância em Saúde à epidemia da COVID-19. Epidemiol. Serv Saúde [Internet]; 2020, 29(1): e2020002. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000100100> Acesso em dez de 2020.
13. Werneck, GL, Carvalho MS. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. Cadernos de Saúde Pública [Internet]; 2020 [acesso em 19 dez 2020], 36(5). Disponível em: <<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/>>

- [artigo/1036/a-pandemia-de-covid-19-no-brasil-cronica-de-uma-crise-sanitaria-anunciada](#)> Acesso em dez de 2020.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica [Internet]. Brasília, DF, 2019 [acesso em 20 dez 2020]. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/junho/25/guia-vigilancia-saude-volume-unico-3ed.pdf>> Acesso em set de 2020.
 15. Silva WNT, Rosa MFP, Oliveira SV. Produção de Boletins Epidemiológicos como estratégia de Vigilância em Saúde no contexto da pandemia de COVID-19. Vigil. sanit. debate [Internet]; 2020 [acesso em 28 dez 2020], 8(3):171-77. Disponível em: <<https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/1658/1191>> Acesso em dez de 2020.
 16. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Centro de operações de emergências em saúde pública: plano de contingência nacional para infecção humana pelo novo coronavírus COVID-19 [Internet]. Brasília, DF, 2020 [acesso em 20 dez 2020]. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/plano-contingencia-coronavirus-COVID19.pdf>> Acesso em set de 2020.
 17. Teixeira CFS, Soares CM, Souza EA, Lisboa ES, Pinto ICM, Andrade LR, Espiridião MA. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. Ciência & Saúde Coletiva, [Internet.]; 2020 [acesso em 19 dez 2020], 25(9):3465-3474. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csc/v25n9/1413-8123-csc-25-09-3465.pdf>> Acesso em dez de 2020.
 18. Felipe T, Patricia G, Icaro C, Rodrigo O, Jeevan G, Juan CSS, Felipe M, Andre NAG, Andre GC, Jose DA, Ana CV, Fernando QCS., Sandra F, Fernando AB, Anna SL, Pia SP, Thushan IS, Paola M, Bruno BA, Fabiano PS, Helder IN. In-depth Analysis of Laboratory Parameters Reveals the Interplay Between Sex, Age and Systemic Inflammation in Individuals with COVID-19. Medrxiv, [Internet]; 2020 [acesso em 19 dez 2020]. Disponível em: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.08.07.20170043v2#disqus_thread> Acesso em dez de 2020.
 19. Estrela FM, Soares CFS, Cruz MA, Silva AF, Santos JRL, Moreira TMO, et al. Pandemia da Covid 19: refletindo as vulnerabilidades a luz do gênero, raça e classe. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]; 2020 [acesso em 20 dez 2020], 25(09): 3431-3436. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csc/v25n9/1413-8123-csc-25-09-3431.pdf>> Acesso em dez de 2020.
 20. Silva RR, Guilhermino GMS, Neto BLO, Neto JBL. A interiorização da COVID-19 nos municípios do estado de Pernambuco, Nordeste do Brasil. Rev Bras Saúde Matern Infant [Internet]; 2021 [acesso em 15 jan 2021], 21(1): 121-132. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/npZtDS7YrsK77RpPRBRcQfD/?lang=pt>>> Acesso em fev de 2021.

Percepção dos profissionais de enfermagem sobre o uso dos equipamentos de proteção individual na emergência

Perception of nursing professionals about the use of personal protective equipment in emergency

Kliscia Rosa de Sousa¹
Maria Aurení de Lavor Miranda²

¹Enfermeira residente em Urgência e Trauma da Escola Superior de Ciências da Saúde da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - ESCS/FEPECS.

²Enfermeira, Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande de Norte – UFRN. Docente da Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS. Brasília-DF, Brasil.

Contato: (61)99206-5541; Email:kliscia_krs@hotmail.com

Recebido: 06/08/20

Aceito: 23/03/21

RESUMO

Introdução: Os pacientes ao serem recebidos na emergência, por vezes, sem diagnósticos preestabelecidos necessitam de cuidados. Dessa forma, todo paciente deve ser considerado potencialmente contaminado, e devido a isso, os riscos ocupacionais dos trabalhadores de enfermagem podem se tornar elevados, principalmente quando não usam Equipamento de Proteção Individual adequadamente. Sabe-se que o uso dos equipamentos é mais frequente na assistência ao paciente cujo diagnóstico é conhecido. No intuito de preservarem a vida dos pacientes, os profissionais tendem a negligenciar medidas de proteção, se expondo aos riscos pertinentes desse atendimento.

Objetivo: identificar a percepção dos profissionais de enfermagem acerca dos riscos ocupacionais aos quais estão expostos e o uso de EPI no serviço de emergência.

Métodos: Estudo quanti-qualitativo com 13 profissionais de enfermagem mediante entrevista em fevereiro e março de 2019. A análise dos dados quantitativos foi realizada por estatística; os dados qualitativos foram examinados pela análise de conteúdo de Bardin.

Resultados: A maioria dos profissionais que participaram do estudo eram técnicos de enfermagem (54%) e 69% dos profissionais (enfermeiros e técnicos de enfermagem) atuaram na área por tempo maior ou igual a 10 anos. Delimitou-se quatro categorias temáticas.

Conclusão: A percepção dos profissionais reflete déficits na prevenção à segurança da equipe e requer a ampliação da educação continuada. Ademais, ressalta-se o papel do enfermeiro na minimização dos riscos ocupacionais e a disponibilização dos equipamentos de proteção individual em locais estratégicos, de fácil acesso, como forma agilizar seu uso no serviço de emergência.

Palavras-chave: Equipe de Enfermagem; Equipamentos de Proteção; Riscos Ocupacionais; Serviços Médicos de Emergência.

ABSTRACT

Introduction: When patients are received in the emergency room, sometimes without pre-established diagnoses, they need care. Thus, every patient must be considered potentially contaminated, and because of this, the occupational risks of nursing workers can become high, especially when they do not use Personal Protective Equipment properly. It is known that the use of equipment is more frequent in patient care whose diagnosis is known. In order to preserve the lives of patients, professionals tend to neglect protective measures, exposing themselves to the pertinent risks of this care.

Objective: to identify the perception of nursing professionals about the occupational risks to which they are exposed and the use of PPE in the emergency service.

Methods: Quantitative-qualitative study with 13 nursing professionals through interviews in February and March 2019. The analysis of quantitative data was performed using statistics; qualitative data were examined by Bardin's content analysis. Results: Most of the professionals who participated in the study were nursing technicians (54%) and 69% of the professionals (nurses and nursing technicians) worked in the area for a period greater than or equal to 10 years. Four thematic categories were delimited. Conclusion: The perception of professionals reflects deficits in preventing the safety of the team and requires the expansion of continuing education. Furthermore, the role of nurses in minimizing occupational risks and the availability of personal protective equipment in strategic places, with easy access, is emphasized, as a way to streamline its use in the emergency service.

Keywords: Nursing, Team; Protective Devices; Occupational Risks; Emergency Medical Services.

INTRODUÇÃO

O serviço de emergência hospitalar é uma área que exige maior complexidade de assistência e possui maior fluxo de usuários e atividades profissionais. O conceito de emergência, apesar da diversidade de conceitos, está relacionado a uma situação crítica, onde o indivíduo entra em desequilíbrio homeostático por enfrentar obstáculos que se antepõem a seus objetivos de vida¹.

O Pronto Socorro (PS) é a porta de entrada para pacientes críticos, que geralmente chegam em ambulâncias especializadas no atendimento pré-hospitalar ou por conta própria. Ao ser atendido é estabelecido o primeiro contato com o paciente,

principalmente pela equipe de enfermagem e outros profissionais¹.

No pronto-socorro, os profissionais de enfermagem realizam a assistência direta ao paciente, e exige, apesar da complexidade, um trabalho que deve ser exercido de forma dinâmica, decidida e rápida, estabelecendo prioridades. Para atuar nesse setor, esses profissionais necessitam de conhecimento e qualificação, visando melhor resolutividade aos atendimentos. Essas características são indispensáveis aos profissionais da equipe de enfermagem, pois na emergência o tempo é fundamental no atendimento ao paciente crítico².

Os pacientes ao serem recebidos na emergência, por vezes, sem diagnósticos preestabelecidos necessitam de cuidados. Dessa forma, todo paciente deve ser considerado potencialmente contaminado, e devido a isso, os riscos ocupacionais desses trabalhadores podem se tornar elevados, principalmente quando não usam Equipamento de Proteção Individual (EPI) adequadamente. Sabe-se que o uso dos EPI é mais frequente na assistência ao paciente cujo diagnóstico é conhecido³.

De acordo com a Norma Regulamentadora NR 06, considera-se EPI: “todo dispositivo ou produto de uso individual do trabalhador, destinado à proteção de riscos capazes de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho”⁴.

Na emergência, no intuito de preservarem a vida dos pacientes com risco iminente de morte, os profissionais tendem a negligenciar medidas de proteção, como o EPI, se expondo aos riscos pertinentes desse atendimento. Por esse motivo se tornam mais susceptíveis a acidentes do trabalho e doenças ocupacionais, principalmente a equipe de enfermagem⁵.

Os riscos ocupacionais que incidem sobre os trabalhadores das instituições de saúde são classificados em biológicos, físicos, químicos, mecânicos, fisiológicos, ergonômicos e psíquicos⁶.

Há evidências de que o trabalhador da área de saúde está constantemente sujeito a riscos ocupacionais de diversas origens, destacando-se o biológico, uma vez que está exposto diariamente devido a peculiaridade das tarefas realizadas e exposição a sangue e fluídos corpóreos que podem causar infecções⁷.

Os riscos a que os profissionais estão susceptíveis no serviço de emergência estão relacionados, principalmente, à exposição a agentes biológicos que podem permitir a veiculação de mais de 20 tipos de patógenos diferentes, sendo os vírus da imunodeficiência humana (HIV), da hepatite B (HBV) e da hepatite C (HCV) os agentes infecciosos mais comuns⁸⁻⁹.

Neste contexto, o uso do EPI é de suma importância para a minimização dos riscos ocupacionais a que os profissionais de enfermagem estão expostos ao atuarem no serviço de emergência, pois o mesmo protege a integridade física do profissional, auxiliando na prevenção da exposição dos riscos biológicos a que a equipe de enfermagem está

submetida¹⁰. Nesse sentido, o uso de EPI, como máscaras, gorro, óculos, capote e botas, torna-se obrigatório a todos os trabalhadores¹¹.

Sendo assim, o objetivo deste estudo é identificar a percepção dos profissionais de enfermagem acerca dos riscos ocupacionais aos quais estão expostos e o uso de EPI no serviço de emergência. Espera-se que, este estudo contribua para o reconhecimento da importância do uso do EPI no serviço, de forma a melhorar a qualidade da assistência de enfermagem e a proteção individual do profissional, bem como subsidiar ações de educação continuada visando minimizar os riscos ocupacionais aos quais estão expostos os profissionais de enfermagem no serviço de emergência.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo quanti-qualitativo realizado entre os meses de fevereiro e março de 2019. A pesquisa foi realizada com profissionais de enfermagem, nível médio e superior, que atuam no atendimento do Pronto-Socorro (PS) do Hospital Regional do Gama (HRG) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). O atendimento no PS é realizado todos os dias, com funcionamento durante 24 horas, e é subdividido em dois setores: Pronto Socorro Adulto (PSA) e o Pronto Socorro cirúrgico (PSC). O PSA é caracterizado pelo atendimento a pacientes que apresentam agudizações de doenças crônicas e/ou agravos clínicos, já o PSC é caracterizado pelo atendimento a pacientes que sofreram agravos por traumas.

O instrumento utilizado para a coleta de dados desta pesquisa seguiu um roteiro de entrevista semiestruturado com questões subjetivas para a verificação da percepção dos profissionais de enfermagem acerca dos riscos ocupacionais a que estão expostos e o uso do EPI no serviço de emergência, bem como identificar o perfil desses profissionais, a ocorrência de fatores que contribuem para a não adesão do EPI e os sentimentos associados a utilização do EPI e sua importância no serviço de emergência. O sigilo da identidade dos participantes e a preservação do anonimato foram garantidos por meio de nomes fictícios, que melhor representasse cada profissional.

A amostra utilizada nesse estudo foi a não-probabilística por conveniência, onde os profissionais de enfermagem que participaram do estudo atenderam ao seguinte critério de inclusão: ser

profissional de enfermagem e atuar no Pronto Socorro. Foram excluídos os profissionais em férias ou em licença saúde. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e permitiram a gravação da entrevista e a divulgação dos resultados.

Para análise dos dados quantitativos foi utilizado a estatística descritiva simples, por meio do cálculo das frequências absolutas e relativas relacionadas a variável referente a categoria profissional. As variáveis quantitativas relacionadas ao tempo de atuação profissional foram calculadas por meio de médias, medianas e desvios-padrão. Todos os dados foram organizados no programa Excel® for Windows.

Os dados qualitativos, relacionado aos depoimentos de cada profissional, foram gravados, transcritos, organizados de acordo com os nomes fictícios de cada participante e lidos. A análise dos dados qualitativos foi realizada pela metodologia de análise de conteúdo, segundo Bardin, cujo método permite que os dados sejam representados por meio de uma palavra, frase ou resumo, desenvolve-se em três etapas: a pré-análise que refere uma leitura flutuante e repetitiva; a exploração do material que identifica palavras e ideias chaves; e a fase de tratamento dos resultados, responsável por definir categorias, articulação entre o conteúdo das falas e o referencial teórico, e a reflexão crítica das informações¹².

A pesquisa contou com a participação de 13 profissionais de enfermagem que atuam no serviço de emergência devido a saturação das falas. Deste processo, emergiram quatro categorias temáticas: ‘Conhecimento acerca dos riscos ocupacionais e o EPI’, ‘O uso do EPI no Serviço de Emergência’, ‘Fatores que contribuem para a não adesão ao EPI’ e ‘Sentimentos associados a utilização do EPI e a sua importância no serviço de emergência’.

A presente pesquisa foi realizada de acordo com a Resolução nº 466/12¹³ (Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (CEP/FEPECS) sob o Parecer nº 3.066.196.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os profissionais de enfermagem que participaram da pesquisa atuam no atendimento ao PS do HRG da SES/DF. Com base nas informações coletadas, pode-se descrever um perfil desses profissionais

de acordo com seguintes variáveis: categoria profissional em enfermagem e tempo de atuação na área de formação profissional.

Com relação à categoria profissional em enfermagem 6 (46%) participantes se declararam enfermeiros e 7 (54%) se declararam técnicos de enfermagem. Entre os enfermeiros 3 (50%) referiram atuação na área de enfermagem por tempo maior ou igual a 10 anos, apresentando uma mediana de 20 anos, média de 21,3 anos e desvio padrão de 3,21; e o restante, 3 (50%) enfermeiros, referiram atuar na área por tempo menor que 10 anos, sendo a mediana de 5 anos, média de 15,5 anos e o desvio padrão de 3.

Em relação ao tempo de atuação dos técnicos de enfermagem, 6 (86%) deles atuam na área por tempo maior ou igual a 10 anos, sendo a mediana de 19,5 anos, média de 17,83 e desvio padrão de 6,37 e apenas 1 (14%) atua na área por tempo menor que 10 anos, com mediana de 5 anos de atuação.

Com relação à análise de conteúdo das falas dos profissionais de enfermagem que participaram da pesquisa, estas foram agrupadas em quatro categorias temáticas, que serão descritas a seguir.

Conhecimento acerca dos riscos ocupacionais e o EPI

Nesse item, identificou-se que todos os participantes da pesquisa afirmaram que tinham conhecimento sobre o que era o EPI.

‘Sim, sei sim.’ (Esmeralda)

‘Sim. Luva... É máscara... Óculos, touca.’ (Lulu)

‘Sim, são os gorros, capote, máscara, luvas... E bem como também os equipamentos de uso com o paciente, como cadeira de rodas, também faz parte disso, adequado né, porque se não for adequado, tem risco pra mim e pro paciente, e também as macas... Os equipamentos em geral também fazem parte disso.’ (Pedro)

De acordo com o relato, além do EPI citado, foram abordados outros equipamentos de uso coletivo para a proteção. O equipamento de proteção coletiva (EPC), segundo a NR nº 10é “um dispositivo, sistema, ou meio, fixo ou móvel de abrangência coletiva, destinado a preservar a integridade física e a saúde dos trabalhadores, usuários e terceiros,

sinalizando a sua existência através de símbolos ou avisos¹⁴. Um exemplo são os exaustores, placas de sinalização indicando saídas de emergência entre muitos outros, todavia, a biossegurança é obtida a partir do uso do EPI, ou seja, um dispositivo de uso individual e obrigatório¹⁵.

A biossegurança se trata de um tema pertinente, uma vez que trabalha ações que são destinadas a prevenir, reduzir, controlar ou eliminar riscos inerentes às atividades que possam comprometer a saúde humana, animal, vegetal e o meio ambiente³. É assegurada pela Norma Regulamentadora nº 32 (NR 32), no Brasil. Esta NR recomenda a adoção de medidas preventivas para cada situação de risco com o objetivo de promover a segurança dos trabalhadores nos serviços de saúde, dentre as medidas de prevenção, destaca-se o uso de EPI¹⁶.

Evidenciou-se que a maioria dos profissionais, 12 (92%), sabiam o que eram os riscos ocupacionais, explicitada nas falas que seguem.

'Sim.' (João)

'Sei.' (Carlos)

'De modo geral sim, [conhece os riscos ocupacionais] que são doenças que eu possa vir a adquirir no exercício da minha profissão, que são, no caso da enfermagem, podem ser doenças infecciosas ou até mesmo ergométricas, questão de posicionamento, cadeira inadequada pra trabalho, cadeira errada também, aqui quase não tem esse equipamentos.' (Pegasus)

Os riscos ocupacionais que a maioria dos trabalhadores conhecem foram relacionados aos riscos biológicos a que estão expostos em seu ambiente de trabalho, enfatizando ser estes com o que mais se preocupam ao não utilizarem o EPI, onde 7 (54%) profissionais mencionaram o contato com secreções, e destes, 4 (57%) citaram o contato com perfurocortantes, e um participante (14%) associou o contato com secreções com o risco biológico e mencionou o risco ergonômico.

'Contaminação por sangue, vias aéreas... É... Lesões, deixa eu ver o que mais... Oculares né, fluidos, contato com fluidos, perfurocortantes, gotículas, enfim.' (Camila)

'É contato com secreções; é contato com todos os tipos de secreções né... Contato, também, com materiais perfurocortantes e outros.' (Helem)

'A gente está exposta sobretudo sobre os riscos biológicos, né. Sangue, secreções, que entra nesse contexto dos biológicos. Dependendo do contexto a gente pode tá [exposto] também os riscos ergonômicos, né... Não sei se... Acho que os ergonômicos não sei se entraria nos EPIS, acredito que mais no sentido dos [riscos] biológicos mesmo.' (Esmeralda)

O risco de contaminação por secreções, e por vezes associado a perfurocortantes, evidenciados são reconhecidos pelos trabalhadores da saúde por temerem a contaminação por HIV, Hepatite C e secreções por contato direto com o paciente por exposição ao risco biológico¹.

Estudos demonstram que as maiores causas de acidentes com perfurocortantes, entre os trabalhadores da enfermagem, estão nas práticas de risco como o reencape de agulhas, o descarte inadequado de objetos perfurocortantes e a falta de adesão ao EPI¹⁷. Isto é evidenciado na fala a seguir, onde o relato evidencia a autoconfiança do profissional associado a não utilização do EPI:

'Muitos profissionais acreditam que essas ocorrências só acontecem com os outros né, e acabam omitindo essa importância né, desse uso. É mais essa questão mesmo da omissão mesmo de cada profissional, por considerar que nada vai acontecer com eles, por exemplo, se for ter um contato com sangue, punciona sem estar com as luvas, enfim, mais nesse sentido.' (Esmeralda)

Os riscos ocupacionais associados a utilização do EPI de maneira inadequada destacam o risco de contaminação por doenças infectocontagiosas em que alguns profissionais temem doenças como tuberculose e meningite.

'É as doenças né, infectocontagiosas, como meningite, tuberculose. Toda vez que a gente deixa de usar um equipamento desses, uma máscara, é... Fazer um procedimento com o equipamento incorreto a gente tá correndo o risco ocupacional da doença.' (Joana)

Sendo assim, o conhecimento sobre o uso adequado do EPI possui relação direta com a percepção do risco ocupacional que o funcionário está exposto¹¹. Alguns participantes conheciam os riscos físicos, ergonômicos e psicológicos a que se expõem diariamente, além dos riscos biológicos.

'biológico, físico, ergonômico, psicológico, todos.' (Pegasus)

'Bom, o principal é infecções, porque aqui por ser uma unidade de saúde de emergência, nós estamos expostos a várias doenças, porque como aqui é porta de entrada, nós não sabemos o que os pacientes têm, então é um risco. Então se eu deixar de usar luva, gorro, máscara, óculos, posso vir até a ter uma doença até incurável, e principalmente também, além disso, a problemas ergométricos mesmo, devido a nossos equipamentos hospitalares, que isso também é EPI. Devido aos nossos equipamentos hospitalares que faz parte também dos nossos EPIs, se não se usa adequado e tá tendo muito problema postural, principalmente coluna, a maioria aqui tem problema por isso.' (Pedro)

Os riscos ocupacionais no ambiente hospitalar, geralmente, estão associados aos agentes biológicos que são inerentes à profissão, com maior destaque a equipe de enfermagem, pois é o maior grupo de profissionais de saúde prestadores de assistência ininterrupta 24 horas por dia e oferece assistência de cuidados diretos ao paciente, principalmente no serviço de emergência¹¹.

Os riscos ocupacionais, a que estão expostos os trabalhadores de enfermagem, relacionam-se diretamente ao cuidado direto aos pacientes, principalmente no serviço de emergência, onde há possível contato com sangue, fluidos corpóreos, sondas, cateteres; elevado número de procedimentos e intervenções terapêuticas que necessitam utilizar materiais perfurocortantes; a dependência dos pacientes que exige esforço físico dos trabalhadores; investigação diagnóstica invasiva, expondo os trabalhadores a infecções e doenças desconhecidas¹⁸.

O risco ergonômico mencionado pelos profissionais durante a entrevista está associado ao aumento dos casos de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho de acordo com estudos, nos quais os profissionais de enfermagem, devido à movimentação e ao transporte de pacientes, exercem grande esforço físico e estão associados a problemas musculoesqueléticos. Em relação ao risco físico, está associado à exposição à radiação e aos ruídos, bem como aos problemas decorrentes de instalação elétrica, iluminação e climatização¹.

Dessa forma, a equipe de enfermagem deve adotar uma postura de precaução para não se infectar.

Entretanto, para que isto ocorra é necessário que os mesmos, além do conhecimento sobre os riscos a que estão expostos, tenham medidas preventivas normatizadas pela instituição, de forma que estabeleçam educação continuada e disponibilize o EPI necessário para a rotina do setor de emergência¹.

O uso do EPI no Serviço de Emergência

A maioria dos profissionais, 12 (92%), afirmaram que o EPI mais utilizado no atendimento de emergência são as luvas de procedimento, e apenas um (8%) participante citou o uso da máscara e dos óculos como EPI mais utilizado.

'Assim, os que eu utilizo é os que têm. E os que eu não utilizo é os que não tem... Resumindo. Uso muito a luva, não uso gorro porque não tenho cabelo, não preciso. Os óculos nem sempre eu uso, mas deveria estar usando por causa do risco de contaminação pelos olhos. Capote, em caso de alguma infecção também uso bastante. E jaleco, o jaleco é primordial, não posso só usar uma luva e sem jaleco, e só.' (Pedro)

'Luvas, só. E às vezes capote. O que eu não utilizo é esse né, botas, que eu nunca vi, óculos de proteção e esses outros mais complexos. O que a gente usa mesmo aqui no Pronto-Socorro é o capote, a máscara e a luva, só. Geralmente porque não tem.' (Antônia)

'Quase sempre é luva estéril ou procedimento, e máscara, e só que são os que mais usa né. E gorro, quase nunca, e óculos porque nem sempre tem, mas às vezes a gente usa em uma aspiração mais complicada, como traqueostomia e o paciente com uma patologia um pouco contagiosa, aí a gente usa na hora de aspirar né e colher sangue.' (Carlos)

A maioria dos profissionais, 9 (69%), relataram que o EPI menos utilizado são os óculos de proteção e justificaram tal conduta pela falta do EPI na unidade e a dificuldade de acesso ao mesmo. Alguns participantes justificaram a não utilização do EPI, de maneira geral, pela pressa no atendimento (1 (7,6%) técnico de enfermagem); desconforto no uso do EPI, (1 (7,6%) técnico de enfermagem e 2 (15,2%) enfermeiros); falta de adesão (2 (15,2%) enfermeiros e 1 (7,6%) técnico de enfermagem); falta de orientação e supervisão, além de negligência (1 (7,6%) técnico de enfermagem).

'O que eu utilizo mais é a luva né, e a máscara, às vezes, porque a correria é tanta que a gente esquece da nossa autoproteção querendo dar o atendimento rápido para o paciente, mas é porque a correria mesmo né, a falta de proteção nossa, cuidado nosso. Menos utilizo é o gorro e o óculos porque primeiro, não tem de imediato perto da gente e em segundo, que eu não acho necessário, mas é necessário.' (Mônica)

'[Utiliza] Geralmente luva, máscara e óculos. [Não Utiliza] jaleco, capote. [Justificativa] calor, eu sinto muito calor.' (João 2)

'Os que eu mais utilizo são: a máscara, luva. E o que eu menos uso, sinceramente são os óculos, e assim, o capote, porque a gente não tem acesso, às vezes tá com um paciente com algum risco e a gente não tem esse capote, nessa unidade aqui, e óculos também, eu vejo assim, que é falta de adesão mesmo, seria a palavra correta. E estar policiando sobre esse equipamento que é muito necessário e a gente deixa de usar.' (Joana)

'Eu utilizo mais é máscara, luva. O que eu não utilizo é óculos, avental, os principais né. Acho que é mais por costume também e é por falta de orientação e de alguém estar cobrando também da gente isso né, os supervisores, de chegar e cobrar que você use a sua proteção mesmo né. [justificativa].' (Alê)

Os relatos referem que os óculos de proteção é o EPI menos utilizados pelos profissionais. O Ministério da Saúde recomenda o uso dos óculos em procedimentos em que haja possibilidade de respingo de sangue e outros fluidos corpóreos na região ocular, sendo indispensável em procedimentos de risco¹⁷.

Dentre as dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde em utilizar o EPI, alguns autores referem a falta do material para proteção e a falta de apoio de gestores como fatores que contribuem para a baixa adesão do EPI¹⁹.

A prática do uso do EPI previne a exposição desnecessária ao material contaminado e minimiza os riscos ocupacionais e acidentes de trabalho. Dessa forma, a disponibilidade do EPI nos serviços de saúde é fundamental para que os profissionais de saúde os utilizem na prestação dos serviços. É dever da direção das instituições de saúde fornecer o EPI, cobrar e supervisionar seu uso e propiciar a participação desses profissionais em Programas de Educação Continuada¹.

Os depoimentos evidenciaram que em algumas situações o atendimento ocorre sem o uso do EPI. Em relação ao uso do EPI em todos os atendimentos, independentemente do diagnóstico, 8 (62%) trabalhadores afirmaram que utilizam o EPI somente quando conhece o diagnóstico do mesmo, sendo 4 (31%) enfermeiros e 4 (31%) técnicos de enfermagem, e 5 (38%) participantes referiram que utilizam o EPI independentemente do diagnóstico do paciente, ou seja, em todos os atendimentos, sendo 2 (15,7%) Enfermeiros e 3 (22,8%) técnicos de enfermagem.

'Só quando conheço o diagnóstico do mesmo, e ainda, às vezes, se for um procedimento invasivo, ainda deixo pra lá a luva. Que vergonha. Pelo comodismo [justificativa].' (Antônia)

'Geralmente a gente utiliza mais quando conhece o diagnóstico do paciente, porque nem sempre tem também todos os EPI's disponíveis pra gente usar em todos os pacientes.' (Lulu)

Com esse resultado, pode-se perceber que dentre os 6 (46%) enfermeiros participantes da pesquisa, a maioria 4 (31%) utiliza o EPI somente quando conhece o diagnóstico do paciente, o que pode aumentar o risco de exposição ocupacional do enfermeiro e da sua equipe. O enfermeiro deve estar ciente dos riscos a que a equipe de enfermagem está exposta e, dessa forma, exigir que utilizem o EPI adequado para cada situação, preservando sua segurança¹.

Sabe-se que, em grande parte dos cenários de prestação de cuidados de enfermagem, negligenciam-se normas de biossegurança; de acordo com Chagas MCS *et al* (2011), o EPI é mais utilizado na assistência ao paciente cujo diagnóstico é conhecido. É recomendado que o trabalhador se proteja sempre que tiver contato com material biológico e, também, durante a assistência cotidiana aos pacientes, independente de conhecer o diagnóstico ou não, utilizando-se, portanto, das precauções universais padrão¹.

Fatores que contribuem para a não adesão ao EPI

Dentre os fatores que contribuem para a não adesão ao EPI durante os atendimentos na emergência, 8 (61%) profissionais mencionaram a falta do EPI como principal fator, 4 (31%) cita a pressa no atendimento e 1 (8%) menciona a alta demanda de atendimentos associado ao desconforto no uso do EPI.

'Em primeiro lugar, é porque não tem. A falta deles né, do material. Em segundo lugar, é a quantidade de trabalho né. A demanda de funcionários é pequena. Então pra você pegar uma luva, você que tem que ir lá. Então você trabalha muito pra você correr atrás. Em primeiro lugar, isso. A segunda: qualidade, a qualidade do material. Terceira: o uso da luva, o pó, te traz alergias. São vários desses. A temperatura, o calor do capote. Touca nunca tem. Botas, essas outras coisas, nunca nem vi.' (Antônia)

'Eu acho que a demanda muito grande na emergência, poucos funcionários, é... as vezes até o acesso aos EPI é um pouco dificultado, falta de material na rede pública, isso contribui muito.' (Camila)

'O que contribui para a não utilização é a alta demanda de serviço que não tem tempo do profissional se equipar a tempo de atender uma ocorrência.' (Pegasus)

'Eu acho que aqui na emergência como é o nosso local de trabalho, eu acho que a correria da questão do atendimento, da chegada do paciente, como é um box de emergência, até você pegar o material... O EPI em si e se paramentar todo, a situação já está acontecendo, o paciente já deve estar parando, tem que aspirar uma seringa e nisso eu acho que é um fator que contribui para que alguns não usem.' (Alê)

Um dos participantes relatou o comodismo, o desconhecimento e a falta de treinamento associado a falta de tempo no serviço de emergência como principais fatores para a não adesão ao EPI.

'Comodismo, pressa, falta de treinamento, desconhecimento.' (João 2)

No setor de emergência, são atendidas pessoas com diversas patologias, e para promover o cuidado de enfermagem de forma rápida, a equipe de saúde realiza procedimentos simples e complexos com agilidade¹⁶. Entretanto, os profissionais negligenciam o uso do EPI devido à necessidade de atender o paciente rapidamente, além de outros fatores como a falta do EPI, a alta demanda do atendimento, o desconforto no uso do EPI e a falta de educação continuada⁵.

O desconforto proporcionado pelo uso do EPI relatado pelos participantes são fatores que dificultam a realização do trabalho que

será exercido e colabora com a resistência do profissional para a utilização do EPI¹⁹.

Um dos fatores colaborativos para a resistência no uso do EPI, está relacionado com funcionários que possuem maior experiência ou maior tempo de atuação, por possuírem maior autoconfiança ao realizar os procedimentos de rotina, acabam negligenciando medidas básicas de segurança, como o uso do EPI, acidentando-se algumas vezes¹⁹.

Sobre a disponibilidade do EPI necessário para a rotina do setor no serviço de emergência, 10 (77%) profissionais afirmaram que a unidade não oferece todo o EPI necessário, enquanto 3 (23%) profissionais afirmam que a unidade oferece o EPI necessário, porém com dificuldade de acesso ao mesmo, como os óculos de proteção.

'Nem sempre, mas assim, o básico, como luvas, gorro e avental utiliza sim, oferece sim agora, quando tem. Já aconteceu, muitas vezes, de paciente com transmissão aérea e não ter máscara N95, por exemplo, da gente ter que utilizar a outra. Então quando tem a gente utiliza, mas nem sempre tem.' (Camila)

'Nunca aconteceu isso. Tem 6 anos que eu tô aqui e sempre falta alguma coisa ou mais de uma coisa.' (Pedro)

A falta do EPI necessário para atender a demanda de atendimentos no serviço de emergência contraria a NR 6 que recomenda que o EPI seja oferecido pelos empregadores aos profissionais que executam atividades de risco em quantidade suficiente, assim como garantir seu imediato fornecimento ou reposição⁴. Dessa forma, a disponibilidade de EPI nos serviços de saúde é fundamental para que os profissionais de saúde os utilizem na prestação dos serviços no serviço de emergência.

Os participantes também relataram, em sua maioria, 8 (62%), que não receberam nenhum esclarecimento sobre a utilização adequada dos equipamentos de proteção individual no Pronto-Socorro oferecido pela unidade de saúde HRG. Somente 5 (38%) profissionais afirmaram ter recebido algum tipo de esclarecimento, sendo que dessas, duas falas citaram a descontinuidade na educação continuada, com longos intervalos entre um treinamento e outro.

'Pra te falar a verdade, nunca. Aqui, nunca. Eu tive orientação quando eu era interno de enfermagem, inclusive no hospital regional de Planaltina, mas aqui eu não vou mentir não. Nunca teve, infelizmente.' (Pegasus)
'Não, dessa não. Já recebi de unidade particular antes de ser admitido do tipo "vamos usar e tal", se você for pego não utilizando um EPI vai te dar uma advertência e tal, mas aqui não.' (Alê)

Alguns autores referem que para a prevenção de acidentes e doenças ocupacionais entre profissionais da saúde, a NR 32 representa a principal normatização brasileira e trabalha três grandes eixos: o primeiro é a capacitação contínua dos trabalhadores, o segundo define os programas que tratam dos riscos e, por fim, o terceiro eixo determina as medidas de proteção contra os riscos ocupacionais, entre elas o uso adequado dos EPI. Seu resultado positivo depende de aplicação efetiva⁶.

Sentimentos associados a utilização do EPI e a sua importância no serviço de emergência

Os relatos dos profissionais entrevistados com relação aos sentimentos vivenciados durante a utilização do EPI no atendimento são pertinentes para que se possa intervir de maneira a melhorar a adesão dos profissionais a proteção individual. Evidenciou-se assim que 10 (77%) participantes referem segurança e proteção além de se sentirem confortáveis e tranquilos em relação ao uso do EPI.

'Eu me sinto mais segura né. Eu preciso cuidar de mim primeiro pra depois cuidar de alguém. Então eu sigo certinho mesmo, teve até um episódio que eu não usei, depois eu fiquei um pouquinho arrependida porque caiu um pouco de sangue na minha mão, porque as vezes você quer fazer um procedimento e não quer calçar a luva porque você perde o tato, mas com o tempo você vai adquirindo, então você tem que usar, pela questão da segurança mesmo.' (Esmeralda)
'Você trabalha mais tranquilo né, sem dúvidas. Já fiz procedimento sem luva, mas você trabalha inseguro. Você com luva, com máscara, com óculos, com o seu gorro ou com o seu avental descartável é outra coisa. Você sabe que terminou ali o seu procedimento, você consegue descartar, faz sua lavagem de mãos como deveria e aí você está pronto

pra outra. Você se sente bem mais seguro, trabalha bem mais tranquilo.' (Carlos)

'Bem mais protegida. A gente pode manusear o paciente melhor em relação a posicionar o paciente, ficar mais próxima do paciente, se sente bem mais protegida em todos os sentidos.' (Mônica)

Em contrapartida, 1 (8%) profissional declarou desconforto ao utilizar o EPI, como a fala a seguir:

'Me sinto desconfortável né. Você não se sente confortável. Às vezes você vai punção um paciente com uma luva e é meio complicado mas a gente sabe que é necessário e que é pra nossa segurança e pra segurança do paciente né' (Alê)

Apesar do relato de desconforto em relação ao uso do EPI, os profissionais conhecem a importância dessa proteção para a prática assistencial no sentido de se autoprotoger, minimizar os riscos ocupacionais e de infecção cruzada.

'Fundamental. Fundamental o profissional primeiro se proteger, pensar primeiro nele porque se ele não tiver uma boa saúde ele não vai conseguir dar um bom atendimento. O profissional tem que procurar primeiro cuidar da sua saúde pra depois cuidar da saúde dos outros.' (João 2)

'Ele é de extrema importância, acho que não só em pronto socorro como em qualquer unidade hospitalar, em qualquer unidade hospitalar, ele é de muita importância, é pra prevenir justamente, é pra isso né, prevenir que você tenha uma doença por um risco de uma contaminação por perfuro, gotícula, por sangue, por isso é muito importante o uso dos equipamentos de segurança né.' (Joana)

'É importantíssimo, não só para nós, mas também para os outros pacientes né. No caso, chega uma paciente com um diagnóstico ruim, mesmo não sendo fechado diagnóstico e a gente sem proteção, pode ser uma coisa infecciosa e a gente passa pros outros pacientes mesmo sem a gente saber. Então assim, a proteção é tanto pra nós como para os outros pacientes também.' (Mônica)

Dessa forma, a percepção da importância do uso do EPI pelos profissionais de enfermagem associada ao treinamento e a educação continuada funcionam como medidas preventivas no

ambiente de trabalho, uma vez que, a partir do conhecimento das exposições a instituição implementa medidas que limitam a possibilidade de contaminação, normatizam e conscientizam o trabalhador quanto ao uso das medidas de proteção adequadas ao risco ocupacional no ambiente de trabalho¹⁹.

CONCLUSÃO

Dar atenção aos relatos dos profissionais de enfermagem possibilitou a identificação da percepção dos mesmos frente ao risco ocupacional e o uso do EPI. Os dados evidenciaram que os profissionais conhecem os riscos ocupacionais a que estão expostos e consideram a importância do uso do EPI, entretanto, negligenciam seu uso atribuindo a questões como: falta do equipamento, falta de supervisão, alta demanda do atendimento, desconforto no uso do EPI e a ausência de educação continuada periodicamente.

A falta do EPI e a ausência de educação continuada periodicamente contrariam as normas regulamentadoras do trabalho. Esses fatores contribuem para a não adesão do EPI além de refletirem ações deficitárias de prevenção à segurança dos trabalhadores nos serviços de saúde dentro da unidade.

É pertinente destacar que os riscos ocupacionais que a maioria dos trabalhadores conhecem foram relacionados aos riscos biológicos a que estão expostos em seu ambiente de trabalho, enfatizando ser estes com o que mais se preocupam ao não utilizarem o EPI por temerem o risco de contaminação por contato com secreções e perfurocortantes. Dentre os equipamentos de proteção, o uso das luvas foi enfatizado como o EPI mais utilizado no PS e os óculos de proteção, entretanto, foi mencionado como o EPI menos utilizado nos atendimentos. Sendo assim, é notável que conhecimento sobre o uso adequado do EPI possui relação direta com a percepção do risco ocupacional que o funcionário está exposto.

Se faz necessário ressaltar o papel do enfermeiro na minimização dos riscos ocupacionais no serviço

de emergência, uma vez que, deve estar ciente dos riscos a que a equipe de enfermagem está exposta e exigir que utilizem o EPI adequado para cada situação, preservando a segurança e prevenindo a exposição desnecessária ao material contaminado e a acidentes de trabalho.

Constata-se também que às medidas de segurança individual são negligenciadas quando a equipe de enfermagem, em sua maioria, afirma a utilização do EPI somente quando conhecem o diagnóstico do paciente, ou quando identificam uma situação de risco evidente. Considerando o atendimento no serviço de emergência, onde, por vezes, o paciente é recebido sem diagnóstico preestabelecido é recomendado que o trabalhador se proteja utilizando as precauções universais padrão, independente de conhecer o diagnóstico ou não.

Este estudo contribui como ferramenta de gestão na prevenção a saúde do trabalhador quanto aos riscos ocupacionais, uma vez que, identifica potenciais fragilidades no uso do EPI por seus colaboradores e serve como instrumento norteador para o estabelecimento de medidas padronizadas que possibilitem ações de educação continuada e disponibilização do EPI em locais estratégicos, de fácil acesso, como forma agilizar seu uso no serviço de emergência, minimizando assim, a exposição aos riscos desses trabalhadores dentro do Sistema Único de Saúde (SUS).

Embora o objetivo do estudo tenha sido atingido, apresentou limitações, devido ao reduzido número de participantes e por ter envolvido profissionais de enfermagem de um setor da instituição estudada, no caso o PS. Assim, embora significativos, os resultados não devem ser generalizados, mas considerados em sua singularidade.

Recomenda-se, assim, a replicação do estudo nos serviços de emergência de outras unidades de saúde da SES/DF, visando diferenciar a percepção dos profissionais de enfermagem frente ao risco ocupacional e o uso do EPI de acordo com nível de formação profissional, e a exposição aos riscos de cada categoria, possibilitando assim, ponderações com outros estudos relacionados a esse tema.

REFERÊNCIAS

1. Chagas MCS, Barbosa MCN, Behling A et al. Risco ocupacional na emergência: uso de equipamentos de proteção individual (EPI) por profissionais de enfermagem. *Rev enferm UFPE online.*, Recife, 7(2):337-44, fev., 2013. [acesso em 03 fev 2019]. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v7i2a10241p337-344-2013>
2. Garlet ER, Lima MADS, Santos JLG, Marques GQ. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. *Texto & contexto enferm* [Internet]. 2009 Apr/June [cited 2011 Apr 19]; 18(2): 266-72. [acesso em 08 fev 2019]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/09.pdf>
3. Gallas SR, Fontana RT. Biossegurança e a enfermagem nos cuidados clínicos: contribuições para a saúde do trabalhador. *Rev bras enferm* [Internet]. 2010 Sept/Oct [cited 2012 Mar 15];63(5):786-92. [acesso em 11 fev 2019]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n5/15.pdf>
4. NR 6: Portaria nº 25 de 15 de outubro de 2001 [Internet]. D.O.U: Ministério do Trabalho e Emprego; 2001. REVOGADA pela PORTARIA n.º 25 de 15 de outubro de 2001, publicada no DOU de 17/10/01: PORTARIA N.º 05, DE 07 DE MAIO DE 1982; [revised 2001 Oct 17; [cited 2020 Feb 16]; [8.826]. [acesso em 15 fev 2019]. Available from: http://www.trabalhoseguro.com/Portarias/port_25_2001_altera_nr6.html
5. Spagnuolo SR, Baldo SCR, Guerrini I. Análise epidemiológica dos acidentes com material biológico registrado no centro de referência em saúde do trabalhador – Londrina – PR. *Rev bras Edemiol* [Internet]. 2008 June [cited 2011 Apr 11];11(2):315-23. [acesso em 15 fev 2019]. doi: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2008000200013>
6. Moraes ALO, Santos ASA, Bernardes KO. Notificação Dos Acidentes De Trabalho Por Exposição A Material Biológico Entre Trabalhadoras Da Saúde. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*. 2016 Maio;6(2):133-147. [acesso em 20 fev 2019]. Available from: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/fisioterapia/article/view/877>
7. Mendes C, Sousa LA, Paixão S, Ferreira A. Riscos Ocupacionais nas Centrais de Esterilização Hospitalares. *Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional online*. 2017, volume 4, 57-60. [acesso em 26 fev 2019]. doi:10.31252/RPSO.26.12.2017
8. Guimarães EAA, Araújo GD, Bezerra R, Silveira RC, Oliveira VC. Percepção de técnicos de enfermagem sobre o uso de equipamentos de proteção individual em um serviço de urgência. *Cienc enferm* [Internet]. 2011 Dec [cited 2011 Apr 15];17(3):113-23. [acesso em 26 fev 2019]. Available from: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n3/art10.pdf>
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Exposição a materiais biológicos. Brasília: 2006. [acesso em 26 fev 2019]. Available from: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_expos_mat_biologicos.pdf
10. Simão SAF, Souza V, Borges RAA, Soares CRG, Cortez EA. Fatores associados aos acidentes biológicos entre profissionais de enfermagem. *Cogitare enferm* [Internet]. 2010 Jan/Mar [cited 2011 May 13];15(1):87-91. [acesso em 21 fev 2019]. Available from: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/17177/11312>
11. Silva MKD, Zeitoune RCG. Riscos ocupacionais em um setor de hemodiálise na perspectiva dos trabalhadores da equipe de enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2009 Apr/June [cited 2011 Mar 19];13(2):279-86. [acesso em 22 fev 2019]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a07.pdf>
12. Alves D, Filh DFF, Henrique A. O Poderoso NVivo: uma introdução a partir da análise de conteúdo. *Revista Política Hoje* 2015 24(2): 119-134. [acesso em 18 fev 2019]. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/politica/hoje/article/view/3723>
13. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. [acesso em 16 fev 2019]. Available from: <http://conselho.sau.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
14. NR-10. Ministério do Trabalho e Emprego (BR) - Portaria n.º 3.214, de 08 de junho de 1978. [acesso em 16 fev 2019]. Available from: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=9CFA236F73433A3AA30822052EF011F8.proposicoesWebExterno1?codteor=309173&filena me=LegislacaoCitada+-INC+5298/2005.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Classificação de risco dos agentes biológicos. Brasília: Editora MS.[Internet]. 2010. [cited 2011 June 15]. [acesso em 20 mar 2019]. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/classificacao_risco_agentes_biologicos_2ed.pdf

16. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005. Aprova a Norma Regulamentadora nº 32. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego; 2005. [acesso em 20 mar 2019]. Available from: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=A0DFC9671C271F924ED67242202671FC.node2?codteor=726447&filename=LegislacaoCitada+-PL+6626/2009
17. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de condutas – Exposição Ocupacional a material Biológico: Hepatite e HIV. Coordenação nacional de DST e AIDS. Brasília: Editora MS [Internet]. 2000. [cited 2009 July 12]. [acesso em 22 mar 2019]. Available from: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_condutas_hepatite_hiv.pdf
18. Martins JT, Bobroff MCC, Andrade AN, Menezes GDO. Equipe de enfermagem de emergência: riscos ocupacionais e medidas de autoproteção. *Ver enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 2014 mai/jun; 22(3):334-0. [acesso em 20 mar 2019]. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/13690>
19. Rieth GH, Loro MM, Stumm EMF et al. Uso de equipamentos de proteção individual pela enfermagem em uma unidade de emergência hospitalar. *Rev enferm UFPE online.*, Recife, 8(2):365-71, fev, 2014. [acesso em 27 mar 2019]. doi:<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v8i2a9683p365-371-2014>.

Possibilidade de sobrecarga laboral do Agente Comunitário de Saúde: método do Discurso do Sujeito Coletivo

Possibility of work overload of the Community Health Worker: method of the Discourse of the Collective Subject

Talini Rodrigues¹
Rafael Oliveira Fonseca²

¹Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS - Campus do Pantanal - Mestrado em Estudos Fronteiriços – MEF

²Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul – UEMS- Unidade Universitária de Campo Grande.

Correspondência: UFMS – Campus do Pantanal Rua Domingos Sahib, 99, Bairro Cervejaria. Fone: (67) 3234-6205 – Secretaria de Pós-graduação. Corumbá-MS. CEP: 79300-130. E-mail: talinirodrigues@id.uff.br UEMS- Unidade Universitária de Campo Grande. Avenida Dom Antônio Barbosa, número 4155, Vila Santo Amaro. Campo Grande – MS. CEP: 79115-898. E-mail: rafaelfonseca@uems.br

Recebido: 03/02/21

Aceito: 23/03/21

RESUMO

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) apresenta dificuldades no trabalho pelas suas multitarefas complexas que extrapolam seu conhecimento.

Objetivo: compreender a possibilidade de sobrecarga laboral nos ACS das equipes de Saúde da Família em Corumbá/MS.

Método: Aplicação de questionário semi-aberto com 48 ACS, sendo analisado pela técnica estatística descritiva (questões fechadas) e método do Discurso do Sujeito Coletivo (questões abertas).

Resultados: a maior parte dos ACS não se sente sobrecarregada.

Conclusão: Consideramos o desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde, de rodas de conversa com a população e o apoio tripartite público para melhorar as condições de trabalho da categoria.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde; Estratégia Saúde da Família; Carga de trabalho.

ABSTRACT

The Community Health Worker (CHW) has difficulties at work due to his complex multitasking that extrapolates his knowledge.

Objective: to understand the possibility of work overload in the CHWs of the Family Health teams in Corumbá/MS.

Method: Application of a semi-open questionnaire with 48 CHW, being analyzed by the descriptive statistical technique (closed questions) and Discourse of the Collective Subject method (open questions).

Results: most of CHWs do not feel overwhelmed.

Conclusion: We consider the development of Permanent Education in Health, of conversation with the population and public tripartite support to improve the working conditions of the category.

Keywords: Community Health Workers; Family Health Strategy; Workload.

INTRODUÇÃO

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é um profissional do Sistema Único de Saúde (SUS) que trabalha na rede de Atenção Básica, podendo ou não morar na comunidade e integrante de uma equipe de Saúde da Família (eSF) ou de uma equipe da Atenção Básica (eAB)¹. Neste estudo, o foco são os Agentes Comunitários que trabalham na Estratégia de Saúde da Família (ESF), portanto, membros de uma eSF.

A Atenção Básica, também conhecida como Atenção Primária à Saúde (APS), é considerada uma estratégia de reorganização do primeiro nível da atenção no sistema de saúde. Para tanto, ela atua considerando o indivíduo e suas particularidades com a implementação de ações para promoção, proteção, prevenção e controle de agravos/doenças da população².

A Atenção Básica trabalha com os princípios da universalidade, garantindo acesso universal aos serviços de saúde; da equidade que proporciona uma assistência adaptada às diferentes realidades do Brasil³ e da integralidade que organiza o processo de trabalho em três níveis de assistência (primário, secundário e terciário), englobando fatores sociais e econômicos no processo saúde x doença da população⁴.

Além disso, preconiza-se pelo funcionamento da rede de Atenção Básica diante de diretrizes como a regionalização; hierarquização; participação da comunidade⁵; coordenação do cuidado; resolutividade; ordenação dos sistemas; longitudinalidade do cuidado¹.

Neste contexto, a equipe de Saúde da Família (eSF) é composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar/técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS)⁶. Podem fazer parte da equipe o Agente de Combate às Endemias (ACE), cirurgião-dentista e o auxiliar ou técnico em saúde bucal¹.

Nesta perspectiva, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)⁷ direciona as estratégias para a consolidação da Atenção Básica funcionando como um guia das ações a serem realizadas e determina as responsabilidades comuns dos profissionais de saúde dessa rede, além das atribuições específicas de cada um desses trabalhadores.

Sobre o ACS, este tem como responsabilidades: realização de visitas domiciliares e de ações educativas individuais/coletivas, e executar um diagnóstico demográfico, social, cultural, ambiental, epidemiológico e sanitário do território¹. Realiza

ainda observação e, se necessário, notificação de situações que interfiram no curso das doenças na comunidade; identificação de casos suspeitos de doenças/ agravos e de possíveis parceiros locais para atividades intersetoriais; mobilização da comunidade para ações simples de manejo ambiental; informação de datas e horários de consultas/exames agendados, dentre outras¹.

Ressaltamos que, por conta da sua atuação fortemente vinculada ao território, o ACS estabelece uma relação de proximidade e intimidade com a comunidade. Dessa maneira, ele acaba vocalizando aquela localidade dentro da UBS e tendo papel central na comunicação que se estabelece entre usuários e profissionais de saúde⁸.

Como podemos observar, suas competências são diversas e, em muitos casos, complexas⁹, constantemente surgem novas situações na atuação diária do agente que podem englobar conhecimentos de caráter biomédico, político, comunicativo, envolvendo recursos humanos, assistência social, dentre outros. Assim, trabalhar com todas essas vertentes é um desafio constante para esse profissional.

Além disso, Tomaz (2002)⁹ aponta que o Agente Comunitário lida com situações como a falta de entendimento sobre suas atividades, além de sua qualificação desorganizada, fragmentada e incapaz de garantir o desenvolvimento das habilidades que ele necessita para exercer seu trabalho.

Isto posto, o objetivo deste estudo é compreender a possibilidade de existência de uma sobrecarga na atuação cotidiana do Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família do município de Corumbá – Mato Grosso do Sul.

MÉTODO

A pesquisa de campo foi realizada em Corumbá/MS no âmbito da Estratégia de Saúde da Família e consistiu na aplicação de um questionário dirigido ao ACS com perguntas fechadas e abertas, a fim de compreender sua vivência profissional. Classifica-se o estudo como de caráter quantitativo e qualitativo apresentando aspectos analítico-descritivos.

Para realizar a pesquisa, foi solicitada a aprovação da Secretaria de Saúde de Corumbá/MS. Posteriormente, o estudo foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS), tendo sido aprovado: CAAE 07655119.7.0000.0021.

A coleta de dados foi realizada no primeiro semestre de 2019. O número de Agentes Co-

munitários de Saúde fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde de Corumbá/MS foi de 179 profissionais distribuídos em 26 ESF. O questionário foi aplicado em 50 ACS voluntários.

Para o ACS que concordou em participar da pesquisa, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Adotou-se como critérios de inclusão: 1) Ser Agente Comunitário de Saúde, que atua em uma equipe de saúde de uma Estratégia de Saúde da Família do município de Corumbá/MS; 2) Ter assinado o TCLE.

Dois questionários foram excluídos do estudo: um por preenchimento à lápis e outro por não apresentar todas as informações necessárias para análise. Dessa forma, a amostra foi de 48 questionários, ou seja, 27% do total de ACS de Corumbá/MS. A relação entre o número de ACS que participaram da pesquisa e as equipes de Saúde da Família no município de Corumbá/MS encontra-se na Tabela 1.

Tabela 1
Quantidade de Agentes Comunitários de Saúde que responderam ao questionário por Estratégia de Saúde da Família do município de Corumbá-MS/Brasil (2019)

Estratégia de Saúde da Família	Quantidade de ACS que responderam ao questionário
ESF Angélica Anache	2
ESF Beira Rio	2
ESF Breno de Medeiros 1	2
ESF Breno de Medeiros 2	2
ESF Dr. Walter Victório	2
ESF Ênio Cunha 1	2
ESF Ênio Cunha 2	2
ESF Fernando Moutinho	2
ESF Gastão de Oliveira 1	2
ESF Gastão de Oliveira 2	2
ESF Humberto Pereira	2
ESF Jardim dos Estados	2
ESF João Fernandes	2
ESF Lúcia Maria 1	1
ESF Lúcia Maria 2	2
ESF Luis Fragelli	2
ESF Mato Grande 1	0
ESF Mato Grande 2/Albuquerque	2
ESF Nova Corumbá	2
ESF Padre Ernesto Sassida	2
ESF Pedro Paulo 1	1
ESF Pedro Paulo 2	3
ESF Popular Velha	2
ESF Ranulfo de Jesus	2
ESF São Bartolomeu	2
ESF Taquaral	1
Total	48

Para analisar os dados de perguntas fechadas foi utilizada a estatística descritiva e a pergunta aberta foi analisada por meio do método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Este último reúne os discursos dos participantes da pesquisa fazendo uma reconstituição de um ser coletivo, que opina na primeira pessoa do singular¹⁰.

Para obter o DSC, é necessário destacar em cada depoimento as Expressões Chave (ECH), que são trechos capazes de descrever a essência da declaração do participante¹⁰.

A partir dessa fase, são identificadas as Ideias Centrais (IC), definidas como palavras ou expressões da língua que expressam da forma mais sintética, precisa e fiel possível o sentido do conteúdo de cada conjunto de ECH. Em sequência, as IC obtidas resultam no DSC. Destacamos que a Ideia Central é uma descrição dos relatos dos participantes e não uma interpretação do pesquisador¹⁰.

Neste estudo, utilizamos o termo “comentário” para depoimentos que não representam a coletividade, por serem individuais, mas que continham temáticas relevantes, que não podemos olvidar por conta da dimensão qualitativa da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto à faixa etária dos participantes, 42% possui de 30 a 39 anos e 27% tem entre 20 a 29 anos. Em relação ao sexo, 52% eram mulheres e 48% homens. Além disso, os ACS apresentam uma boa formação escolar: 31% possuem ensino médio completo e 48% possuem ensino superior completo ou incompleto, conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2**Faixa etária, sexo e formação dos ACS de Corumbá-MS/Brasil (2019)**

Respostas	Quantidade de participantes	Percentual
Faixa etária		
De 20 a 29 anos	13	27%
De 30 a 39 anos	20	42%
De 40 a 49 anos	6	12,5%
De 50 a 59 anos	1	2%
Mais de 60 anos	0	-
Não responderam	8	16,5%
Sexo		
Feminino	25	52%
Masculino	23	48%
Formação		
Ensino Fund. incompleto	0	-
Ensino Fund. completo	2	4%
Ensino Médio incompleto	2	4%
Ensino Médio completo	15	31%
Curso técnico	6	13%
Ensino Sup. incompleto	11	23%
Ensino Sup. completo	12	25%
Total	48	100%

Com relação à formação dos ACS, o fato de possuírem um bom nível de escolaridade contribui na sua atuação profissional, mas não anula a necessidade de participarem de ações de Educação Permanente em Saúde, descrita como um processo educativo que considera a vivência diária e coloca em discussão a formação do profissional¹¹. São construídos ambientes para reflexão coletiva e avaliação das atividades no trabalho. Esse conceito engloba atualizações do conhecimento teórico, do método, da ciência e da tecnologia, além de desenvolver ações dirigidas ao relacionamento na equipe, às práticas organizacionais, intersetoriais e interinstitucionais¹¹.

Ainda relacionado à formação, Morosini e Fonseca¹² relatam que um dos indicadores que sofreu considerável alteração foi a escolaridade do ACS: na primeira década da implementação do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF), o Agente Comunitário deveria saber ler e escrever. Em 2002, a Lei Federal nº 10.507 passou a requerer o ensino fundamental desses profissionais. Posteriormente, em 2018, a Lei Federal nº 13.595¹³ exigiu a admissão com formação de ensino médio, como primeira opção. Em caso de não existência de candidatos que cumpram esse requisito, admite-se indivíduos que tenham o ensino fundamental.

Questionou-se se os Agentes possuíam problema de saúde e, em caso afirmativo, era solicitado a citação dessas enfermidades. A maioria (87,5%)

refere não apresentar alguma doença, enquanto 10,5% responderam sim (Tabela 3).

Tabela 3**Problemas de saúde nos ACS de Corumbá-MS/Brasil (2019)**

Pergunta: Apresenta algum problema de saúde?*		
Respostas	Quantidade de participantes	Percentual
Sim	5	10,5%
Não	42	87,5%
Não responderam	1	2%
Total	48	100%

*Houve indivíduos que citaram mais de um problema de saúde

Os 5 ACS que responderam afirmativamente para a existência de problemas de saúde citaram um total de 7 enfermidades: hipertensão arterial, bronquite, sinusite, hérnia de disco, artrite reumatoide, psoríase e alteração visual. Conhecer as doenças que se manifestam nos Agentes Comunitários de Saúde se faz importante para avaliar se pode existir relação entre a doença e as dificuldades que este profissional enfrenta no seu trabalho.

Destacamos que sentimentos intensos vivenciados no exercício da função podem causar sofrimento mental, sendo ligados ao aparecimento de doenças somáticas. Isso acontece especialmente em indivíduos que se sentem sobrecarregados e não possuem defesa mental para suportar tal situação¹⁴.

De acordo com a Psicodinâmica do Trabalho (PDT), a falta de cooperação, reconhecimento e confiança de colegas de serviço, a rigidez e a fragmentação na organização do trabalho, dentre outros fatores, são capazes de gerar sofrimento ao profissional e a somatização pode aparecer como uma alternativa encontrada pela pessoa para enfrentar essa dor¹⁵.

Quanto à organização do trabalho, esta é definida como a distribuição dos empregados em determinadas funções para a realização das atividades previstas. Dentro dessa realidade, existem as relações entre os trabalhadores, além das atribuições que são ordenadas pela chefia e então executadas pelo profissional dentro das suas limitações¹⁵.

Neste contexto, quando existe uma gestão que não dá liberdade, bem como não reconhece os esforços de cada indivíduo, que compõe a equipe de serviço, e estes funcionários não são capazes de ressignificar o sofrimento laboral, pode acontecer

o surgimento de uma doença psicossomática. Esta enfermidade é definida como sendo somática e de origem mental¹⁵.

Uma pesquisa realizada com 137 ACS da cidade de Caraguatatuba, São Paulo, revelou que 5 desses Agentes relataram que a hipertensão arterial existente estava ligada à angústia e tensão no exercício diário de suas funções, além da questão da idade¹⁶.

Ao responderem à pergunta: Você se sente sobrecarregado pelo exercício do trabalho como Agente Comunitário de Saúde? 67% dos ACS assinalaram que não se sentem sobrecarregados, enquanto 31% preencheram afirmativamente, conforme Tabela 4. As respostas obtidas na segunda parte da pergunta foram dispostas no Quadro 1.

Tabela 4
Sobrecarga laboral nos ACS de Corumbá-MS/Brasil (2019)

Pergunta A: Você se sente sobrecarregado pelo exercício do trabalho como Agente Comunitário de Saúde?		
Respostas	Quantidade de participantes	Percentual
Sim	15	31%
Não	32	67%
Não respondeu	1	2%
Total	48	100%

Quadro 1

Relação entre as respostas da primeira parte da pergunta A e as Ideias Centrais, Discursos do Sujeito Coletivo e comentários obtidos dos ACS de Corumbá-MS/Brasil em resposta à segunda parte da pergunta A (2019)

Pergunta A: Você se sente sobrecarregado pelo exercício do trabalho como ACS? Por quê?		
Alternativas (1ª parte da pergunta)	Ideia Central (2ª parte da pergunta)	DSC (2ª parte da pergunta)
Sim porque... (31%)	Muitas funções	01. <i>Tenho muitas atribuições como preencher fichas, realizar determinada quantidade de visitas, procurar pacientes na minha área, lançar os procedimentos no sistema, dentre outros.</i>
	Pouco suporte	02. <i>Existe pouco suporte para que eu possa exercer minha função.</i>
	Absorção de problemas	03. <i>Porque eu absorvo os problemas de muitas famílias com quem trabalho diariamente. É cada dificuldade na minha jornada de serviço... como, por exemplo, situação de perda de componente de uma família que atendemos por conta de câncer ou outras doenças.</i>
		Comentário 01. <i>“(...) temos que bater a meta do estado (...)”</i>
		Comentário 02. <i>“O calor na cidade é muito, isso atrapalha na profissão”</i>
	Comentário 03. <i>“Temos excedentes de famílias e isso faz com que não possamos dar a atenção devida à população. Sempre fazemos outros serviços na unidade, mas ninguém pode desenvolver o nosso trabalho na nossa área e isso nos faz ficar sobrecarregados”</i>	
	Comentário 04. <i>“(...) seria mais fácil se os ACS portassem seus dispositivos eletrônicos e registrassem a coleta de dados na casa do paciente”</i>	
	Comentário 05. <i>“Porque, muitas vezes, a comunidade não respeita nossos horários e acham que trabalhamos 24 horas. Por mais que orientemos a comunidade, eles nos confundem com médicos e enfermeiros”</i>	
Não porque... (67%)	Planejamento e tempo suficiente	04. <i>Realizo o planejamento das minhas atividades e consigo executá-las com tranquilidade, afinal existe tempo suficiente para realizá-las.</i>
	Prazer pelo exercício da função	05. <i>Gosto do que faço, exerço com prazer minha função.</i>

A justificativa para o ACS não se sentir sobrecarregado no trabalho foram as Ideias Centrais: “planejamento e tempo suficiente” e “prazer pelo exercício da função”. Apesar de a maioria assinalar negativamente para a existência de uma sobrecarga no trabalho, houve um percentual de 31% que pensa o contrário. Sobre os DSC e comentários desse grupo, discorreremos a seguir.

Assim como citado pelo DSC 01 e comentário 03, Rosa, Bonfanti e Carvalho (2012)¹⁷ expuseram a existência de uma sobrecarga de funções relacionada aos ACS. Em uma dissertação de mestrado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo foi relatado o excesso de Visitas Domiciliares (VD)¹⁸.

Segundo os ACS desse estudo, a quantidade de VD pode reduzir o caráter qualitativo do trabalho, pois o profissional passa a exercer a ação de forma mecânica, apenas para atingir o objetivo imposto pela gestão¹⁸. A existência de uma meta a cumprir foi mencionada no comentário 01.

A Visita Domiciliar é realizada a pé pelo Agente Comunitário com exposição a radiações não ionizantes e por diversos dias sob as altas temperaturas de Corumbá/MS, como relatado no comentário 02. Isto mostra que esse profissional possui uma atuação cotidiana, por vezes, árdua no aspecto físico.

O comentário 04 expõe sobre a necessidade de o ACS portar dispositivos eletrônicos como tablets/celulares para computar os dados das famílias durante a visita domiciliar. Essa ausência tecnológica em diversas situações se torna um empecilho na operacionalização e melhor exercício das suas funções por conta de o ACS ter a necessidade de fazer a VD e depois dispor um tempo somente para passar os dados para o sistema digital¹⁹. A existência desta falta de suporte é citada no DSC 02.

Com relação ao DSC 03, o processo de aproximação do ACS com a família para a constituição do vínculo leva à transposição de problemas dos usuários para o ACS por meio das conversas e trocas entre as partes envolvidas. Dessa maneira, esse profissional ocupa a posição de morador e sofre como ele²⁰. Esses sentimentos fortes podem causar sofrimento mental para o trabalhador com a possibilidade do surgimento de doenças somáticas, como mencionamos anteriormente¹⁴.

De acordo com o comentário 05, Wai (2007)²⁰ citou os horários impróprios (fora da jornada de trabalho de 40 horas semanais) para o ACS exercer suas funções como um fator de estresse laboral. O que acontece, por vezes, é a existência de uma relação de proximidade física motivada pela possibilidade de o Agente Comunitário morar na mesma área em que trabalha, isto pode levar usuários a procurar por este profissional no período noturno, em feriados e finais de semana, por exemplo. Estas situações podem causar com o tempo uma tensão crônica. Ainda, outra pesquisa²¹ revela que uma exposição habitual deste caráter pode gerar a Síndrome de *Burnout*.

Esta Síndrome multidimensional é caracterizada por exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal, sendo mais frequente em trabalhadores que interagem diariamente com pessoas, o que requer constante resposta emocional²².

No estudo²² realizado com 24 ACS do município de Caetanópolis, estado de Minas Gerais, todos os participantes apresentavam *Burnout* e 58,3% apresentavam nível médio de exaustão emocional. Na cidade de Aracaju no Sergipe, uma pesquisa²³ com 222 Agentes Comunitários de Equipes de Saúde da Família mostrou que 10,8% destes possuíam tendência a desenvolver Síndrome de *Burnout* e 29,3% tinham sintomas similares aos da enfermidade mencionada.

A respeito da relação que se estabelece entre ACS e usuário, observamos nos resultados da presente pesquisa que se o Agente não possuir um preparo para lidar com as dificuldades diárias que surgem na comunidade, ele acaba mais vulnerável do que outros componentes da equipe de saúde ao aparecimento do estresse, assim como relatado por Camelo e Angerami (2004)²⁴.

Consideramos que o ACS necessita ter conhecimento sobre a ideia de trabalho ideal *versus* trabalho real por meio de qualificações. Dessa forma, ele estará ciente que as ações desenvolvidas por ele podem não corresponder ao que foi determinado, pois podem existir falhas que não estavam previstas em um planejamento modelo²⁵. Dessa maneira, esta diferença pode ser causa de sofrimento psíquico, como abordado pela Psicodinâmica Do Trabalho²⁶.

A Psicodinâmica do Trabalho preconiza pela reflexão do profissional por meio da exposição da

sua fala e escuta de colegas em rodas de conversa. Este processo é capaz de conscientizá-los sobre o trabalho e permitir uma reformulação coletiva da atividade laboral, além de prevenir doenças geradas por ele, criando, assim, um ambiente público para discussão e crescimento²⁶.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa nos permite afirmar que o Agente Comunitário de Saúde de Corumbá/MS, em sua maioria, não se sente sobrecarregado no trabalho. Contudo, este profissional lida no cotidiano com diversas problemáticas como: excesso de funções, falta de suporte para o exercício do seu trabalho, metas que precisam ser atingidas, ausência de instrumentos que poderiam facilitar sua atividade, falta de respeito da população quanto aos horários de procura pelo ACS, absorção de problemas das famílias, excedente de indivíduos e o calor intenso do município.

Estudos citados na discussão deste trabalho relataram situações de sobrecarga no trabalho do ACS em consonância com os DSC e comentários dos Agentes que se sentem sobrecarregados nessa presente pesquisa. Logo, precisa-se entender que, apesar da maioria dos Agentes Comunitários não sentir alguma sobrecarga laboral, existe complexidade na atuação deste profissional e desafios a serem enfrentados na sua vivência diária.

Concordamos com a Educação Permanente em Saúde, neste caso voltada para o Agente Comunitário de Saúde, com o desenvolvimento de cursos, qualificações, seminários, rodas de conversa, reuniões, que abordem diferentes temáticas científicas relevantes para seu trabalho na comunidade e que permitam a capacidade de reflexão pessoal/coletiva e o diálogo com colegas de equipe.

Dessa forma, deve-se incitar capacitações que explorem as ideias da Psicodinâmica Do Trabalho para o ACS, como as diferenças entre o trabalho ideal e o que se vive diariamente, enfermidades psíquicas que podem surgir destas divergências, organização do trabalho, dentre outros. Além disso, concordamos que a criação de ambientes com a exposição de fala do Agente Comunitário e escuta de outros membros da equipe, pode

possibilitar a reconstrução coletiva da ideia de trabalho na Estratégia de Saúde da Família, além de prevenir doenças e fortalecer a identidade profissional do Agente e sua equipe.

No aspecto da relação entre ACS e usuários, pontuamos a realização de qualificações em que o Agente Comunitário possa desenvolver habilidades como o acolhimento, zelo, conversa, além de poder desconstruir seus próprios tabus e preconceitos sociais, o que permite uma maior abertura para escutar, dialogar e orientar a comunidade. Ressaltamos o impacto social relevante de um profissional com tais conhecimentos aplicados.

Ademais, consideramos a criação de rodas de conversa periódicas com a comunidade para instruir a população sobre a função do Agente Comunitário dentro da ESF, a questão do respeito com os horários de trabalho desse profissional, a importância de recebê-lo em sua residência para que a equipe de saúde possa saber mais sobre a saúde de sua família, por exemplo.

Levando em consideração os três poderes públicos (federal, estadual, municipal), os gestores precisam estar disponíveis para que a categoria dos ACS possa expor suas dificuldades, as deficiências que a rede de saúde tem apresentado, enfim, esse profissional deve receber suporte para que possa ter melhores condições de trabalho no SUS.

Em caráter municipal, é necessário garantir os direitos trabalhistas do Agente Comunitário, além de fornecer equipamentos para sua atuação diária na comunidade como protetor solar, dispositivos eletrônicos, dentre outros.

Por fim, esclarecemos que esse estudo teve como finalidade conhecer aspectos ligados ao trabalho cotidiano do Agente Comunitário de Saúde como a possibilidade de sobrecarga. Neste contexto, apresentamos dados que podem ser utilizados para o aperfeiçoamento de programas de saúde locais. Destacamos a importância da continuação de pesquisas neste âmbito a fim de compreender outras questões relacionadas a esse profissional que é pilar da saúde pública do Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Federal nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 2017. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
2. Teixeira CF Uma Agenda para a Saúde. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 1997 [citado 2021 maio 21]; 2(1-2): 173-177. <https://doi.org/10.1590/1413-812319972102392014>
3. Paim JS, Silva LMV. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.) [periódico na Internet]. 2010, ago [citado 2021 Maio 21]; 12(2): 109-114.
<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/01/1048217/bis-v12n2-desigualdades-e-iniquidades-109-114.pdf>
4. Giovanella L, Lobato L de VC, Conill EM, Cunha EM. Sistemas Municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. Saúde em Debate 2002; 26 (60): 37-61. <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/SistemasMunicipaisSa%C3%BAde.pdf>
5. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. – Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Revogada pela Portaria GM/MS nº 2.488, de 21.10.2011. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 2006. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf
8. Nascimento EPL, Correa CRS. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, jun. 2008; 24 (6):1304-1313. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000600011>
9. Tomaz JBC. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. Revista Interface, Comunic., Saúde, Educ., fev. 2002; 6(10):75-94. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832002000100008>
10. Lefrève AMC, Lefreuve F, Cardoso MRL, Mazzza MMP. Assistência pública a saúde no Brasil: estudo de seis ancoragens. Saúde e Sociedade, 2002; 11(2):35-47. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902002000200004>
11. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface Comunic. Saúde Educ., set.2004/fev.2005, 2005; 9(16):161-77. <https://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>
12. Morosini MV, Fonseca AF. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. Saúde Debate, Rio de Janeiro, set. 2018; 42(esp. 1):261-274. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s117>
13. Brasil. Lei Federal nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. DOU de 18.4.2018. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 2018. http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/_Ato20152018/2018/Lei/L13595.htm#:~:text=Alterar%20a%20Lei%20n%C2%BA%2011.350,e%20Agentes%20de%20Combate%20%C3%A0s
14. Pitta AM. Hospital dor e morte como ofício.

- São Paulo: Hucitec, 1990. <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nxtAction=lnk&exprSearch=160471&indexSearch=ID>
15. Oliveira NT. Somatização e sofrimento no trabalho. *Revista virtual Textos e Contextos*, dez. 2003;(2). <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/download/958/738/>
16. Almeida MCS, Baptista PCP, Silva A. Cargas de trabalho e processo de desgaste em Agentes Comunitários de Saúde. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 2016; 50(1):95-103. https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n1/pt_0080-6234-reeusp-50-01-0095.pdf
17. Rosa AJ, Bonfanti AL, Carvalho CS. O sofrimento psíquico de Agentes Comunitários de Saúde e suas relações com o trabalho. *Saúde Soc.*, São Paulo, 2012; 21(1):141-152. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000100014>
18. Lunardelo SR. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde nos Núcleos de Saúde da Família em Ribeirão Preto – São Paulo. Ribeirão Preto. Dissertação [Mestrado do Programa de Pós-graduação de Enfermagem em Saúde Pública] - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2004. <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-25062004-121856/publico/dissertacao.pdf>
19. Oliveira AR, Chaves AEP, Nogueira JA, Sá LDS, Collet N. Satisfação e limitação no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*, 2010; 12(1):28-36. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i1.9511>
20. Wai MFP. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde na Estratégia Saúde da Família: fatores de sobrecarga e mecanismos de enfrentamento. Ribeirão Preto. Dissertação [Mestrado do Programa de Pós Graduação em Enfermagem Psiquiátrica] - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2007. <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-08082007-104445/pt-br.php>
21. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter, MP. Job *burnout*. *Annu. Rev Psychol*, 2001; 52:397-422. <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
22. Barroso SM, Guerra ARP. *Burnout* e qualidade de vida de agentes comunitários de saúde de Caetanópolis (MG). *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, 2013; 21(3):338-45. <https://doi.org/10.1590/S1414-462X2013000300016>
23. Mota CM, Dosea GS, Nunes PS. Avaliação da presença de Síndrome de *Burnout* em Agentes Comunitários de Saúde no município de Aracaju, Sergipe, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2014; 19(12):4719-4726. <https://doi.org/10.1590/1413-812320141912.02512013>
24. Camelo SHH, Angerami EL. S. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. *Rev. Latino-am Enfermagem*, jan./fev. 2004; 12(1):14-21. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000100003>
25. Daniellou F. A ergonomia em busca de seus princípios: debates epistemológicos. São Paulo: Edgard Blucher, 2004. <https://acervo.enap.gov.br/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=24971>
26. Lacman S, Jardim TA. O impacto da organização do trabalho na saúde mental: um estudo em psicodinâmica do trabalho. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, mai./ago. 2004; 15(2):82-9. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v15i2p82-89>

Política Nacional de Saúde Integral de LGBT: percepção de enfermeiros da atenção primária à saúde

National LGBT Integral Health Policy: perception of nurses in primary health care

Ariadne Soares Moraes Silva¹
Gabriela Jacarandá Alves²

¹Graduada em Enfermagem pela Escola Superior de Ciências da Saúde, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Brasília, Brasil.

²Mestre em Política Social, Docente da Escola Superior de Ciências da Saúde, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Brasília, Brasil.

Para correspondência: Ariadne Soares Moraes Silva: ariadneescs@gmail.com,
Gabriela Jacarandá Alves: gabriela.jacaranda@gmail.com

Recebido: 04/09/20
Aceito: 23/03/21

RESUMO

Objetivo: analisar o conhecimento dos enfermeiros que atuam nas unidades básicas de saúde, acerca da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.

Método: pesquisa qualitativa e quantitativa, realizada na Região de Saúde de Sudoeste do Distrito Federal, com aplicação de questionários a 47 enfermeiros.

Resultados: os enfermeiros mostraram-se desfavoráveis a atos discriminatórios, todavia, apontam opiniões contraditórias no que tange aos princípios e diretrizes da Política em questão.

Conclusão: a visão restrita acerca da complexidade da atenção a minorias sexuais e de gênero pode comprometer a atenção à saúde equitativa.

Palavras-chave: Atenção à saúde; Saúde de Minorias; Equidade em saúde.

ABSTRACT

Objective: to analyze basic health unit nurses knowledge about the National Policy for Integral Health for Lesbians, Gays, Bisexuals, Transvestites, and Transsexuals.

Method: qualitative and quantitative research held in the Federal District's Southwest Health Region consisting of the application of questionnaires to 47 nurses.

Results: the nurses appear to be against discriminatory acts, however, they show contradictory opinions regarding the principles and guidelines of the policy addressed.

Conclusion: the narrow-minded view of the complexity of care for sexual and gender minorities can impact on equitable health care.

Keywords: Health Care; Minority Health; Health Equity.

INTRODUÇÃO

Desde a virada do século XX para o XXI as lutas pelos direitos da população homossexual e transexual tem entrado nas questões da saúde pública, posteriormente se ampliando para a população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis (LGBT) como um todo¹. Realizando um recorte histórico, são percebidos diversos fatores que culminam na identificação dessa população como sendo vulnerável e reconhecida como sofredora dos efeitos da discriminação e exclusão de seu processo de saúde-doença².

O grande marco da redemocratização do país, a Constituição Federal de 1988, foi crucial para estabelecer a garantia dos direitos fundamentais do cidadão brasileiro, incluindo o direito à saúde³. Para ter formas de garantir esse direito, em setembro de 1990, o Congresso Nacional decreta e sanciona a Lei que regulamentava o Sistema Único de Saúde (SUS), a Lei nº 8.080, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. O SUS é fruto de um processo de construção social ao longo dos anos, que tangencia e norteia seus princípios e diretrizes, onde todos os níveis de assistência do serviço de saúde devem oferecer à população universalidade, equidade e integralidade no acesso⁴.

O país se encontrava frente a debates constantes e contraditórios ao que se tratava da garantia de direitos básicos, visto que, a realidade conservadora e o espaço religioso nas decisões políticas dificultam a prática de um Estado Democrático que garante direito à saúde de forma universal⁵.

A epidemia de 1980 da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), mais conhecida como *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS), foi um dos fatores que culminaram para a marginalização desse grupo, visto que relacionavam muito as práticas homossexuais devido sua frequência nestes indivíduos, onde sua influência permanece até hoje reforçando os estereótipos dessa população, conseqüentemente, atribuiu uma incipiência a linha de cuidado do processo saúde-doença do indivíduo que não se encaixa nos padrões de gênero e sexualidade, na maioria das vezes, se pensa somente no cuidado às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), e não em seu cuidado integral^{2,6}.

Entre seus princípios, a integralidade é um dos mais importantes para a garantia do direito à saúde, esta que envolve ações articuladas e contínuas de acordo com as particularidades de cada indivíduo, sendo assim, a integralidade deve compreender desde a regulação das políticas públicas até o cuidado direto ao usuário em todas suas dimensões^{2,7}.

A universalidade deve garantir o acesso da população aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios, sendo uma das ferramentas que também garantem o direito à saúde dos cidadãos. Contudo, a desigualdade que permanece no país desde a reforma constitucional, ainda reflete na atuação frágil e pouco eficiente dos princípios do SUS na prática^{2,6}. Esta ainda se desdobra na noção de igualdade, onde também remete a necessidade de distribuição dos serviços de forma justa, contudo, essa visão tende a ser restrita, desamparando as populações menos favorecidas que vivem com individualidades que não são abarcadas nesta noção⁸.

Dessa forma, as políticas são construídas de modo que se incorpore ações para grupos considerados vulneráveis, apresentando o conceito equidade, ainda muito discutido principalmente no âmbito da saúde devido seus múltiplos entendimentos. Seus aspectos objetivam uma sociedade mais solidária, tolerante e justa, ao visar a população dentro de sua coletividade e dentro de suas condições individuais, realizando intervenções situacionais, o que dentro das discussões dos direitos sociais, mais se aproxima do ideal de justiça⁹. Ao tratar todos os indivíduos de forma somente igualitária, se esconde suas iniquidades sociais e individuais, sendo assim, a necessidade de atenção especial para grupos específicos é necessária para que haja igualdade na assistência, protegendo o direito à saúde do cidadão¹⁰.

Contudo, no âmbito da saúde, alguns autores relacionam práticas discriminatórias recorrentes de alguns profissionais de saúde, aos padrões normatizados da heterossexualidade na sociedade. O processo de saúde-doença de uma população LGBT é complexo e específico para cada sigla, sendo necessário transformações no serviço de saúde e no modo de pensar e de agir dos profissionais de saúde. Devido à dificuldade em consolidar uma cultura democrática pelo direito à saúde integral, a orientação sexual e identidade de gênero, dentro do serviço de saúde, perde

sua definição e indicação de encaminhamentos pertinentes¹¹.

As dimensões continentais do Brasil trazem à tona a diversidade geográfica, econômica, social e cultural da população, além de ter uma grande concentração urbana, o que também gera condições diversas da população podendo as inserir em aspectos vulneráveis devido a fatores biológicos ou socioeconômicos, que levam a sua dificuldade de acesso ao serviço de saúde e exclusão social¹⁰.

As discussões acerca da orientação sexual trazem conceitos que envolvem o desejo de relação afetiva e sexual entre o sexo oposto ou do mesmo sexo, abrangendo as lésbicas, gays e bissexuais. Já o gênero, de forma primária, era entendido como uma construção social, histórica, política e econômica, definindo modelos através do reforço de padrões comportamentais da figura masculina e feminina estabelecidos a partir de símbolos, normas e instituições. A identidade de gênero, por outro lado, traz a percepção de cada indivíduo como base para sua definição como homem ou mulher para a sociedade, dando um significado mais amplo ao termo. A diversidade sexual se torna mais complexa e ampla e as discussões em relação ao que a envolve, como identidade sexual e de gênero, continuam sem uma definição permanente¹¹.

Ao que era percebido os novos cenários de diversidade que envolviam essas lutas, foi exposto a necessidade de agregar termos que contemplasse a pluralidade de formas de existências fora da perspectiva heteronormativa, principalmente após as críticas *queer*, dessa forma, os termos destinados a essa população se modificaram, a sigla GLS (gays, lésbicas e simpatizantes) tem a letra S retirada, adicionando o B (bissexuais), o T (transexuais) e o I (intersexuais)⁶.

Sendo assim, fazem parte da orientação sexual os termos: lésbica, definida como mulher que é atraída afetiva e/ou sexualmente por pessoas do mesmo sexo/gênero; gay, definido como pessoa do gênero masculino que tem desejos, práticas sexuais e/ou relacionamento afetivo-sexual com outras pessoas do mesmo gênero; e bissexual, sendo a pessoa que se relaciona afetiva e sexualmente com pessoas de ambos os sexos/gêneros. Em relação a identidade de gênero, fazem parte os termos: transexual, definido como a pessoa que possui uma identidade de gênero diferente do sexo designado no nascimento; travesti, sendo uma construção de gênero feminino, oposta ao sexo biológico,

seguido de uma construção física de caráter permanente; e intersexual, usado para descrever pessoas que nascem com anatomia reprodutiva ou sexual e/ou um padrão de cromossomos que não podem ser classificados como sendo tipicamente masculinos ou femininos¹².

Logo, é certo que a população LGBT foge do padrão heteronormativo aceito pela sociedade, o que gera conflitos na mesma e, conseqüentemente, pode acarretar situações de violência psicológica e física, além de afetar sua saúde mental e qualidade de vida¹¹. A Política Nacional de Saúde Integral de LGBT foi instituída através da Portaria N° 2.836 de 1° de dezembro de 2011, sendo um marco histórico para a visibilidade da população LGBT dentro do serviço de saúde. A Política tem como objetivo “*promover a saúde integral da população LGBT, eliminando a discriminação e o preconceito institucional e contribuindo para a redução das desigualdades e para consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo*”².

Para conseguir contemplar seu objetivo, a Política traz diversos objetivos específicos que contribuem para visibilidade e eliminação da discriminação e marginalização da população LGBT. Esses envolvem a gestão da saúde através das demandas específicas e ampliação do acesso ao serviço de saúde, tendo em vista a maior qualificação dos serviços para o atendimento integral, além do controle de indicadores da saúde e de serviços para essa população².

Muito além do contexto biológico, a visão holística do indivíduo como um ser único e que tem direito a dignidade em todos os patamares de sua existência, a qual não é respeitada, tornam suas demandas em saúde muito maiores. Essas carências determinadas socialmente, são definidas como iniquidades em saúde e são um desafio para o SUS e para profissionais de saúde. Os enfermeiros, por exemplo, ainda se deparam com muitos obstáculos, tanto em relação a recursos e tecnologias, quanto em relação à própria formação, esta que ainda mantém uma visão assistencialista e com restrito conhecimento ao Estado de Direito do cidadão¹⁰.

Dessa forma, este estudo objetiva analisar o conhecimento dos enfermeiros que atuam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), da Região de Saúde Sudoeste do Distrito Federal, acerca da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa e quantitativa, motivada por questionamentos acerca da qualidade da assistência prestada à população LGBT. Inicialmente, recorreu-se ao levantamento de fontes secundárias de pesquisa, a partir de censos demográficos e legislações que envolvem a população LGBT.

A coleta de dados foi realizada em 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Região de Saúde Sudoeste do Distrito Federal, sendo a amostra composta por 47 enfermeiros que atuavam há mais de um ano no serviço de saúde em que estavam presentes no momento da pesquisa.

Como instrumento de coleta, foi construído um questionário baseado nos objetivos e diretrizes da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT, combinando respostas abertas para o segmento qualitativo da pesquisa, de acordo com a proposta de análise de conteúdo de Bardin citada por Câmara¹³, com respostas fechadas para seu segmento quantitativo, baseadas na Escala de Likert¹⁴. Submetido a um pré-teste, sendo utilizado como ferramenta para verificação de falhas existentes e possíveis melhorias.

As variáveis do segmento quantitativo foram categorizadas e submetidas a análise de conteúdo, sendo tabulados a partir do programa *IBM SPSS Statistics*, por fim, foram gerados gráficos em barra. Para o segmento qualitativo, os dados coletados foram transcritos em ordem aleatória com auxílio da plataforma *Excel 2016*, onde as falas foram protegidas para citação ao longo da pesquisa, também foram categorizadas e agrupadas em unidades comparáveis de categorização com o programa *MAXQDA 2018*. Por fim, os resultados foram interpretados de acordo com a relação das hipóteses levantadas anteriormente¹³.

Foi disponibilizado a todos os participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), garantindo sigilo e a orientação quanto ao processo da pesquisa. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da SES/DF, sob o parecer de nº 2.616.297 de 24/04/2018.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante a década de 1970, com os levantamentos questionadores da noção biomédica relacionada à saúde na América Latina, ao considerar o caráter histórico e social dos problemas de saúde, novas soluções eram esclarecidas para a melhoria das condições de saúde da população sendo adotado o termo “determinação” para tal, onde posteriormente se torna “determinantes sociais da saúde”. Nesse período, destaca-se que os debates mundiais focaram, principalmente, na noção que a dimensão coletiva era influenciadora não só do adoecimento, mas também da própria vitalidade, consequentemente se tornando um processo, assim como conceitua Cruz citado por Gonzalez¹⁵:

“[...] um processo dinâmico, complexo e multidimensional por envolver dimensões biológicas, psicológicas, socioculturais, econômicas, ambientais, políticas, enfim, pode-se identificar uma complexa interrelação quando se trata de saúde e doença de uma pessoa, de um grupo social ou de sociedades.”

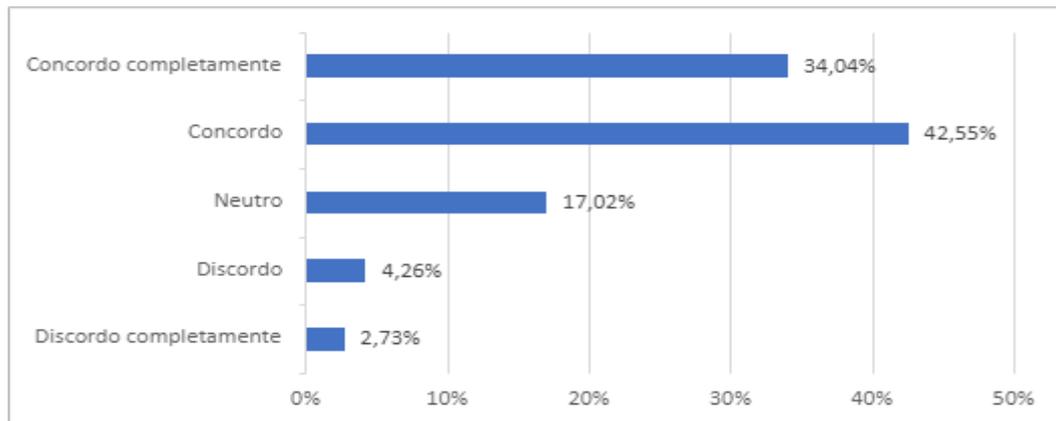
A concepção do processo de saúde-doença vem de confronto a abordagem teórica do modelo biomédico de entendimento da saúde. Sendo assim, autores começam a explorar que, para comprovar empiricamente o caráter histórico da doença, mais vale uma avaliação do processo que ocorre dentro da coletividade humana¹⁵.

Em decorrência da não adequação do gênero ou orientação sexual, os agravos à saúde da população LGBT são considerados consequentes a frequente violação de seus Direitos Humanos, encontrando-se em um estado vulnerável dentro da sociedade. O SUS reconhece a existência da discriminação, exclusão e seu impacto nessa população, sendo assim, a relação do usuário com o profissional de saúde se mostra fundamental para a qualidade do atendimento nos serviços de saúde, porém ainda se percebe uma carência de um atendimento integral relacionando o usuário a sua identidade de gênero e orientação sexual¹¹.

De forma primária, a pesquisa aponta uma visão positiva nas respostas obtidas pelos enfermeiros. O Gráfico 1 evidencia que 42,55% dos enfermeiros entrevistados concordam que a determinação social da saúde relacionada à população LGBT compõe o processo saúde-doença, junto a 34,04% que concordam completamente.

Gráfico 1

Percepção dos enfermeiros sobre a relação do processo saúde-doença com os determinantes sociais da saúde da população LGBT. Brasília, 2018.



Enquanto o Gráfico 2 aponta que 46,81% concorda ou concorda completamente que o processo de enfrentamento às iniquidades em saúde, com foco na população LGBT, auxilia na consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo. Dessa forma, levando em consideração o levantamento teórico, a pesquisa evidencia que os enfermeiros reconhecem a existência das individualidades da população LGBT, proporcionando um discreto distanciamento das discussões acerca da discriminação recorrente nos serviços, de forma a excluir e negar a importância de suas iniquidades.

Contudo, ao serem questionados acerca do conhecimento da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT, de acordo com o Gráfico 3, 42,55% dos enfermeiros se mostram neutros, mesmo com a concordância de 29,79%. Sabe-se que a educação é parte essencial do processo de vinculação do profissional de saúde com o usuário do serviço, visto que o espaço da atenção à saúde pode ser entendido como uma área de qualificação profissional e de aprendizagem do usuário acerca das próprias condições de saúde¹⁶.

Gráfico 2

Percepção dos enfermeiros sobre a relação do enfrentamento às iniquidades em saúde da população LGBT com a consolidação do SUS. Brasília, 2018.

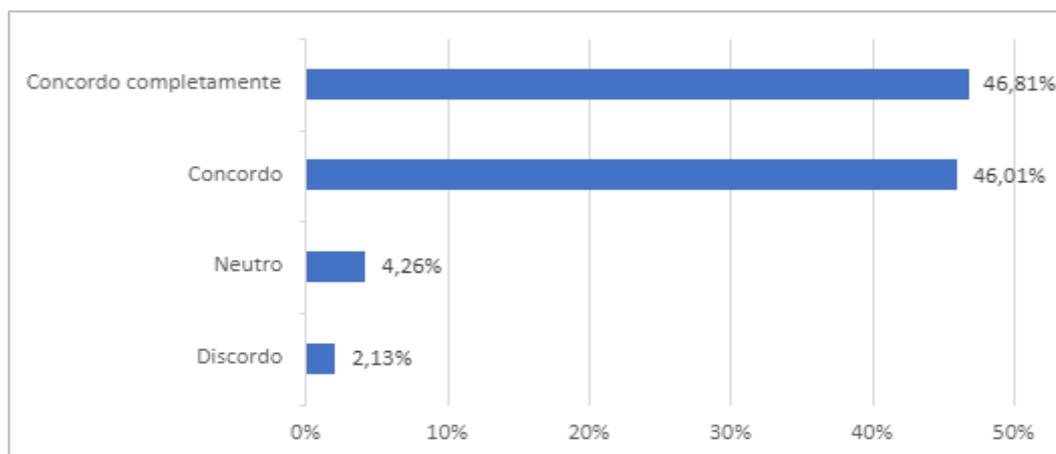
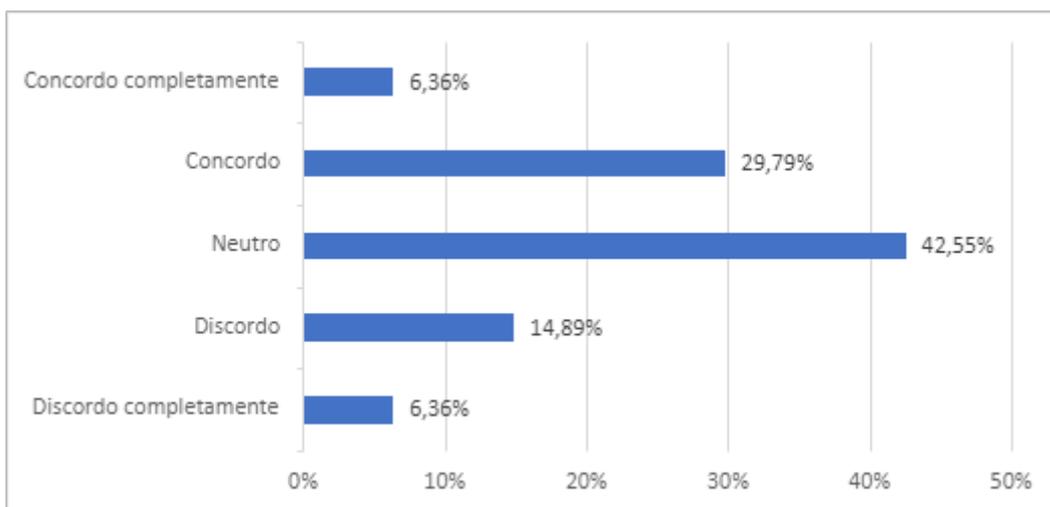


Gráfico 3

Conhecimento da Política Nacional de Saúde Integral LGBT pelos enfermeiros das UBS. Brasília, 2018.



A Tabela 1 aponta resultados das duas questões qualitativas feitas aos enfermeiros. Ao serem questionados acerca do propósito da aplicação da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT, 61,4% apresentaram respostas, destes, 24,3% relacionaram seu propósito a igualdade e diminuição de discriminação, enquanto somente 14,3% responderam de forma a abranger os princípios e diretrizes do SUS.

A base do conhecimento do enfermeiro também refere-se a sua capacidade de levar o usuário a conquistar autonomia com consequente melhoria na qualidade de vida, tendo um importante papel na concretização da educação em saúde⁷. A visão da enfermagem, de uma forma ampla, se relaciona com a estrutura econômica, política e ideológica da sociedade brasileira, o que o torna parte

de um espaço imprescindível para a concretização das ações de promoção da saúde, todavia, é fato que os enfermeiros ainda atuam de forma incipiente no que se relaciona a promoção da saúde, culminando na falta de aplicação prática nas rotinas dos serviços de saúde¹⁷.

Ao analisar o segmento qualitativo, 65,7% dos 47 enfermeiros responderam a dois questionamentos de forma aberta e livre, referente ao propósito da Política e a realização de ações voltadas para a população LGBT. As respostas categorizadas em palavras-chave trouxeram um maior aprofundamento para a discussão acerca do tema. Observando as respostas acerca da própria atuação dentro do serviço na Tabela 1, 31,4% não realizavam qualquer tipo de ação, enquanto 17,3% se limitam ao atendimento em consultório sem discriminação.

Tabela 1

Respostas qualitativas dos enfermeiros acerca da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT. Brasília, 2018.

Título	Respostas Categorizadas	Porcentagem de resposta
Propósito da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT.	Igualdade e diminuição de discriminação	24,30%
	Melhora no acesso	17,10%
	Princípios e diretrizes do SUS	14,30%
	Educação permanente/continuada	5,70%
	Total	61,40%
Ações voltadas para a população LGBT realizadas pelos Enfermeiros.	Não realiza	31,40%
	Atendimento sem discriminação	14,30%
	Consulta individual padrão	11,40%
	Problemas na estrutura e/ou recurso humano	8,60%
	Total	65,70%

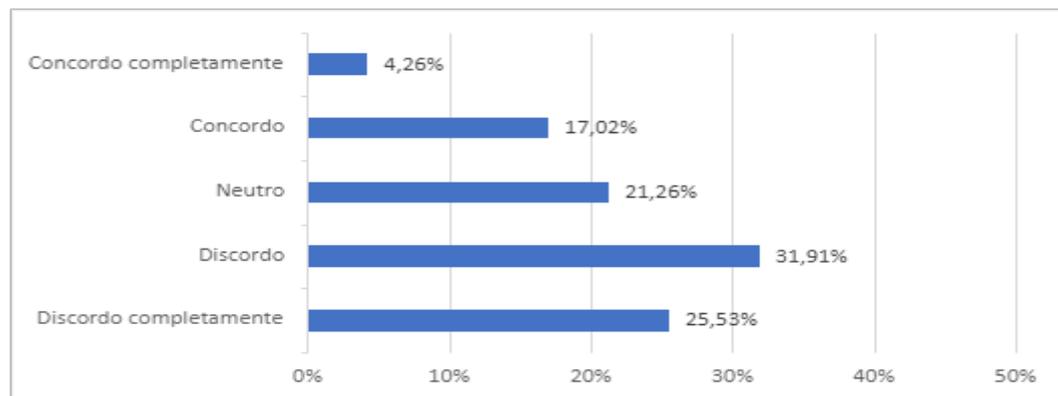
Em complemento, o Gráfico 4 aponta que 31,91% dos entrevistados discordam e, sequencialmente, 25,53% discordam completamente de terem qualquer tipo de iniciativa voltada para a população em questão dentro da UBS de atuação. Logo, é evidente que, quando os enfermeiros concordam com a existência do impacto das iniquidades de saúde no processo de saúde-doença da população LGBT, não necessariamente afirmam terem conhecimento concreto acerca dessa questão ou no que diz respeito a sua relação com os princípios e diretrizes do SUS, base da Política, mas sim, mostra que os profissionais tendem a serem mais esclarecidos com os direitos dos cidadãos, onde proporcionam o atendimento a população LGBT livre de discriminação, uma visão restrita de seu papel dentro do serviço de saúde.

Portanto, o processo de enfrentamento das iniquidades apresentado pela Política é complexo e está voltado para mudanças na determinação social da saúde, visando conseqüente redução das desigualdades relacionadas à saúde destes indivíduos².

A educação permanente busca não só uma transferência de conhecimento cognitivo e tecnológico para os profissionais, mas sim uma formação transversal envolvendo gestão, atenção, formação e participação social¹⁶. É um fator que pode ser primordial para a melhoria do acesso da população LGBT no serviço de saúde, em um apanhado geral, tanto no Brasil como no resto do mundo, a educação permanente é incipiente para cobrir todos os profissionais dessa área, dessa forma, a

Gráfico 4

Existência de ações voltadas para a população LGBT na UBS pesquisada. Brasília, 2018.



A limitação das ações apresentadas destoa da necessidade de reconhecimento das demandas dessa população apresentada pela Política. A atuação sem vínculo discriminatório é tratada como fundamento para humanização na promoção, proteção, atenção e no cuidado à saúde sendo imprescindível, mas para enfrentar de forma efetiva a discriminação e exclusão social, é necessário promover a democracia social, assim como ampliar a consciência sanitária². Para fomentar a implementação da Política e da promoção da equidade em saúde da população LGBT, o II Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral LGBT (2017) apresenta os seguintes eixos: acesso da população LGBT à atenção integral à saúde; promoção e vigilância em saúde; educação permanente, educação popular em saúde e comunicação; mobilização, articulação, participação e controle social; e monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população LGBT¹⁸.

falta de atualização reflete na exclusão e prejuízo no apoio e suporte de usuários fora do padrão sexual e de gênero¹⁹. Dentro da Política Nacional de Saúde de LGBT, a educação permanente é discutida como ferramenta para a necessidade da sensibilização dos profissionais de saúde em relação aos direitos de LGBT, com inclusão de temas como a livre expressão sexual².

É evidente que os enfermeiros reconhecem a necessidade da educação permanente, onde 46,81% concordam e 46,81% concordam completamente acerca do tópico em questão. Ademais, é relevante relacionar a Política, instituída em 2011, com o tempo de serviço desses profissionais no serviço público, sendo que a maior porcentagem dos entrevistados, 47,73%, possuem entre 6 e 10 anos de serviço, sequencialmente, 40,91% possuem mais de 11 anos, enquanto somente 11,36% estão no serviço público há 5 anos. Além disso, 64,44%

terminaram sua formação acadêmica entre 2000 e 2009, 22,22% até 1999 e, somente 13,33% se formaram a partir de 2010.

Os entrevistados também revelam em seus depoimentos a necessidade da educação permanente na atuação do enfermeiro no serviço de saúde, como:

E9: Atendo o público em geral, mas nestes casos específicos acho que preciso de treinamento.

E15: Não, porque não existe em nossa UBS condições para desenvolver tais ações. E ainda não me sinto preparada para tais ações.”

E24: Não desenvolvo, não tenho suporte de conhecimento, estrutura e referenciamento para isso”.

Em meio a tantos apelos para inserção da humanização do cuidado dentro do próprio ambiente de ensino-aprendizagem, durante a formação acadêmica, ainda é escasso métodos para sua aplicação, o estudante então se norteia, na maioria das vezes, observando o cotidiano do serviço de saúde. Posteriormente, a realidade da formação de trabalho na perspectiva capitalista do mercado, apenas contribui para reprimir a atuação da enfermagem nessas questões, onde sua formação profissional se limita na concepção biológica e fragmentada, distanciando-se da complexidade do SUS¹⁶.

Sendo assim, os enfermeiros apontam opiniões contraditórias quando se trata dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e da sua influência nas ações de assistência, sendo peça chave para implementação da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT. A visão limitada relacionada somente ao tratamento igualitário de uma população vulnerável, reduz o dever do enfermeiro como educador de saúde a somente uma atuação pontual dentro do consultório quando o usuário refere alguma demanda, sendo clara a falta de busca ativa acerca do perfil da população adscrita, assim como traz algumas respostas:

E7: Não tenho desenvolvido ações a esta população, atendo como usuário que estar inserido na área adstrita da equipe.

E11: Não existe uma ação específica para esse grupo, porém tem a demanda espontânea que é atendida com eficácia e eficiência nas necessidades desse grupo.

O conceito de acesso não é somente compreendido, por diferentes autores, como a procura e a entrada do usuário no serviço, mas também pela qualidade do processo de cuidado e seu resultado. Portanto, as UBS devem ser estruturadas em locais bem estabelecidos, onde garantam que os indivíduos e a comunidade tenham acesso fácil ao serviço. O profissional de saúde precisa estar preparado de acordo com a realidade da população que atende, não deixando que individualidades socioculturais sejam obstáculos para a formação e manutenção deste vínculo, devendo sempre considerar o usuário como individual a nível biológico, psíquico e social²⁰.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora a população LGBT carregue consigo as consequências de um longo histórico de violência e negligência, levando em consideração o levantamento teórico, a pesquisa evidencia um progresso no entendimento dos profissionais de saúde quanto ao que permeia uma população vulnerável, proporcionando um acolhimento não excludente dentro do serviço de saúde.

É certo que, a noção do acolhimento igualitário livre de qualquer discriminação, é o argumento principal dos enfermeiros em relação a aplicação da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT. Contudo, quando estes apontam que detém conhecimento acerca do impacto das iniquidades em saúde, é perceptível ao longo da pesquisa que, a visão restrita acerca da complexidade dos princípios e diretrizes do SUS e da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT influenciam em suas declarações acerca da aplicação de ações na prática.

Mesmo com o avanço do perfil profissional em se dispor a atender os usuários de forma igualitária, o evidente distanciamento em relação a complexidade dos conceitos e ações relativos ao SUS podem ser reflexo de uma formação incipiente junto a uma indisponibilidade de ações de educação permanente durante sua carreira profissional.

A necessidade de uma base sólida durante a formação acadêmica e a continuidade do aprendizado, com disponibilidade da educação permanente, são estratégias fundamentais para a melhoria do acesso da população LGBT no serviço de saúde, onde a atuação do enfermeiro deva ser pautada na garantia de Direito à Saúde do cidadão, utilizando a integralidade para atender as necessidades em saúde de cada indivíduo.

REFERÊNCIAS

1. Santos AR, Santos RMM, *et al.*. Implicações bioéticas no atendimento de saúde ao público LGBTT. *Revista Bioética*. Brasília, 2015;23(2):404-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015232078>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa; 2013, 32 p. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf. Acesso em: 12/08/18.
3. Noronha JC, Pereira TR. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013;3:19-32. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/98kpw/pdf/noronha-9788581100173-03.pdf>. Acesso em: 12/08/18.
4. Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, Brasília (DF), 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.
5. Popadiuk GS, Oliveira DC, Signorelli MC. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transsexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios. *Revista Ciênc. Saúde Coletiva* [online]. 2017;22(5):1509-20. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.32782016>.
6. Germano IMP, Sampaio JP. Políticas públicas e crítica queer: algumas questões sobre identidade LGBT. *Revista Psicologia & Sociedade* [online]. 2014;26(2):290-300. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822014000200006>.
7. Bezerra F, Taziana S, *et al.*. Promoção da saúde: a qualidade de vida nas práticas da enfermagem. *Revista Enfermería Global*. out 2013;32:270-9. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/pt_ensayos2.pdf.
8. Sousa AMC. Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos. *Revista Katálys* [online]. jun-dez 2014;17(2):228-234. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-49802014000200008>.
9. Barros FP, Sousa MF. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. *Revista Saúde e Sociedade*. São Paulo, 2016;25(1):9-18. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902016146195>.
10. Aith F, Scalco N. Direito à saúde de pessoas em condição de vulnerabilidade em centros urbanos. *Revista USP*. São Paulo, out-dez 2015;107:43-54. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9036.v0i107p43-54>.
11. Albuquerque GA, Garcia CL, Alves MJH, Queiroz CMHT, Adami F. Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. *Revista Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, jul-set 2013;37(98):516-524. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-11042013000300015>.
12. Reis T, org. Manual de comunicação LGBTI+: substitua preconceito por informação correta. 2ª ed. Curitiba (PR): Aliança Nacional LGBTI / GayLatino; 2018. 104 p. Disponível em: <http://www.grupodignidade.org.br/wp-content/uploads/2018/05/manual-comunicacao-LGBTI.pdf>. Acesso em: 07/09/18.
13. Câmara RH. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. *Revista Interinstitucional de Psicologia* [online]. Brasília (DF), jul-dez 2013;6(2):179-91. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v6n2/v6n2a03.pdf>. Acesso em: 07/09/18.
14. Bermudes WL, Santana BT. Tipos de escalas utilizadas em pesquisas e suas aplicações. *Revista Vértices*. Campos dos Goytacazes (RJ), mai-ago 2016;18(2):7-20. Disponível em: <http://essentiaeditora.iff.edu.br/index.php/vertices/issue/view/186>. Acesso em: 07/09/18.
15. Gonzalez VV. A trajetória da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2015. 97 f. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/24422/1/41.pdf>. Acesso em: 09/09/18.
16. Abbad GS, Parreira CMSF, Pinho DLM, Queiroz E. Ensino na saúde no Brasil: desafios para a formação profissional e qualificação para o trabalho. 1ª ed. Curitiba: Juruá; 2016. 284 p.
17. Mascarenhas MB, Melo CMM, Fagundes NC. Produção do conhecimento sobre promoção da saúde e prática da enfermeira na Atenção Primária. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, nov-dez 2012;65(6):991-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000600016>.

18. Resolução Nº 26 de 28 de setembro de 2017. Dispõe sobre o II Plano Operativo (2017-2019) da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT) no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, Ministério da Fazenda, Brasília (DF), 2017. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/8737599/do1-2018-04-03-resolucao-n-26-de-13-de-setembro-de-2017-8737595. Acesso em: 12/03/21.
19. Duarte MJO. LGBT e drogas: para uma cartografia epistemológica. Anais do V Seminário Internacional Enlaçando Sexualidades, 2017. Campina Grande (PB): Realize Editora, 2017. Disponível em: <http://www.editorarealize.com.br/artigo/visualizar/30624>. Acesso em: 09/09/18.
20. Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2012. 1100 p.

Estratégias de promoção do bem-estar psicossocial para pessoas idosas durante a COVID-19: revisão narrativa

Strategies to promote psychosocial well-being for elderly people during COVID-19: narrative review

Thuanu Caroline Biazola Cavalcante¹
Joyce Alves da Silva Noronha²
Maurício Santos Martins Lopes³
José Maria Montiel⁴

RESUMO

Introdução: Idosos demandam maior atenção e cuidado especial pela maior vulnerabilidade a complicações decorrentes da COVID-19. Medidas de distanciamento social podem provocar aumento nos níveis de estresse, ansiedade e depressão.

Objetivo: identificar na literatura estratégias para promoção do bem-estar psicossocial para pessoas idosas durante a pandemia.

Método: revisão narrativa de caráter descritivo.

Resultados: as estratégias abordadas que minimizaram os impactos observados, e estão relacionadas às intervenções psicológicas, recomendações através de vídeos ou cartilhas, ações de prevenção da saúde e apoio social.

Conclusão: é relevante a ampliação de programas que ofereçam suporte para as pessoas idosas, por serem mais propensas a desajustes emocionais provenientes do isolamento social.

Palavras-chave: Envelhecimento; Coronavírus; Ajuste emocional.

ABSTRACT

Introduction: Elderly people demand greater attention and special care due to their greater vulnerability to complications resulting from COVID-19. Measures of social detachment can cause increased levels of stress, anxiety and depression.

Objective: to identify strategies in the literature to promote psychosocial well-being for elderly people during the pandemic.

Method: narrative and descriptive review.

Results: The strategies addressed that minimized the impacts observed and related to psychological interventions, recommendations through videos or booklets, health prevention actions and social support.

Conclusion: it is relevant to expand programs that offer support for the elderly, as they are more prone to emotional maladjustments arising from social isolation.

Keywords: Aging; Coronavirus; Emotional Adjustment.

¹Mestranda em Ciências do Envelhecimento na Universidade São Judas Tadeu - USJT, bolsista CAPES. São Paulo – SP, Brasil.

²Graduanda em Psicologia na Universidade São Judas Tadeu - USJT. São Paulo – SP, Brasil.

³Mestrando em Ciências do Envelhecimento na Universidade São Judas Tadeu - USJT, bolsista CAPES. São Paulo – SP, Brasil.

⁴Psicólogo, Mestre e Doutor em Avaliação Psicológica pela Universidade São Francisco. Professor do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Ciências do Envelhecimento – Universidade São Judas Tadeu – USJT. São Paulo – SP, Brasil.

Correspondência: thu_carolb@hotmail.com
montieljm@hotmail.com

Recebido: 06/06/20

Aceito: 23/02/21

INTRODUÇÃO

Em 31 de dezembro de 2019, a Organização Mundial de Saúde (OMS) foi informada sobre o aumento no número de casos de pneumonia em Wuhan, na China. Por consequência, muitos estudos foram e ainda estão sendo realizados a fim de entender esse fenômeno, visto que foi descoberta, uma variante do coronavírus até então não identificada em humanos e que recebeu o nome de SARS-CoV-2 ou COVID-19. Em 30 de janeiro de 2020, a OMS alertou sobre a emergência de saúde pública de importância internacional, visto que o vírus estava se espalhando em outros países. Em 11 de março de 2020 a OMS declarou pandemia por COVID-19, devido ao número de países que já tinham casos confirmados da doença¹. Em 26 de março de 2021, havia mundialmente 124.871.140 casos confirmados de COVID-19, incluindo 2.744.543 mortes pela doença, sendo o Brasil o segundo maior país em número de casos confirmados, com 12.220.011 pessoas infectadas².

Cabe compreender como ocorre a disseminação do vírus, que é transmitido por gotículas de saliva provenientes da fala, espirro ou tosse, no entanto, uma pessoa infectada pode propagá-lo, na medida em que toca objetos ou outras pessoas que estão no ambiente. Isso ocorre principalmente porque algumas pessoas são assintomáticas. Este é o motivo pelo qual os órgãos de saúde recomendam um distanciamento entre as pessoas de, no mínimo, um metro, o uso de máscaras e a lavagem das mãos, ou na sua impossibilidade, fazer uso do álcool gel 70^o¹. A priori os idosos demandam atenção e cuidado especial, visto que compõem o denominado grupo de risco, isto é, possuem maior risco de desenvolver complicações ao serem infectados pelo vírus. Além dos idosos, são considerados do grupo de risco pessoas com doenças crônicas, como diabetes e hipertensão³.

A saber, um estudo⁴ mostra que os pacientes infectados pelo SARS-Cov-2 podem apresentar uma gravidade expressiva, sendo que 1/3 deles necessitam de suporte em unidades de terapia intensiva (UTI), devido à progressão da síndrome para uma insuficiência respiratória, podendo levar a morte. Observa-se que 90% dos pacientes graves desenvolvem dispneia a partir do oitavo dia do início dos sintomas. Quando apresentam comorbidades, estas se mostram fator determinante para as formas mais graves da doença, principalmente em relação a hipertensão arterial sistêmica,

obesidade, diabetes e insuficiência coronariana, mais prevalentes em pessoas com idade média de 63 anos, sendo 60% homens⁴.

Nos últimos anos, houve aumento considerável da expectativa de vida da população brasileira e, segundo projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) realizadas em 2018, o Brasil tornar-se-á um país idoso a partir do ano 2031. Dados revelam que em 2010, havia 48,1 milhões de jovens de 0 a 14 anos e 20,9 milhões de idosos com idade a partir de 60 anos, isto é, 43,4 idosos para cada 100 jovens. Em 2018, o número de jovens caiu para 44,5 milhões e o de idosos subiu para 28 milhões, ajustando o índice para 63 idosos à cada 100 jovens⁵. A estimativa aponta que em 2031 haverá 43,3 milhões de idosos para 42,3 milhões de jovens, ou seja, 102,3 idosos para cada 100 jovens. Entende-se que o envelhecimento populacional será contínuo e acentuado e que no ano de 2055 haverá 70,3 milhões de idosos para 34,8 milhões de jovens com um índice estimado de 202 idosos para cada 100 jovens⁶. Pode-se dizer que a pandemia no Brasil é muito preocupante, por atingir mais agressivamente sua população crescente, podendo afetar definitivamente essas estimativas, sendo de suma importância a adoção de medidas emergenciais e definitivas de combate e contenção do vírus.

Para conter o crescimento exponencial da doença, alguns países adotaram medidas de isolamento social ou o isolamento total (lockdown), devido às dificuldades provenientes desta mudança de rotina repentina e das alterações à sua adaptabilidade, muitos desses países passaram a se preocupar também com o bem-estar psicossocial da população⁷. Conforme já apontado por diversos estudos e órgãos de saúde, tais medidas objetivam não colapsar o sistema de saúde, tendo foco na manutenção de leitos, respiradores e insumos disponíveis, através do achatamento da curva de contágio⁸. Todas as estratégias adotadas visam a manutenção da saúde que, de acordo com a OMS é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”⁹. Quanto ao conceito de saúde emocional, trata-se de olhar para a saúde de forma mais complexa, considerando as questões sociais, e econômicas, culturais e ambientais e não apenas as manifestações de doenças¹⁰.

No Brasil, houve uma ampliação do conceito de saúde emocional após o movimento da Reforma Psiquiátrica que trouxe uma visão de cuidado

humanizado e integral, de atuação em perspectivas plurais, indo além do cuidado individualizado e da visão biomédica que se tinha até então¹¹. Esse novo conceito aponta para os impactos que os fenômenos sociais podem ter na saúde emocional dos indivíduos.

Através de uma abordagem psicanalítica e semiótica-cultural, a pandemia de COVID-19 pode ser encarada como uma vacina semiótica, visto que as mudanças decorrentes dela promovem adaptações sociais. Isto significa que, a partir da desestabilização do mundo social e cultural que ocorre no isolamento social, que a sociedade como um todo responde por meio de uma reação emocional gerada principalmente pelo medo, ocorre a produção de comportamentos adaptativos, que geram mudanças¹². Um exemplo é determinado tipos de trabalho, que devido a pandemia passou para modalidade *home office*, o que mudou a forma de trabalhar e as relações de trabalho, entre outras mudanças.

É possível criar anticorpos semióticos através de comportamentos adaptativos, que são fundamentais para capacitar indivíduos e instituições no gerenciamento da situação atual. Neste sentido, abre-se espaço para pensar na mediação necessária entre hábitos consolidados e novas regras aprendidas, o que está diretamente relacionado com sentimentos de ambiguidade e conflito, sendo necessário considerar as estruturas reguladoras (instituições sociais, por exemplo), que valorizem a cooperação e ação coletiva, para que haja motivação em aderir uma perspectiva de desenvolvimento social¹².

Em situações de isolamento social há um medo aumentado em relação as questões financeiras e a aquisição e/ou escassez de suprimentos, como também a existência de comportamentos discriminatórios, principalmente em relação aos considerados grupos de risco, além do medo de contágio em si. As ações tomadas para contenção da pandemia têm refletido de maneiras diversas e a estratégia de isolamento ou distanciamento social tem se mostrado efetiva. No entanto, estudo aponta o aumento nos casos de depressão, de ansiedade e estresse na população geral⁸.

A partir de situações de crise e emergência, são descritos impactos sociais, econômicos, educacionais, e principalmente na saúde física e emocional¹³⁻¹⁴, que podem estar associados àqueles quadros, pois muitas famílias estão se adaptando a nova rotina com sobrecarga e grande dificuldade. Em virtude do isolamento homens e

mulheres trabalham em casa ou são demitidos, novas demandas de cuidados são necessárias para as crianças, que deixaram de ir para as escolas ou creches, e para os idosos. Além da consequência de não garantir o sustento da família, continuam as preocupações com desigualdades relacionadas a gênero, faixa etária, cor de pele, etnia e estrato social¹⁵, outrossim situações que anteriormente já eram vulnerabilidades em momento de crise podem agravar ao ocorrer simultaneamente com as adaptações necessárias ao momento.

Em um estudo¹⁶ de revisão narrativa de literatura foram encontrados como sintomas psicológicos mais frequentes a ansiedade, medo, raiva e estresse, que se manifestam ou se agravam no período de isolamento social, trazendo sofrimento a população¹⁶. Outro estudo descreve um aumento nos níveis de ansiedade e depressão, principalmente nos grupos de risco¹⁷.

Para uma adaptação a um contexto de privação forçada, em que ocorre uma diminuição de fontes de prazer, como ocorre no isolamento, muitas pessoas acabam recorrendo ao uso de drogas e a vícios comportamentais, como comer, jogar videogames, uso de internet e redes sociais, de modo exagerado no período da pandemia¹⁸. Dessa forma, a pandemia e o isolamento social forçado podem ser fatores de risco para o desenvolvimento de psicoses reativas, que podem estar associadas a alta taxa de suicídio, considerando pessoas que já possuíam um transtorno mental, sendo necessário acompanhamento do profissional da saúde mental¹⁹.

Neste sentido, cabe uma questão que norteará este estudo: Quais estratégias descritas na literatura podem auxiliar na promoção do bem-estar psicossocial para pessoas idosas durante a pandemia? Por outro lado, o fato de a sociedade desconhecer os sinais dos problemas que acometem essa população, não se atentam para as inquietações, não ouvem suas queixas, não entendem o que os incomoda e reforçam os estigmas relacionados ao envelhecimento. Assim, buscamos responder: como podemos propiciar acolhimento aos idosos diante do isolamento social, que possa facilitar o entendimento a respeito das recomendações e talvez recriar comportamentos que possam preservar a saúde emocional dessa população.

Por isso, o presente estudo tem como objetivo identificar na literatura estratégias para promoção do bem-estar psicossocial para pessoas idosas durante a pandemia.

MÉTODO

O presente estudo é uma revisão narrativa, de caráter descritivo, que incluiu estudos experimentais e não-experimentais. A busca nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), site do Qualis Periódicos na Plataforma Sucupira ocorreu no período março a maio de 2020. Foram utilizados os seguintes descritores: envelhecimento; bem-estar; psicologia; COVID-19.

Foram considerados como critérios de inclusão estudos e dados oficiais publicados em língua portuguesa, inglesa e espanhola. Como critério de exclusão foi definido artigos que não

possibilitavam o acesso ao texto completo.

Quanto à operacionalização da revisão, foram divididas em etapas: seleção da questão norteadora: Quais estratégias descritas na literatura podem auxiliar na promoção do bem-estar psicossocial das pessoas idosas durante a pandemia? Definição dos critérios de inclusão dos estudos, coleta de dados, análise e interpretação dos dados.

RESULTADOS

Após a seleção de oito estudos que abordavam a temática proposta, observou-se os principais achados, conforme tabela 1 abaixo:

Tabela 1

Artigos selecionados para o estudo.

Autores	Periódico e ano de publicação	Principais Achados
Schmidt et. al.	Estudos de Psicologia (2020)	Apresentam intervenções psicológicas para sintomas apresentados durante a pandemia, tendo em vista especificidades da população geral e dos profissionais da saúde. Abordam atuação do psicólogo nesse contexto.
Vasconcelos et. al.	Revista Desafios (2020)	Relatam sintomas psicológicos apresentados decorrentes da pandemia e estratégias com o objetivo de amenizar esses sintomas, fazendo esse momento menos adoece dor. Estudo experimental, foram analisados sintomas psicológicos segundo idade, comorbidades e confinamento. A amostra foi composta de 976 indivíduos. Também se detectou maior nível de sintomas desde o confinamento, quando a população foi proibida de sair de suas casas. Prevê aumento dos sintomas conforme o confinamento continuar. Intervenções psicológicas de prevenção e tratamento são necessárias para diminuir o impacto psicológico causado pela pandemia.
Ozamiz-Etxebarria et. al.	Cadernos de Saúde Pública (2020)	Estudo experimental para avaliar autopercepções negativas do envelhecimento, aspectos pessoais e variáveis relacionadas à solidão e angústia causada pela pandemia. A amostra foi composta de 1310 espanhóis durante isolamento social. Concluiu que os adultos mais velhos com autopercepções positivas do envelhecimento parecem ser mais resilientes durante a pandemia.
Losada-Baltar et. al.	Journals Gerontol Psychol Sci (2020)	Mensagens de acordo com particularidades relacionadas a idade e outras condições, com medidas importantes relacionadas a prevenção da saúde durante a pandemia.
Irigaray	EDIPUCRS (2020)	Cartilha com informações para o enfrentamento do coronavírus, voltada a população idosa.
Lluch-Canut, M.T	Col·lecció OMADO (2020)	Apresenta recomendações para fortalecer a saúde emocional de idosos em isolamento social.
Rojas-Jara	Cuadernos de Neuropsicología (2020)	Revisão de literatura, artigo aborda estratégias para pessoas idosas em situações de isolamento social.

DISCUSSÃO

As ciências da saúde têm contribuído neste momento de pandemia com estudos que descrevem estratégias de enfrentamento para amenizar os impactos negativos e promover bem-estar psicossocial no isolamento social e posteriormente, pois envolverá uma adaptação às novas condições em que será necessário lidar com as mudanças ocorridas⁸. A pandemia tem revelado que além dos aspectos biológicos, são igualmente importantes os fatores socioculturais. A psicologia, como ciência do comportamento, pode contribuir com intervenções relacionadas às mudanças de comportamentos importantes a serem seguidas²¹

Algumas atitudes protetivas estão sendo utilizadas com o intuito de minimizar os impactos, como o atendimento psicológico online, vídeos informativos sobre estresse e ansiedade, assim como o apoio social, realizado não só por profissionais da saúde, mas pela população em geral. É possível utilizar a tecnologia na promoção do contato virtual com pessoas próximas, familiares, amigos, profissionais e demais apoiadores¹⁶. No período de lockdown na Espanha, os idosos que possuíam uma autopercepção mais positiva do envelhecimento pareceram ser mais resilientes à solidão e angústia²², o que aponta para estratégias com o objetivo de valorizar e ressignificar socialmente essa fase tão importante da vida.

Tendo em vista a promoção de bem-estar psicossocial para a população idosa, a OMS tem abordado a importância de propiciar apoio prático e emocional, informando a respeito da doença de forma clara, simples e respeitosa, falando quantas vezes forem necessárias, transmitindo a informação até mesmo por imagem ou escrito para facilitar a compreensão. Os idosos que possuem independência e autonomia devem buscar ajuda prática para que estejam preparados para esse momento, como por exemplo terem anotações de fácil acesso de telefones e contato com fornecedores de remédios, alimentos, transporte, ou do que normalmente se utilizam, além de realizar atividades físicas para a manutenção da mobilidade e redução do tédio, manter a rotina e buscar contato com os entes queridos através do uso da tecnologia⁷.

Cartilhas direcionadas ao público idoso, familiares e cuidadores têm contribuído com orientações

importantes, como reconhecer sintomas psicológicos na pandemia; aprender a utilizar a tecnologia para interação e divertimento; atividades que estimulem a mente, cultivem bem-estar psicológico, estimulem a criatividade, dentre outros fornecem orientações sobre alimentação, medicação e saúde bucal; informam como se manter ativo e prevenir quedas e comportamentos que necessitam ser evitados²³.

Ao pensar em orientações para esse público, se faz necessário criar programas que possibilitem analisar os conteúdos informados via redes sociais, com o objetivo de ajudar a população a filtrar as informações, visto que as falsas notícias e excessos de notícias perturbadoras podem impactar diretamente na saúde emocional, fazendo com que se sintam mais preocupados e ansiosos¹⁷.

Criar ambientes psicossociais positivos implica em incentivar a troca de vícios comportamentais e uso de drogas por alternativas mais adaptativas que propiciem o retorno progressivo aos padrões comportamentais mais saudáveis, como a prática de exercícios físicos, comunicação à distância, manutenção de hobbies, hábitos e rotinas básicas¹⁸.

Atitudes para ter uma saúde emocional positiva podem amenizar o sofrimento de pessoas idosas que estão em condição de isolamento social ou de restrição social. Essas atitudes podem ser colocadas em prática se o idoso for estimulado a identificar e valorizar 'coisas' boas na vida cotidiana. Essa experiência pode favorecer e ressignificar o presente, e o desenvolvimento de habilidades e adequações futuras, por exemplo, dando novo sentido a perda ou afastamento de entes queridos.

Desta forma, é preciso estimular o idoso a viver com entusiasmo e calma e a agir com sabedoria e conhecimento, adquirido com o passar dos anos²⁴. É preciso trabalhar no sentido de que o idoso possa: 1) apreciar as atividades cotidianas, focalizando no que é possível atender em relação as suas necessidades, não ser muito crítico em relação a si e aos outros e as mudanças que acontecem na vida, aproveitando cada momento sem demandar muito a si ou ao outro; 2) não se deixar paralisar por emoções negativas, estimular a criatividade e projetos diários; 3) ter ciência de que existem bons momentos e fazer uma lista desses momentos pode ajudar no otimismo, procurando não esconder os sentimentos, mas controlá-los para manter um equilíbrio mental; 4) realizar atividades que proporcionem relaxamento mental

e fazer coisas que se tem vontade, como ouvir rádio, ler, assistir filme, fazer artesanato, resolver situações possíveis; 5) cuidar dos relacionamentos interpessoais, entrar em contato por telefone com pessoas próximas, familiares, vizinhos.

É importante enxergar a saúde de forma ampla, considerando não só os atendimentos psicológicos online como alternativa na pandemia, mas elaborando estratégias que visem a redução do sedentarismo, bem como promover o acesso às tecnologias e meios de fornecimento do que lhes é essencial²⁵.

Os profissionais de saúde que cuidam do público idoso devem conhecer e considerar o perfil dos idosos, pensar estratégias a partir de suas necessidades e preferências, para que dessa forma os estimule por meio de atividades que realmente os relaxem e promovam bem-estar nos múltiplos aspectos. Algumas sugestões podem ser consideradas, como ter contato com familiares e pessoas amigas com a finalidade de amenizar a ansiedade, solidão e irritabilidade nos idosos. Para os que gostam de ler e escrever, podem se atualizar nas leituras e escrever suas emoções e sentimentos, para facilitar a expressão dos seus sentimentos.

Neste sentido, ressalta-se que além dos idosos é preciso promover suporte e apoio também aos seus cuidadores, que possuem uma grande carga de trabalho com os cuidados e precisam lidar com mudanças de comportamento e medos relacionados a pandemia, além do risco de contaminação de quem está cuidando²⁶.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo sinaliza para importância de considerar a saúde de forma integral, incluindo o bem-estar psicossocial, principalmente nos momentos em que se agravam os fatores estressores e ansiógenos, como vem acontecendo durante as medidas de contenção da pandemia de COVID-19, especialmente no que se refere à população idosa.

Pode ser observada a necessidade de realização de pesquisas que tratem não apenas dos impactos causados à saúde física, mas também dos prejuízos a saúde emocional dos indivíduos, para que

se possa identificar e desenvolver estratégias de enfrentamento, especialmente aquelas as quais considerem o contexto e as características da população brasileira.

A alteração do cotidiano interfere na vida do indivíduo de múltiplas formas, pois interrompem laços sociais indispensáveis para a promoção do bem-estar. Vivenciar um eminente risco de vida através do contato social devido à uma pandemia pode provocar desconfortos emocionais, justamente por forçar o indivíduo a se privar de momentos geradores de rotina em que desenvolvem relações sociais. Assim, cabe buscar formas de desenvolver atividades estimulantes para a mente, exercitar a criatividade e fornecer orientações que contribuam efetivamente para melhorar a saúde. Pode ser trabalhada a aproximação do idoso com seus familiares, por meio de encontros virtuais, cuja finalidade é desenvolver momentos favoráveis de socialidade e pertencimento, que permitam ressignificar a própria comunicação e trazer novas formas de contato, mesmo que seja um substituto temporário do encontro presencial. Além disto, desenvolver novas habilidades para o uso das tecnologias disponíveis, as quais possibilitam a inclusão digital do idoso. Este veículo pode se tornar uma ponte entre o idoso e seus entes queridos, familiares e amigos.

Este estudo favorece um espaço de reflexão, com informações relevantes para a compreensão, prevenção e promoção do bem-estar psicossocial durante e após a pandemia, visto que a infecção e seus complicadores tem um crescimento acelerado neste momento e não se tem uma previsão de quanto tempo ainda a população terá que enfrentar esse desafio, e suas consequências, as quais envolvem mudanças variadas em diferentes esferas, principalmente pessoais, tais como na rotina, nas relações interpessoais, econômicas e de saúde.

A guisa de recomendação, outros estudos devem pormenorizar os comprometimentos oriundos da situação de pandemia, tanto na população geral, como em grupos prioritários. Tal compreensão pode atenuar os impactos nestas populações, pois é possível desenvolver medidas interventivas mais efetivas em diferentes esferas populacionais.

REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-Americana de Saúde. Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus) [Internet]. Brasília: OPAS; 2020 [citado 2020 mai 4]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875#historico
2. Organization World Health. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard [Internet]. Organization World Health; 2020 [citado 2020 mai 4]. Disponível em: <https://covid19.who.int/>
3. Ministério da Saúde. Doença pelo coronavírus 2019 [Internet]. Bol Epidemiológico; 2020 [citado 2020 mai 5]. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/12/2020-04-11-BE9-Boletim-do-COE.pdf>
4. Petrilli, CM. et al. Factors associated with hospital admission and critical illness among 5279 people with coronavirus disease 2019 in New York City: prospective cohort study [Internet]. *BMJ* 2020; 369: m1966. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.m1966>
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2002 [citado 2020 mai 5]. 89-90 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv929.pdf>
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade: 2010-2060 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2018 [citado 2020 mai 6]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=resultados>
7. Organization World Health. Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak [Internet]. Organization World Health; 2020 [citado 2020 mai 4]. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail/WHO-2019-nCoV-MentalHealth-2020.1>
8. Schmidt B, Crepaldi MA, Bolze SDA, Neiva-Silva L, Demenech LM. Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). *Estud Psicol* [Internet]. 2020 [citado 2020 mai 4] 37(e200063):1–13. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103166X2020000100501&tlng=pt
9. Organization World Health. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) [Internet]. Biblioteca Virtual de Direitos Humanos, Universidade de São Paulo; 1946 [citado 2020 mai 4]. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organização-Mundial-da-Saúde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswwho.html>
10. Gaino LV, Souza J de, Cirineu CT, Tulimosky TD. O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: um estudo transversal e qualitativo. *Rev eletrônica saúde Ment álcool e Drog*. 2018; 14(2):108–16.
11. Campos DB, Bezerra IC, Jorge MSB. Produção Do Cuidado Em Saúde Mental: Práticas Territoriais Na Rede Psicossocial. *Trab Educ e Saúde*. 2020; 18(1):1–18.
12. Venuleo C, Gelo OCG, Salvatore S. Fear, affective semiosis, and management of the pandemic crisis: COVID-19 as semiotic vaccine? *Clin Neuropsychiatry*. 2020;17(2):117–30.
13. Cruz RM, Borges-Andrade JE, Moscon DCB, Micheletto MRD, Esteves GGL, Delben PB, et al. COVID-19: Emergência e Impactos na Saúde e no Trabalho. *Rev Psicol Organ e Trab* [Internet]. 2020 [citado 2020 mai 4]; 20(2):1–2. Disponível em: <https://doi.org/10.17652/rpot/2020.2.editorial>
14. Junior RRF, Rita LPS. Impactos da Covid-19 na Economia: limites, desafios e políticas. *Cad Prospecção*. 2020;13(2):459–76.
15. Ministério da Saúde. Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19: violência doméstica e familiar na COVID-19 [Internet]. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz; 2020 [citado 2020 mai 3]. 1–22 p. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-crianca/saude-mental-e-atencao-psicossocial-na-pandemia-covid-19-violencia-domestica-e-familiar/>
16. Vasconcelos CS da S, Feitosa I de O, Medrado PLR, Brito APB de. O novo Coronavírus e os impactos psicológicos da quarentena. *Rev Desafios*. 2020;7(Supl.):75–80.
17. Ozamiz-Etxebarria N, Dosil-Santamaria M, Picaza-Gorrochategui M, Idoiaga-Mondragon N. Stress, anxiety, and depression levels in the initial stage of the COVID-19 outbreak in a population sample in the northern Spain. *Cad Saude Publica*. 2020;36(4):1–9.
18. Rojas-Jara C. Cuarentena, aislamiento forzado y uso de drogas. *Cuad Neuropsicol*. 2020;14(1):24–8.
19. Valdés-Florido MJ, López-Díaz Á, Palermo-Zeballos FJ, Martínez-Molina I, Martín-Gil VE, Crespo-

- Facorro B, et al. Reactive psychoses in the context of the COVID-19 pandemic: Clinical perspectives from a case series. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental* [Internet]. 2020 [citado 2020 mai 3]. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.04.009>
20. Souza MTD, Silva MDD, Carvalho RD. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*. 2010; 8(1), 102-106.
21. Vera-Villaruel P. Psicología y COVID-19: un análisis desde los procesos psicológicos básicos. *Cuad Neuropsicol*. 2020;14(1):10–8.
22. Losada-Baltar A, Jiménez-Gonzalo L, Gallego-Alberto L, Pedroso-Chaparro MDS, Fernandes-Pires J, Márquez-González M. “We’re staying at home”. Association of self-perceptions of aging, personal and family resources and loneliness with psychological distress during the lock-down period of COVID-19. *Journals Gerontol Psychol Sci*. 2020;20(20):1–7.
23. Irigaray TQ. Cartilha para Idosos para enfrentamento do Coronavírus (COVID- 19) [Internet]. EDIPUCRS; 2020 [citado 2020 mai 4]. Disponível em: <http://www.pucrs.br/edipucrs/>
24. Canut MTL. Decàlegs de Salut Mental Positiva: adaptats a diferents situacions i/o persones afectades per circumstàncies de la pandèmia de Coronavirus COVID-19. Dipòsit Digital de la Universitat de Barcelona [Internet]. 2020 [citado 2020 mai 3]. 1–27 p. Disponível em: <http://hdl.handle.net/2445/155017>
25. Santos SDS, Brandão GCG, Araújo KM da FA. Isolamento social: um olhar a saúde mental de idosos durante a pandemia do COVID-19 [Internet]. *Res Soc Dev*; 2020; 9 (7):1–15. Disponível em: <https://rsd.unifei.edu.br/index.php/rsd/article/view/4244>
26. Nunes VM de A. (Org). COVID-19 e o cuidado de idosos : recomendações para instituições de longa permanência [Internet]. Edufrn; 2020 [citado 2020 mai 3]. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/>

Percepção de melhora de adolescentes atendidos em um serviço de saúde mental infanto-juvenil: pesquisa avaliativa

Perception of improvement in adolescents treated at a mental health service for children and adolescents: an evaluative research

Carolina Toralles Piedade¹
Israel Augusto José de Faria Batista²
Ângela Maria Rosas Cardoso³

RESUMO

Objetivo: Avaliar percepção de familiares sobre adolescentes atendidos em serviço de saúde mental infantojuvenil.

Método: Estudo transversal, com questionário sociodemográfico e Escala de Mudança Percebida – Versão do Familiar, aplicado a 100 familiares.

Resultados: Maioria mulheres (85%), 41 a 50 anos (40%), renda familiar até 2 salários-mínimos (36%), filhos > 14 anos (65%), atendidos há >12 meses (55%), atendimento multiprofissional (56%). Percepção geral de melhora (98%): problemas pessoais (78%), convivência familiar (70%), interesse em trabalhar (66%), autoconfiança (63%) e estabilidade emocional (63%).

Conclusão: Percepção de efetividade do tratamento.

Palavras-chave: Saúde mental; pesquisa sobre serviços de saúde; família; Adolescente.

ABSTRACT

Objective: Evaluate the consciousness of family members on the improvement of adolescents treated in a specialized mental health service.

Methods: Cross-sectional study, with sociodemographic survey and the Perceived Change Scale – Family Version, involving 100 relatives.

Results: Most women (85%), aged 41 to 50 years (40%), family income up to two minimum wages (36%), children > 14 years (65%), have attended the service for more than 12 months (55%), multiprofessional treatment (56%). Sense of improvement (98%): personal issues (78%), family interaction (70%), interest in working (66%), self-confidence (63%) and emotional stability (63%).

Conclusion: Sensed of treatment effectiveness.

Keywords: Mental health; health services research; family; adolescent.

¹ Enfermeira, Escola Superior de Ciências da Saúde da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde do Distrito Federal, Brasília, Distrito Federal, Brasil, carolinatoralles.enf@gmail.com

² Enfermeiro, Escola Superior de Ciências da Saúde da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde do Distrito Federal, Brasília, Distrito Federal, Brasil, aug.israel.batista@gmail.com

³ Enfermeira, Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Bioética, Docente do Curso de Enfermagem da Escola Superior de Ciências da Saúde da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde do Distrito Federal, angela.cardoso@escs.edu.br, Endereço: ESCS – Escola Superior de Ciências da Saúde – Quadra 301 Conjunto 4 Lote 01 – Centro urbano – Samambaia Sul, Brasília, DF, CEP: 72.300-537.

Recebido: 24/01/20

Aceito: 23/02/21

INTRODUÇÃO

Estudos evidenciam a magnitude do adoecimento mental na infância e adolescência no Brasil e no mundo. Polanczyk et al.¹ apontam a prevalência global de 13,4% de transtornos mentais nessa população, sendo os mais comuns os Transtornos Ansiosos (6,5%), o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) (3,4%), o Transtorno Opositor Desafiante (3,6%) e os Transtornos Depressivos (2,6%).

Em um estudo de coorte no Brasil, Maison et al.² (2018) constataram a prevalência de 13,2% e 11,3%, segundo os critérios do DSM-5 e CID-10, respectivamente, sendo mais frequentes os Transtornos Ansiosos (4,3%), TDAH (4,0%), Transtornos do Humor (1,2%) e Transtornos Depressivos (3,0%). Os autores identificaram maiores chances de qualquer transtorno psiquiátrico associado às mães com baixa escolaridade, tabagistas na gestação e com sintomas de depressão durante a gravidez ou nos primeiros anos de vida do adolescente, assim como o sexo masculino, teste de apgar < 7 aos 5 minutos de nascimento e prematuridade.

Entre outros fatores de risco para o desenvolvimento ou manutenção de agravos relacionados à saúde mental citados pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), estão as condições de pobreza, o estigma, a discriminação, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a desarticulação das ações intersetoriais e em rede e a ausência de políticas públicas que garantam o suporte à família³.

O transtorno mental na adolescência demanda da família um investimento maior de tempo para participação em atendimentos em serviços de saúde, supervisão e monitoramento das atividades diárias⁴. Também possui um papel importante no compartilhamento da responsabilidade pelo cuidado, na adesão ao tratamento e na permanência do usuário no serviço.

No caminho para o cuidado à criança, ao adolescente e a suas famílias, aponta-se o fortalecimento da Política Nacional de Saúde Mental com a publicação da Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e propôs a organização dos serviços de saúde de forma integrada, articulada e efetiva, por meio da ampliação e diversificação das ações e equipamentos de saúde, com a garantia

do acesso universal, ofertando cuidado integral com qualidade e assistência multiprofissional⁵. A RAPS preconiza a integração da família ao serviço, com o objetivo de ampliar a rede de cuidado ao paciente com transtorno mental, fortalecendo o vínculo entre usuário, família e serviço e, ainda, apoiando a família no entendimento da condição do paciente e na melhora do convívio familiar⁵.

A partir do fortalecimento da rede de assistência para o cuidado às pessoas com adoecimento mental na perspectiva psicossocial, que priorizou a implantação de serviços e ações de saúde mental de base comunitária, a família foi incluída e valorizada como parceira essencial no cuidado da pessoa em sofrimento mental. No entanto, esse papel exigido da família no cuidado, especialmente da criança e do adolescente, muitas vezes ocorre sem o suporte adequado ao manejo das dificuldades decorrentes das alterações apresentadas, entre elas as situações de crise, conflitos familiares, isolamento social dos filhos e comportamentos violentos.

Nesse contexto, Couto e Delgado⁶ reforçam que os serviços de saúde mental infanto-juvenil devem assumir uma função social que deve se traduzir em ações de acolhimento, escuta, cuidado e melhora da qualidade de vida da pessoa portadora de sofrimento mental, considerando a integralidade e as singularidades de cada sujeito.

Novas discussões para reorganização da assistência para pessoas com transtorno mental foram realizadas a partir da publicação da Portaria nº 3.588, de 2017, que incluiu como componente de assistência na RAPS o Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental⁷. O ambulatório tem sido amplamente questionado por estudiosos e militantes da reforma psiquiátrica por compreenderem que ele mantém a lógica de atendimento centrada no profissional e na terapia medicamentosa⁸, bem como que o incentivo à implementação dos ambulatórios para quadros menos graves é realizado em detrimento do matriciamento das equipes da saúde da família⁹. Esses aspectos contrariam o preconizado na Lei nº 10.216, de 2001, e na Portaria 3088, de 2011, que fortalecem o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) como dispositivo regulador da atenção à saúde mental, o cuidado de base comunitária e territorial e, também, a atenção primária.

No entanto, Damous e Erlich¹⁰ destacam que o fortalecimento da rede com o ambulatório mul-

tiprofissional possibilita a esses serviços ampliar a assistência e consolidar os grupos terapêuticos e a integração entre serviço, usuário e família. Segundo os autores, tais componentes fazem parte da rede de atenção secundária à saúde, tendo como proposta o atendimento especializado, continuado e resolutivo, direcionado a uma clientela intermediária entre a Estratégia de Saúde da Família e o CAPS.

Cardozo e Monteiro¹¹ reforçam o ambulatório como importante dispositivo da RAPS, desde que seja sustentado com práticas acolhedoras e em consonância com o preconizado na Lei nº 10.216, de 2001, com atividades terapêuticas diversas, equipe multiprofissional, reuniões para discussão de casos clínicos e intervenções, fortalecendo as ações intersetoriais e em rede. Esses autores também destacam que “o ambulatório de saúde mental tem uma função e um lugar que não pode ser ocupado pela Atenção Básica ou pelos CAPSs, assim como, o ambulatório não deve se apropriar dos lugares desses serviços” (p. 41).

Nesse contexto, ressalta-se a importância do processo de avaliação para identificar a efetividade das ações desenvolvidas, visando ao aprimoramento, à resolutividade e ao suporte necessário aos familiares para o cuidado ao adolescente com transtorno mental. Nesse sentido, a Escala de Mudança Percebida (EMP) na versão do familiar, adaptada para o Brasil por Bandeira, Felício e Cesari¹², ganhou destaque, pois possibilita avaliar as mudanças percebidas pelos familiares em diferentes dimensões da vida do paciente em decorrência do tratamento recebido.

Portanto, considerando a escassez de estudos avaliativos no contexto analisado, este estudo pretende avaliar a percepção, por parte dos familiares, de melhora dos adolescentes inseridos em um serviço ambulatorial especializado de saúde mental infantojuvenil.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de quantitativo, transversal e descritivo, realizado em um serviço ambulatorial especializado de saúde mental infantojuvenil da Atenção Secundária da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), denominado Adolescente.

O Adolescente é um serviço especializado de saúde mental infantojuvenil da Atenção Secun-

dária da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, responsável por atender adolescentes de 12 anos até 17 anos, 11 meses e 29 dias, com transtornos mentais moderados ou uso eventual de substâncias psicoativas, na modalidade Ambulatório. Esse serviço tem como objetivo atender integralmente à saúde do adolescente e sua família por meio de equipe multiprofissional e transdisciplinar, com base na Abordagem Biopsicossocial, de acordo com o referencial da Organização Mundial de Saúde, do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Pediatria.

A amostra de conveniência foi constituída por adultos maiores de 18 anos, responsáveis por adolescentes de 12 a 17 anos em acompanhamento no serviço pelo período mínimo de seis meses a partir da primeira consulta médica. Foi entrevistado apenas um familiar de cada adolescente. Os responsáveis foram abordados na sala de espera e convidados a participar da pesquisa, no momento em que aguardavam a consulta. Foi explicado aos responsáveis o objetivo da pesquisa, e informado que não havia obrigatoriedade em participar e nem a pesquisa causaria prejuízo no atendimento no serviço. Ao concordarem em participar, foi fornecido a eles o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, após o preenchimento daquele formulário, foi feita a coleta de dados. Os instrumentos foram aplicados por dois pesquisadores em um local protegido e individualizado. A coleta de dados foi realizada entre agosto de 2017 e novembro de 2018, de acordo com a disponibilidade dos pesquisadores, atendendo aos critérios de inclusão estabelecidos para o estudo.

Para a pesquisa, foi utilizada a Escala de Mudança Percebida (EMP) - Versão Familiar¹². Essa escala contempla 19 itens, e 18 deles estão agrupados em quatro subescalas ou domínios: “Ocupação”, “Aspectos Psicológicos”, “Relacionamentos” e “Saúde física”. Um item avalia a percepção geral do familiar sobre o tratamento recebido pelo paciente, desde que iniciou o tratamento psiquiátrico na instituição do estudo. A subescala “ocupação” é composta por cinco itens, nos quais são avaliados a capacidade de cumprir obrigações e tomar decisões, o interesse em trabalhar ou se ocupar com alguma atividade, a realização de tarefas, a energia e as atividades de lazer do adolescente. A subescala “aspectos psicológicos” compreende seis itens, que abordam a percepção familiar quanto aos sentimentos de confiança do adolescente em si mesmo, o interesse pela vida, a

estabilidade das emoções, os problemas pessoais, o humor e a capacidade de suportar situações difíceis. A terceira subescala, “relacionamentos”, aborda a percepção familiar em três itens, todos atinentes à avaliação da convivência: em relação à família, aos amigos e a outras pessoas. A quarta subescala, “saúde”, compreende quatro itens, que abordam os aspectos relacionados à saúde de uma forma geral, o que inclui o apetite, o sono, a saúde física e a sexualidade. Os aspectos de cada subescala se subdividem em alternativas de resposta, dispostas em escala tipo Likert de três pontos, sendo (1) pior que antes, (2) sem mudança e (3) melhor que antes¹².

Também foi utilizado um questionário desenvolvido pelos próprios pesquisadores, que incluía questões sociodemográficas e clínicas, entre elas: a idade do adolescente e do responsável participante do estudo, o estado civil e a renda familiar do responsável, o diagnóstico do adolescente informado pelo responsável, o tempo de tratamento conforme informações do cartão do serviço de saúde e as especialidades dos profissionais que atendiam ao adolescente e à família e o motivo da procura pelo serviço. A questão relacionada ao diagnóstico do adolescente segundo relatos dos responsáveis, compreendia os itens, TDAH, depressão, ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo, violência sexual, deficiência intelectual, transtorno do espectro autista, dificuldade de aprendizagem, esquizofrenia, obesidade e um campo denominado de outros.

Em relação aos diagnósticos dos adolescentes, relatados pelos familiares, ressalta-se que eles foram tabulados posteriormente, conforme a classificação do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª Edição (DSM-5)¹³. Também foram tabuladas “Outras condições que podem ser foco de atenção clínica”, segundo o DSM-5, como “Abuso Sexual Infantil”. As condições clínicas ou demais dificuldades que não podem ser categorizadas segundo o DSM-5 foram descritas como “Outros”, entre elas, a dificuldade de aprendizagem e a epilepsia. O item “Desconhecido” foi utilizado quando o diagnóstico do adolescente não era conhecido pelo responsável ou ainda estava em avaliação diagnóstica.

Os dados referentes ao local de moradia foram tabulados conforme a Região de Saúde do Distrito Federal e as cidades da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE), a fim de identificar a organização e

ordenamento da RAPS. De acordo com o portal da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), as regiões de saúde foram criadas obedecendo à territorialização no Distrito Federal e, assim, o território foi dividido em sete regiões de saúde, sendo elas: Central, Centro-Sul, Norte, Sul, Leste, Oeste e Sudoeste. (<http://www.saude.df.gov.br/superintendencias/>).

Os dados coletados foram computados no programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 13.0. Foi realizada análise descritiva simples das respostas oferecidas, tanto das variáveis sociodemográficas quanto dos itens da EMP referentes às respostas de melhora, piora e ausência de mudança.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa de Ciências da Saúde (CEP/FEPECS), sob o número 2.080.032, conforme a Resolução nº 466, de 2012.

RESULTADOS

Os resultados referentes às características sociodemográficas dos familiares estão dispostos na Tabela 1. Destaca-se que a maioria é do sexo feminino (85%), mães (76%), idade entre 41 e 50 anos de idade (40%) e com ensino médio completo (39%). Quanto às condições socioeconômicas, a maior parte possuía renda familiar de um a dois salários-mínimos (36%) e não recebia qualquer benefício social (83%). Os adolescentes atendidos no serviço eram, na maioria, do sexo feminino (58%) e maiores de 14 anos de idade (65%).

Ao se observar os locais de moradia dos participantes, percebe-se que 22% residem na região de saúde Sudoeste, seguidos pela região Centro-Sul, com 15%, e pelas regiões Sul e Central, ambas com 13%. As regiões Oeste, Leste e Norte obtiveram menores índices, com 11%, 9% e 7%, respectivamente. A Região Administrativa (RA) que apresentou maior quantitativo de indivíduos foi a de Ceilândia, pertencente à região de saúde Oeste, com nove famílias no serviço, seguida de Taguatinga e Samambaia, ambas pertencentes à região Sudoeste, com oito e sete famílias, respectivamente.

No que diz respeito ao motivo de procura pelo serviço, ressalta-se que 48% dos adolescentes tinham chegado ao serviço por procura da própria

família e 38% haviam sido encaminhados pela escola. As condições clínicas são apresentadas na Tabela 2, sendo que, o diagnóstico de TDAH apresentou maior prevalência (26%), seguido pelos Transtornos Depressivos (20%) e Transtornos de Ansiedade (10%). As respostas de não sabe o diagnóstico corresponderam a 10%. Entre os principais diagnósticos encontrados, foi identificada a maior prevalência de TDAH em pacientes do sexo masculino (13,79%) e Transtornos Depressivos (15,52%) em pacientes do sexo feminino. Entre os principais tipos de atendimento oferecidos pelo serviço destaca-se que 56% estavam em atendimento multiprofissional individual e grupo, incluindo, médico/a (clínico, psiquiatra, neurologista), enfermeira, assistente social, psicólogas, nutricionista e terapeuta ocupacional.

Os resultados da escala EMP-Versão Familiar são apresentados na Tabela 3, a qual aponta que 98% dos familiares têm uma percepção geral de melhora. Quanto aos aspectos específicos, ressaltam-se os itens apontados no domínio ocupação, como “sem mudança percebida”, a energia (54%) e as tarefas de casa (51%). Dentre os resultados de “melhora”, os mais relevantes são: capacidade de cumprir obrigações e tomar decisões (56%) e interesse em trabalhar ou se ocupar com alguma atividade (66%). O aspecto “atividades de lazer” obteve os mesmos resultados, tanto no quesito de “melhora” quanto na percepção “sem mudança”.

Quanto ao domínio “aspectos psicológicos”, o item com maior percentual de “melhora” é o item problemas pessoais (78%), seguido de estabilidade de emoções e sentimento de confiança em si próprio (63%). O domínio “relacionamentos” registra como aspectos com maior percentual de “melhora” a convivência com a família (70%) e a estabilidade das emoções (63%). Sobre o domínio “aspectos saúde física”, o apetite foi o item que recebeu o maior percentual de “pior do que antes” (12%), enquanto no item “sem mudança” sobressaiu a sexualidade (60%). Nessa escala encontra-se o maior percentual de itens citados como “sem mudança” pelos familiares entre todos os domínios.

DISCUSSÃO

O fortalecimento dos ambulatórios especializados, com a inserção gradual de diferentes especialidades, visa favorecer a ampliação da assistência na perspectiva interdisciplinar e integral ao adolescente e sua família. No entanto, entre os familiares de adolescentes que participaram do

estudo, apenas 56% relataram que o/a adolescente estava em atendimento com equipe multiprofissional, incluindo atendimento individual e em grupos aos adolescentes e suas famílias com psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros, entre outros. Esse aspecto aponta para a necessidade de ampliação da atenção ao adolescente e da disponibilização dos recursos terapêuticos do serviço para o cuidado multiprofissional, favorecendo a integralidade da assistência e a efetivação da perspectiva psicossocial, conforme preconizado pela Lei nº 10.216, de 2001 e a Portaria nº 3088, de 2011⁵.

Entre os responsáveis por adolescentes que frequentam o ambulatório, houve maior prevalência de familiares do sexo feminino (85%), em consonância com outros estudos¹⁴, sendo que 76% eram mães. Atualmente, a mulher tem conquistado maior espaço no mercado de trabalho, pela necessidade de complementar a renda familiar, mas ainda são as maiores responsáveis pelas obrigações domésticas e pelo cuidado com os filhos¹⁵. Nesse contexto, a jornada extensiva de trabalho, sem uma adequada rede de apoio e a participação efetiva do homem no cuidado, prejudica a qualidade do tempo da família dedicado aos cuidados dos filhos, incluindo a supervisão e o monitoramento adequado das suas atividades e favorece, ainda, a sobrecarga física e mental.

Na amostra deste estudo, 39% dos responsáveis possuíam o ensino médio e 25% o ensino superior completo. No entanto, esse aspecto não favoreceu maiores condições de emprego e renda familiar, visto que 19% recebiam menos de um salário-mínimo e 36% entre um e dois salários-mínimos. A distância entre o local de moradia e o serviço de saúde pode constituir uma barreira para o acesso aos serviços, em razão do impacto financeiro pelo custo do deslocamento, tendo em vista que as famílias, em sua maioria, possuem baixo nível socioeconômico. Esse fato evidencia a maior vulnerabilidade social e dificuldades quanto à adesão ao tratamento em uma região central do Distrito Federal, o que pode diminuir a efetividade e a resolutividade do tratamento.

Esses aspectos também apontam para a importância da proteção social das famílias de crianças e adolescentes assistidas nos dispositivos da RAPS, estabelecendo um olhar diferenciado e requerendo uma resposta mais efetiva do Estado diante das necessidades daquela população. A situação de pobreza, as desigualdades e iniquidades

sociais, a baixa qualificação para o trabalho e a remuneração ínfima colocam essas famílias em situação de maior suscetibilidade aos processos de adoecimento¹⁶.

Souza e Silva¹⁷ ressaltam a multidimensionalidade e um duplo sentido do conceito atribuído à pobreza: um que abarca as condições de baixo desenvolvimento do local onde residem, reduzindo o acesso às condições básicas de existência, e outro, com raízes nas características demográficas e nas limitações do capital humano e financeiro das famílias, que prejudicam a capacidade de elevação da renda familiar. Portanto, não podemos identificar a pobreza apenas como escassez de renda, mas também como privação das capacidades básicas para o desenvolvimento. Nesse sentido, a efetivação de políticas de proteção à família visa favorecer aos seus responsáveis a possibilidade de cuidado aos seus filhos adolescentes em sofrimento mental.

Entre os transtornos mentais mais prevalentes na amostra foi registrado o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, seguido por Transtornos Depressivos e os Transtornos de Ansiedade. Esses dados estão em consonância com dados nacionais e mundiais, que apontam a maior prevalência desses diagnósticos na infância e adolescência¹⁻³. A convivência familiar sofre mudanças e pode ser prejudicada com a descoberta de um diagnóstico de transtorno mental, em face da necessidade de readaptação da rotina e de hábitos familiares. Além disso, verificam-se estigmas e discriminação relacionados ao adoecimento mental, sendo necessário que esses aspectos sejam abordados pelos profissionais, visando diminuir a sobrecarga do cuidador.

Outro aspecto que possui grande impacto na convivência familiar é a dificuldade de lidar com os problemas de comportamento e os conflitos no relacionamento entre os familiares⁴. Buriola et al.⁴ também ressaltam as dificuldades relacionadas aos comportamentos problemáticos como fatores que mais afetam os familiares e cuidadores, refletindo diretamente na sobrecarga das famílias. Diante disso, ressalta-se que esse estudo evidenciou melhora percebida pelos familiares nos itens relacionados ao domínio relacionamentos e aspectos psicológicos.

Entre os fatores de procura pelo tratamento em serviços especializados de saúde mental, Viégas, Freire e Bomfim¹⁸ apontam que as dificuldades de

aprendizagem e problemas de comportamento são os motivos de encaminhamentos realizados pelas escolas, sendo encontrado nessa amostra como o segundo aspecto de encaminhamento após a demanda espontânea.

O item de avaliação geral obteve o maior número de respostas “melhor do que antes”, o que está em consonância com o estudo de Costa et al¹⁹. Esses aspectos de percepção de melhora pelos familiares podem fortalecer e aumentar a capacidade de enfrentamento diante das adversidades das dificuldades com os filhos na adolescência, bem como melhorar a qualidade de vida dos cuidadores ao estabelecer relações familiares mais harmoniosas e saudáveis, configurando-se como fator de proteção.

Ressalta-se a importância da abordagem profissional adequada às famílias para o enfrentamento das dificuldades advindas dos sofrimentos psíquicos dos filhos e daquelas cotidianas, no convívio familiar e social, bem como a oferta de grupos de apoio para suporte aos sentimentos dos familiares devido à sobrecarga dos responsáveis, em sua maioria mulheres, a desesperança, o esgotamento físico e emocional e a vivência do estigma intra e extrafamiliar^{4,20}. Nesse sentido, destaca-se diferentes maneiras de se ofertar esse apoio e que incluem oferecimento de acolhimento, escutas regulares e periódicas, grupos de orientação aos familiares e grupos de cuidado aos cuidadores.

A identificação de aspectos relacionados à percepção de melhora pelos familiares dos usuários de saúde mental acerca do tratamento, objetivo deste estudo, poderá contribuir para a avaliação da assistência à saúde e da resolutividade das ações e propostas para a redução do sofrimento psíquico e relações familiares.

CONCLUSÃO

Os dados apresentados neste estudo permitiram conhecer as condições sociodemográficas dos familiares dos adolescentes inseridos em um serviço ambulatorial especializado em saúde mental e descrever a percepção de melhora pelos familiares dos adolescentes, identificando as principais áreas associadas às mudanças. No entanto, estudos que utilizem a EMP-Versão Familiar são escassos no contexto brasileiro, dificultando a comparação dos dados encontrados, o que aponta a necessidade de realização de mais estudos voltados

para percepção dos familiares nos diversos dispositivos da RAPS, especialmente aqueles que atendem ao público infantojuvenil. Esse fato reforça a necessidade de ampliar a avaliação dos tratamentos em serviços públicos de saúde, ao apontar a sua importância como indicador de qualidade, favorecendo a resolutividade das ações para a garantia do desenvolvimento saudável, às crianças e adolescentes.

Além da escassez de estudos com base na EMP-Versão Familiar, registram-se outras limitações para uma perfeita análise do problema, as quais incluem a dificuldade de compreensão de alguns itens da escala pelos familiares, como sexualidade e humor. Outras limitações incluem o tamanho da amostra, a ausência da avaliação dos medicamentos em uso e da sua regularidade.

À vista dessas considerações, sugere-se a realização de mais pesquisas na área, utilizando-se o mesmo instrumento de coleta de dados, EMP-Versão Familiar, e comparando-se os dados entre a versão do familiar e a do adolescente. Com isso, poder-se-á alcançar maior aprofundamento sobre o tema e, também, instrumentos que também avaliem a satisfação dos pacientes com os serviços de saúde mental.

Por fim, destaca-se a importância do uso de estratégias para a avaliação de tratamento, como a escala utilizada neste estudo, como parte de um processo contínuo na assistência aos usuários, possibilitando identificar os aspectos a serem aperfeiçoados ou reforçados, a fim de favorecer melhores práticas de cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2015;56(3):345–365. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>.
2. Maison CL, Munhos TN, Santos IS, Anselmi L, Barros FC, Matijasevich A. Prevalence and risk factors of psychiatric disorders in early adolescence: 2004, Pelotas (Brazil), birth cohort. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* (2018);53:685–697. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1516-z>.
3. OPAS. Organização Mundial da Saúde/ Organização Panamericana de Saúde. Folha informativa - Saúde mental dos adolescentes, 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5779:folha-informativa-saude-mental-dos-adolescentes&Itemid=839.
4. Buriola AA, et al. Sobrecarga dos cuidadores de crianças ou adolescentes que sofrem transtorno mental no município de Maringá - Paraná. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 2016; 20(2): 344-351. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160047>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, ál-

- cool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, seção 1, 2011. Disponível em : http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em 15 fev 2021.
6. Couto MCV, Delgado PGG. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Psicologia e Clínica*. 2015; 27(1):17-40. <https://doi.org/10.1590/0103-56652015000100002>.
 7. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Diário Oficial da União, seção 1, p. 23-36, 2017. Disponível em : https://bvmsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html . Acesso em 15 fev 2021.
 8. Nunes MO, Lima Júnior JM, Portugal CM, Torrenté M. Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019;24(12):4489-4498. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25252019>.
 9. Mezza M, Torrenté MON. A reforma psiquiátrica brasileira como luta pelo reconhecimento e progresso moral. *Saúde em Debate*. 2020;44(n.esp 3):235-49. Disponível em: <http://revista.saudeemdebate.org.br/sed/issue/view/41/v.%2044%2C%20n.%20ESPECIAL%203>. Acesso em 03 fev 2021.
 10. Damous I, Erlich H. O ambulatório de saúde mental na rede de atenção psicossocial: reflexões sobre a clínica e a expansão das políticas de atenção primária. *Physis*. 2017;27(4): 911-932. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312017000400004>.
 11. Cardozo TB, Monteiro RAP. Da Psiquiatria Tradicional à Reforma Psiquiátrica: O Ambulatório de Saúde Mental como Serviço de Tratamento. *Revista Psicologia e Saúde*. 2020; 12(2): 31-44. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300002>.
 12. Bandeira M, Felício CM, Cesari L. Validação da Escala de Percepção de Mudanças pelos familiares como medida de resultado do tratamento em serviços de saúde mental. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2010;32(3): 283-287. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462010005000010>.
 13. American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-V). 5. ed., Porto Alegre: Artmed, 2014.
 14. Daltro MCSL, Moraes JC, Marsiglia RG. Cuidadores de crianças e adolescentes com transtornos mentais: mudanças na vida social, familiar e sexual. *Saúde e sociedade*. 2018;27(2): 544-555. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902018156194>.
 15. Amaral GA, Vieira A. A arte de ser Beija-Flor na tripla jornada de trabalho da mulher. *Saúde e sociedade*. 2013;22(2): 403-414. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000200012>.
 16. Silva TMR, Alvarenga MRM, Oliveira MAC. Avaliação da vulnerabilidade de famílias assistidas na Atenção Básica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2012;20(5):[09 telas]. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/pt_16.pdf. Acesso em 15 fev 2021.
 17. Souza MID, Silva MRF. Pobreza, desigualdade social e território: ambiência de atuação da política pública de Assistência Social. *Emancipação*. 2019;19(2):1-17. Disponível em: <https://revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/10954/209209211350>. Acesso em 15 fev 2021.
 18. Viégas LS, Freire KES, Bomfim FB. Atendimento a queixa escolar nos serviços públicos de saúde mental da Bahia. *Revista Psicologia Escolar e Educacional*. 2018;22(1):133-140. <http://dx.doi.org/10.1590/2175-35392018013260>.
 19. Costa CS, Bandeira M, Cavalcanti RLA, Scalon JD. A percepção de pacientes e familiares sobre os resultados do tratamento em serviços de saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*. 2011;27(5):995-1007. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000500017> .
 20. Vicente JB, Marcon SS, Higgarashi IH. Convivendo com o transtorno mental na infância: sentimentos e reações da família. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2016; 25(1):e0370014. <https://doi.org/10.1590/0104-0707201600370014>.

APÊNDICE**Tabela 1****Frequências absolutas (n) e relativas (%) das variáveis sociodemográficas da população do estudo. Brasília, 2017-2018.**

Variáveis	Freq.	%
Sexo (Adolescentes)		
Feminino	58	58
Masculino	42	42
Idade		
Até 14	35	35
> 14	65	65
Sexo (Responsáveis)		
Feminino	85	85
Masculino	15	15
Idade do responsável		
21-40	39	39
41-50	40	40
51-60	16	16
60 ou +	5	5
Parentesco		
Mãe	76	76
Pai	11	11
Tios	2	2
Avos	6	6
Padrasto/ madrasta	2	2
Outros	3	3
Estado civil		
Solteiro (a)	35	35
Casado (a)	45	45
Viúvo (a)	4	4
União estável	9	9
Divorciado	7	7
Escolaridade		
Alfabetizado	3	3
Até o 5º ano do EF	10	10
6º ao 9º ano do EF	11	11
Ensino Médio Incompleto	12	12
Ensino Médio Completo	39	39
Ensino Superior Completo	25	25
Benefício social		
Bolsa Família	12	12
Passe Livre Urbano/Interestadual	4	4
Benefício de Prestação Continuada (deficientes/idosos)	1	1
Nenhum	83	83
Renda familiar		
Até 1 SM	19	19
1 a 2 SM	36	36
2 a 3 SM	14	14
3 a 4 SM	16	16
> 4 SM	15	15
Região de saúde		
Região Central	13	13
Região Centro-Sul	15	15
Região Norte	7	7
Região Sul	13	13
Região Leste	9	9
Região Oeste	11	11
Região Sudoeste	22	22
RIDE	10	10
Motivo de procura pelo serviço		
Demanda espontânea da família	48	48
Encaminhados pela Escola	38	38
Encaminhamos de outro serviço de saúde	10	10
Encaminhados pelo Conselho Tutelar	04	04

Tabela 2**Condições clínicas e dados relacionados aos atendimentos informados pelos familiares. Brasília, 2017-2018.**

Variáveis	Freq.	%
Tempo de atendimento		
6 a 12 meses	45	45
12 a 24 meses	21	21
Mais de 24 meses	34	34
Tipo de Atendimento		
Médico	44	44
Multiprofissional (consultas individuais)	42	42
Multiprofissional (consultas individuais e grupos terapêuticos)	07	07
Multiprofissional (grupos terapêuticos)	07	07
Diagnóstico informado pelo familiar segundo os critérios do DSM-V		
Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade	26	26
Transtornos Depressivos	20	20
Transtornos de Ansiedade	10	10
Deficiências Intelectuais	7	7
Transtorno do Espectro Autista	4	4
Espectro da Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos	2	2
Transtorno Bipolar	2	2
Transtorno Obsessivo Compulsivo e transtornos relacionados	1	1
Tricotilomania	2	2
Outras condições que podem ter foco da atenção clínica segundo os critérios do DSM-V		
Abuso sexual infantil	6	6
Outras condições não classificadas segundo o DSM-V		
Dificuldades de Aprendizagem	7	7
Epilepsia	3	3
Não sabe ou não concluiu avaliação diagnóstica	10	10
TOTAL	100	100

Tabela 3**Frequências absolutas (n) das variáveis da EMP – Versão Familiar. Brasília, 2017-2018.**

Subescala/ Domínio	Item/fator	Piora	Sem Mudança	Melhora
Ocupação	Tarefas de casa	5	51	44
	Capacidade de cumprir obrigações e tomar decisões	2	42	56
	Energia	7	54	39
	Atividades de lazer	2	49	49
	Interesse em trabalhar ou se ocupar com alguma atividade	2	32	66
Aspectos psicológicos	Capacidade de suportar situações difíceis	4	40	56
	Humor	5	34	61
	Estabilidade das emoções	2	35	63
	Sentimento de confiança em si próprio	2	35	63
	Problemas pessoais	2	20	78
	Sentimento de interesse pela vida	2	41	57
Relacionamentos	Convivência com a família	1	29	70
	Convivência com os amigos	1	49	50
	Convivência com outras pessoas	4	45	51
Saúde física	Apetite	12	55	33
	Sono	9	54	37
	Saúde física	2	55	42
	Sexualidade	1	60	39
Impressão geral		0	2	98

Qualidade de vida de pais de crianças com transtorno do espectro do autismo

Quality of life of parents of children with autism spectrum disorder

Cimara Laine Dias¹
Exillary Mota Costa²
Mirna Rossi Barbosa-Medeiros³

Fonoaudióloga. Graduação pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE). Pós-graduada em Disfagia.

²Fonoaudióloga. Graduação pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE). Pós-graduada em Disfagia.

³Fonoaudióloga. Doutora em Ciências da Saúde. Professora das Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE).

Correspondência: FUNORTE - Rua Irmã Beata, 200, sala 103. Centro. Montes Claros, MG. CEP 39400-110. E-mail: mirna.barbosa@fasi.edu.br

Recebido: 23/04/20

Aceito: 23/03/21

RESUMO

Objetivo: Avaliar a qualidade de vida dos pais de crianças com Transtorno do Espectro do Autismo e comparar a renda ao perfil comunicativo das crianças.

Métodos: Participaram 55 pais que responderam ao questionário de avaliação da qualidade de vida, de questões sociodemográficas e do perfil comunicativo da criança. Foram feitos cálculos de frequência e teste não-paramétrico de Mann-Whitney.

Resultados: Escores no domínio ambiental diferiram conforme o uso da comunicação, capacidade de compreender o filho, frequência de passeios com a criança e renda. O domínio psicológico foi influenciado pela capacidade de compreensão dos pais e pela frequência dos passeios. Escores do domínio social diferiram conforme a renda.

Conclusão: A qualidade de vida foi considerada boa ou ótima para a maioria e um número expressivo de pais apresentou qualidade de vida regular no que tange os domínios meio ambiente e social. Os escores de qualidade de vida diferiram conforme a renda e o perfil comunicativo da criança.

Palavras-chave: Transtorno autístico; Qualidade de vida; Família; Barreiras de comunicação.

ABSTRACT

Objective: To assess the quality of life of parents of children with Autism Spectrum Disorder and compare income and children's communicative profile.

Methods: 55 parents participated, who answered the questionnaire to assess quality of life, sociodemographic questions and the child's communicative profile. Frequency calculations and non-parametric Mann-Whitney test were performed.

Results: Scores in the environmental domain differed according to the use of communication, the parents' ability to understand the child, fre-

quency of outings with the child and income. The psychological domain was influenced by the parents' ability to understand and frequency of outings. The scores for the social domain differed according to income.

Conclusion: The quality of life was considered good or excellent for most parents, an expressive number of parents had quality of life considered regular, in the environmental and social domains. The quality of life scores differed according to the income and child's communicative profile.

Keywords: Autistic Disorder. Quality of life. Family. Communication Barriers.

INTRODUÇÃO

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), o Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) é caracterizado por déficits persistentes na comunicação social e na interação social, além da presença de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades em graus variados. Os sintomas do TEA podem ser observados antes dos 12 meses de idade e, nos casos mais graves, é comum serem reconhecidos durante o segundo ano de vida da criança¹. Segundo o Center for Disease Control, uma em cada 68 crianças possui TEA². No Brasil, a prevalência estimada é de 1%³.

Diante da sobrecarga financeira, de tarefas e, principalmente, de natureza emocional que o TEA acarreta, o diagnóstico pode ser uma fonte eliciadora de estresse nos pais⁴. Pais de crianças com TEA apresentam níveis de estresse maiores que os pais de crianças com desenvolvimento típico⁵. Lidar diariamente com uma criança com o transtorno pode ser difícil e fatigante, uma vez que essas famílias apresentam necessidades diversas. O TEA implica em mudanças na dinâmica familiar,

seja de ordem física, como na reorganização das atividades do cotidiano, seja de ordem emocional, como desenvolver a capacidade de lidar com situações estressantes, constituindo um risco para a saúde mental dos pais⁶.

Devido às características e peculiaridades apresentadas pelo indivíduo com TEA, muitas mães acabam se isolando do convívio social na tentativa de evitar o preconceito em relação ao filho, restrição que pode resultar em sofrimento para muitas mães. Os comportamentos de agressividade, apresentados por algumas crianças com TEA, também são obstáculos que reforçam o isolamento das mães. Ademais, a falta de informação sobre como lidar com o transtorno, a quem recorrer para obter orientação e a preocupação com a independência do filho são fatores que podem causar angústia na família⁷.

Os familiares de crianças com TEA se deparam com quadros de depressão, ansiedade e estresse com frequência, com nível de gravidade superior ao observado em pais de crianças com outras necessidades específicas de saúde que não curse com transtornos do desenvolvimento⁸. A

sobrecarga sentida por pais de crianças com TEA diz respeito à vida pessoal, à satisfação com as demandas de cuidado e à sobrecarga financeira relacionada à criança⁹. Ressalta-se ainda que o bem-estar social e a satisfação com a vida diminuem, à medida em que se aumenta o número de necessidades sentidas pelos pais⁶. Todos esses aspectos podem comprometer a qualidade de vida daqueles que convivem com a criança.

Segundo o Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, qualidade de vida é definida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”¹⁰. Nesse sentido, a qualidade de vida é um construto multidimensional, relacionado a fatores físicos, psicológicos, sociais e do ambiente onde a pessoa vive¹¹.

Cuidadores de crianças e adolescentes com autismo apresentam menores escores de qualidade de vida quando comparados a cuidadores de crianças saudáveis¹². Entretanto, ainda há carência de estudos a respeito da qualidade de vida dos familiares das crianças com TEA¹³.

A qualidade de vida dos pais de crianças autistas é um fator importante a ser considerado, já que a estabilidade, equilíbrio, boa convivência e tranquilidade na família podem influir positivamente sobre a criança. É essencial estudar a qualidade de vida dos pais de crianças com TEA e entender de que forma esta pode estar sendo afetada, para que seja refletido sobre como definir estratégias de promoção de saúde e bem-estar para a criança e para a família, além de contribuir para os estudos sobre o autismo.

Dessa forma, o objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida dos pais de crianças autistas na cidade de Montes Claros – MG, através do WHO-QOL-Bref, e comparar os resultados com a renda e com o perfil comunicativo das crianças.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de corte transversal e analítico, realizado com 55 pais de crianças com Transtorno do Espectro do Autismo, cadastrados em uma instituição que atende crianças com esse diagnóstico, no município de Montes Claros, MG. Para a coleta de dados, foram utilizados os seguintes questionários: questionário sobre o perfil comunicativo das crianças, com onze questões extraídas de um estudo sobre comunicação alternativa em crianças com TEA¹⁴ e questioná-

rio com informações sobre sexo, estado civil, escolaridade, renda, ocupação, número de filhos e números de filhos com TEA e WHOQOL-Bref.

O segundo questionário citado se trata de uma propriedade da Organização Mundial da Saúde e tem como propósito mensurar a qualidade de vida. É composto por 26 questões agrupadas nos domínios físico, psicológico, social e ambiental. O domínio físico está relacionado à dor e ao desconforto, além de abordar questões como energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho. O domínio psicológico se refere aos sentimentos positivos e negativos, autoestima, imagem corporal e aparência, espiritualidade, religião e crenças pessoais, pensar, aprender, memória e concentração. O domínio social diz respeito às relações pessoais, suporte social e atividade sexual. Já o domínio ambiental se refere à segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, oportunidade de adquirir novas informações e habilidades, participação em atividades de lazer, ambiente físico e transporte¹⁰.

Os pais que estavam presentes na instituição nas datas da coleta de dados, realizada entre os meses de agosto e setembro de 2015, foram convidados a participar do estudo. Dos pais que foram abordados, oito se recusaram a participar. Aqueles que concordaram em participar assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e responderam os questionários em entrevistas individuais em sala reservada para a coleta dos dados, tendo as entrevistas uma duração média de 20 minutos.

Para a análise dos dados, foi utilizado o software SPSS, versão 19.0. Foram realizados cálculos de frequência absoluta e relativa para a descrição das variáveis do estudo. Em relação à qualidade de vida, os escores de cada domínio e da qualidade de vida geral foram agrupados em quatro categorias: qualidade de vida ruim (0 a 25), regular (26 a 50), boa (51 a 75) e ótima (76 a 100). Para comparar a qualidade de vida, conforme a capacidade de compreensão e meio de comunicação, foi utilizado o teste não-paramétrico de Mann-Whitney, com nível de significância de 5%.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Associação Educativa do Brasil – SOEBRAS, sob o parecer 1143517/2015. Ao longo do estudo, foram considerados os aspectos éticos para pesquisa em seres humanos, conforme a Resolução CNS nº 466 de 2012.

RESULTADOS

Participaram do estudo 55 pais de crianças com TEA. A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas dos entrevistados, que possibilitaram identificar o perfil descritivo da amostra estudada. A maioria dos respondentes era do sexo feminino (85,5%), com renda de até um salário-mínimo (50,9%). Quanto ao número de filhos, 34,5% têm apenas uma criança.

Tabela 1
Características sociodemográficas dos pais de crianças com Transtorno do Espectro do Autismo, Montes Claros, MG, Brasil, 2015.

Variáveis	N	%
Gênero		
Masculino	8	14,5
Feminino	47	85,5
Estado Civil		
Solteiro	11	20,0
Casado	34	61,8
Divorciado	1	1,8
Viúva	5	9,1
União estável	4	7,3
Escolaridade		
Ensino Fundamental	11	20,0
Ensino Médio	23	41,8
Superior	19	34,5
Especialização	2	3,6
Renda		
Até 1 salário-mínimo	28	50,9
Entre 1 e 2 salários-mínimos	15	27,3
Maior que 2 salários-mínimos	12	21,8
Ocupação		
Trabalha	33	60,0
Não trabalha	21	38,2
Aposentado	1	1,8
Números de filhos		
Um	19	34,5
Dois	26	47,3
Três	8	14,5
Quatro ou mais	2	3,6
Números de filhos com TEA		
Um	51	92,7
Dois	2	3,6

A Tabela 2 descreve o perfil comunicativo das crianças com TEA em relação aos aspectos comportamentais, sociais e de interação. Ao serem questionados sobre a comunicação, 20% dos indivíduos participantes da pesquisa relataram que seus filhos quase não se comunicam e 6,7% relataram que os filhos não se comunicam de forma alguma. A forma de comunicação utilizada por metade das crianças para realizar pedidos é gestual. Devido à dificuldade de comunicação das crianças, 20,0%

dos pais relataram compreender algumas vezes o que o filho quer expressar e 6,7% informaram dificilmente compreender as intenções da criança.

Tabela 2
Perfil comunicativo das crianças com TEA, Montes Claros, MG, Brasil, 2015.

Variáveis	n	%
Uso da comunicação		
Comunica claramente	23	40,0
Comunica, mas não é claro	18	33,3
Quase não comunica	12	20,0
Não comunica	2	6,7
Como solicita algo desejado		
Aponta, gesticula	27	50,0
Pega pela mão	17	33,3
Expressa apenas por gritos	6	3,3
Não solicita nada	5	13,3
Como seu filho mostra seus sentimentos		
Claramente através do choro	31	63,3
Somente em alguns momentos	10	16,7
Expressa de forma confusa	7	10,0
Não expressa	6	10,0
Você compreende seu filho		
Sempre	27	40,0
Muitas vezes	13	33,3
Às vezes	13	20,0
Dificilmente	2	6,7
Seu filho responde ordens dadas por você		
Sempre	21	23,3
Muitas vezes	14	33,3
Às vezes	11	20,0
Dificilmente	9	23,3
Seu filho tenta comunicar espontaneamente algo que deseja		
Sempre	15	16,7
Muitas vezes	19	30,0
Às vezes	17	43,3
Dificilmente	4	10,0
Compreende ordens verbais		
Sempre	15	30,0
Muitas vezes	22	40,0
Às vezes	10	13,3
Dificilmente	8	16,7
Você leva seu filho para passear com você		
Sempre (mais de 1 vez na semana)	23	30,0
Às vezes (2 a 4 vezes ao mês)	19	30,0
Raramente (1 vez ao mês)	13	40,0

Com relação aos domínios da qualidade de vida, é possível observar na Tabela 3 que os domínios social e ambiental foram os mais afetados. A qualidade de vida foi considerada ruim nos aspectos social e ambiental para, respectivamente, 7,3% e 3,6% dos pais. O domínio físico foi o menos afetado e somente 9,1% dos pais o consideraram como regular. Em todos os domínios, a maioria dos participantes apresentou qualidade de vida considerada boa.

Tabela 3**Domínios da qualidade de vida dos pais de crianças com TEA, Montes Claros, MG, Brasil, 2015.**

Domínios da qualidade de vida	n	%
Físico		
Ruim	0	0
Regular	5	9,1
Bom	33	60,0
Ótimo	17	30,9
Psicológico		
Ruim	0	0
Regular	8	14,5
Bom	43	78,2
Ótimo	4	7,3
Social		
Ruim	4	7,3
Regular	12	21,8
Bom	31	56,4
Ótimo	8	14,5
Ambiental		
Ruim	2	3,6
Regular	24	43,6
Bom	28	50,9
Ótimo	1	1,8

Ao se comparar os escores da qualidade de vida entre os pais de crianças que comunicam, independente da clareza, e daqueles cujo filho *não se comunica ou se comunica pouco*, observou-se que houve diferença estatisticamente significativa no domínio ambiental. Essa diferença também foi observada ao se comparar a qualidade de vida com a frequência em que os pais compreendem o filho, sendo que os pais que compreendem sempre ou muitas vezes apresentaram os melhores escores.

DISCUSSÃO

O TEA envolve alterações que podem caracterizar um comprometimento de grau leve a severo, cursando com prejuízos no desenvolvimento das habilidades de interação social, comunicação, comportamento, interesses e atividades estereotipadas, exigindo dos pais e familiares uma adaptação da rotina familiar para que possam atender às necessidades e particularidades da criança⁴.

Verificou-se que mais de um quarto dos pais teve sua qualidade de vida impactada, especialmente em relação aos domínios ambiental e social. Ou seja, alguns pais registraram menores escores de satisfação relacionados ao acesso às informações, aos serviços de saúde, ao transporte, às condições de moradia, às oportunidades de lazer, segurança, salubridade do ambiente físico e às condições financeiras, assim como com as relações pessoais (amigos, parentes, colegas), com a vida sexual e com o apoio que recebe dos amigos. Entretanto, ao dividir os escores de cada domínio em quartis, observou-se que a qualidade de vida foi classificada como boa ou ótima para a maioria. Não foram encontrados estudos sobre qualidade de vida de familiares de crianças com TEA com esse tipo de análise. Ressalta-se ainda que, diante da sobrecarga física e emocional que o TEA acarreta⁴, seria esperado que o domínio físico – que está relacionado com a energia e a fadiga, sono e repouso, atividades da vida cotidiana, dentre outros –, e o domínio psicológico também fossem

Tabela 4**Comparações da qualidade de vida dos pais com a renda e o perfil comunicativo e das crianças com TEA, Montes Claros, MG, Brasil, 2015.**

	Físico		Psicológico		Social		Ambiental	
	Média (DP)	p-valor						
Uso da comunicação								
Comunica bastante	72,5 (11,5)	0,359	63,0 (12,8)	0,354	63,8 (18,0)	0,182	54,2 (42,0)	0,005*
Comunica pouco ou nunca	69,4 (10,5)		59,8 (10,5)		56,6 (21,9)		42,0 (13,4)	
Compreende o filho								
Sempre ou muitas vezes	72,7 (11,6)	0,139	63,9 (12,4)	0,022*	63,7 (16,8)	0,502	54,6 (11,7)	0,004*
Às vezes ou raramente	68,8 (9,9)		57,8 (10,7)		57,2 (24,3)		41,7 (14,7)	
Realiza passeios								
Mais de 1 vez na semana	73,8 (11,5)	0,228	65,9 (12,0)	0,028*	64,5 (14,5)	0,550	56,7 (11,9)	0,011*
1 a 4 vezes ao mês	70,2 (11,0)		59,5 (11,9)		60,1 (22,0)		47,0 (13,7)	
Renda								
Até 1 salário	73,5 (11,1)	0,434	64,5 (11,4)	0,320	71,0 (10,9)	<0,001*	55,7 (11,8)	0,015*
Maior que 1 salário	69,9 (11,3)		60,0 (12,7)		53,3 (21,4)		46,6 (14,1)	
Total	71,7 (11,2)		62,2 (12,2)		62,0 (19,2)		51,1 (13,7)	

afetados. Uma hipótese que justifica os resultados positivos encontrados é que os entrevistados fazem parte de uma associação de apoio às crianças com TEA, na qual recebem, além de alguns tratamentos gratuitos, acolhimento por meio de grupo de pais, fatores esses que podem minimizar as dificuldades enfrentadas pelas famílias.

As médias nos escores da qualidade de vida variam entre os estudos. Em pesquisa realizada com mães de crianças com TEA, que são as cuidadoras em potencial, os impactos na qualidade de vida, para todos os domínios, foram maiores do que os observados neste estudo¹⁵. Em contrapartida, em pesquisa realizada no sul do Brasil, as médias nos escores foram semelhantes ou até melhores que as apresentadas nesse estudo¹⁶. Em outro trabalho realizado com 150 cuidadores principais de crianças com TEA, de regiões metropolitanas do sudeste brasileiro, que também utilizou o mesmo instrumento para investigação da qualidade de vida, houve redução nos escores em todos os domínios, especialmente em relação ao físico e meio ambiente, sendo que o último se relacionou a variáveis como classe socioeconômica e escolaridade dos pais¹⁷. Assim como nesse estudo, o ambiente é o domínio mais afetado, tanto na qualidade de vida dos cuidadores¹⁵⁻¹⁷, quanto na de irmãos de crianças com TEA¹⁸.

A literatura internacional também aponta prejuízos na qualidade de vida de familiares de crianças com TEA. Um estudo que avaliou 127 mães iranianas observou que estas apresentaram altos escores de ansiedade e depressão e baixos escores de qualidade de vida, sendo que as mães de filhos mais velhos e/ou que foram diagnosticados há um período mais longo apresentaram os piores resultados. Os autores defendem a importância de se fornecer estratégias de apoio e intervenção que possam melhorar a saúde mental de toda a família¹⁹.

Pais de crianças com o transtorno tiveram impactos na sua qualidade de vida em estudo realizado na Jordânia, que registrou escores similares aos desse estudo, sendo o domínio ambiental também o mais afetado. É crucial que os profissionais de saúde realizem uma avaliação abrangente, a qual contemple a identificação de potenciais problemas, necessidades, recursos e pontos fortes que ajudem os pais a manterem sua saúde e bem-estar²⁰.

Pais de crianças que se comunicam pouco ou

nunca registraram piores escores no domínio ambiental. O mesmo resultado foi observado para os pais que frequentemente não conseguem compreender o que o filho quer expressar. Também houve diferença significativa no domínio psicológico com relação à compreensão dos pais. Os problemas de comunicação interferiram na qualidade de vida de mães de crianças com TEA, em estudo norueguês²¹.

A frequência com que esses pais realizam passeios também foi um fator que influenciou nos domínios psicológico e ambiental. Quanto mais a família se encontra unida, possui orientação quanto aos cuidados e necessidades do filho e insere a criança nos ambientes em que convive, maiores são as chances de melhor adaptação, bem como de haver uma convivência familiar mais harmoniosa, o que pode contribuir de forma significativa para uma boa qualidade de vida²².

Foi observada diferença estatisticamente significativa na qualidade de vida entre os pais que possuíam uma renda de até um salário-mínimo e aqueles que recebiam mais de um salário, com relação aos domínios social e meio ambiente. Uma vez que esses domínios se referem ao acesso ao lazer, condições de moradia, relações pessoais, entre outros, é esperado que eles sejam dependentes das condições socioeconômicas dos indivíduos. Outros estudos também demonstraram correlação entre qualidade de vida e renda^{17,20}. Em estudo brasileiro, essa correlação foi observada apenas quanto ao domínio ambiental¹⁷. Os gastos para o tratamento das crianças com TEA podem ser altos²³ e, muitas vezes, a mãe abdica de outras atividades para se dedicar integralmente à criança, fato que pode trazer ainda mais impactos financeiros e sociais²⁴. No Brasil, o Ministério da Saúde instituiu, em 2013, a rede de cuidados à pessoa com deficiência, com vistas a oferecer tratamento especializado em diversas áreas. No entanto, o acesso a esses serviços ainda é precário e se constitui como um desafio a ser enfrentado por muitas famílias²⁵.

A troca de informações entre as famílias que possuem crianças com TEA, a rede de apoio e a assistência integralizada da rede de saúde no atendimento ao paciente são estratégias para a superação dos desafios apresentados pelos familiares²⁵. A conscientização sobre o TEA, as intervenções diretas com a criança e o treinamento de pais, tanto sobre o autocuidado, quanto sobre como cuidar da criança com TEA, também estão entre as estra-

tégias de intervenção registradas na literatura. As intervenções por meio de *coaching* de pais podem produzir mudanças positivas na díade mãe-filho²⁶. Serviços de saúde mental, quando combinados com intervenções terapêuticas tradicionais (intervenção comportamental, terapia ocupacional, fonoaudiologia, entre outros), estão ligados a uma melhor qualidade de vida para as famílias que cuidam de crianças com TEA²⁷.

CONCLUSÃO

Observou-se que a qualidade de vida foi classificada como boa ou ótima para a maioria dos pais de crianças com TEA. Contudo, mais de um quarto dos pais apresentou qualidade de vida considerada regular quanto aos domínios meio ambiente e social. Esses domínios mais afetados trazem questões referentes ao acesso aos serviços de saúde, lazer, transporte, condições de moradia, além de relações pessoais, vida sexual e apoio dos amigos.

Os escores no domínio ambiental diferiram significativamente conforme o perfil comunicativo

da criança, a capacidade que os pais têm de compreender o filho, a frequência de passeios realizados com a criança e a renda. O domínio psicológico foi influenciado pela capacidade de compreensão dos pais e a frequência dos passeios. Já os escores do domínio social diferiram conforme a renda dos pais.

Novos estudos voltados para os cuidadores das crianças devem ser conduzidos e estratégias de intervenção, que objetivem melhorar a qualidade de vida dos familiares, também devem ser investigadas.

Neste estudo, devem ser consideradas algumas limitações, como o tamanho reduzido da amostra, selecionada por conveniência, e por não terem sido investigados outros fatores que possam influenciar na qualidade de vida, como a escolaridade e o nível de estresse dos pais. Melhorar o acesso aos serviços de saúde e promover treinamento de pais são ações cruciais e que precisam ser adotadas para melhorar a saúde mental da família de indivíduos autistas.

REFERÊNCIAS

1. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-V. 5 ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
2. Christensen DL, Baio J, Braun KVN, Bilder D, Charles J, Constantino JN et al. Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years-Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network. *MMW Surveill Summ*. 2016 Apr 1; 65(3):1-23. doi: 10.15585/mmwr.ss6503a1.
3. Portolese J, Bordini D, Lowenthal R, Zachi EC, de Paula CS. Mapeamento dos serviços que prestam atendimento a pessoas com transtorno do espectro autista no Brasil. *Cad. Pós-Grad. Distúrb. Desenvol*. 2017; 17(2): 79-91. <http://dx.doi.org/10.5935/cadernosdisturbios.v17n2p79-91>
4. Fávero MABN, Santos MA. Autismo infantil e estresse familiar: uma revisão sistemática da literatura. *Psicol Reflex Crit*. 2005; 18(3): 358-69. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722005000300010>.
5. Segeren L, Fernandes FDM. Correlação entre a oralidade de crianças com distúrbios do espectro do autismo e o nível de estresse de seus pais. *Audiol Commun Res*. 2016; 21: e1611. <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6431-2015-1611>
6. Marques MH, Dixe MAR. Crianças e jovens autistas: impacto na dinâmica familiar e pessoal de seus pais. *Rev Psiquiatr Clín*. 2011; 38(2): 66-70. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832011000200005>

7. Segeren L, Françoço MFC. As vivências de mães de jovens autistas. *Psicol Estud.* 2014; 19(1): 39-46. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-7372189590004>
8. Schieve LA, Blumberg SJ, Rice C, Visser SN, Boyle C. The relationship between Autism and Parenting Stress. *Pediatrics.* 2007; 119(Suppl 1): 114-21. doi: 10.1542/peds.2006-2089Q.
9. Misquiatti ARN, Brito MC, Ferreira FTS, Assumpção-Junior FB. Sobrecarga familiar e crianças com Transtornos do Espectro do Autismo: perspectiva dos cuidadores. *Rev CEFAC.* 2015; 17(1): 192-200. <https://doi.org/10.1590/1982-0216201520413>.
10. Fleck MPA, Louzada SL, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saude Publica.* 2000; 34(2): 178-83. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910200000200012>
11. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública.* 2004; 20(2): 580-8. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200027>.
12. Cuvero MM. Qualidade de vida em cuidadores de crianças e adolescentes com autismo [dissertação]. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia; 2008. 72 p.
13. Miele FG, Amato CAH. Transtorno do Espectro Autista: qualidade de vida e estresse em cuidadores e/ou familiares – revisão de literatura. *Cad Pós-grad Distúrb Desenvol.* 2016; 16(2): 89-102. <http://dx.doi.org/10.5935/1809-4139.20160010>
14. Walter CCF. Avaliação de um programa de comunicação alternativa e ampliada para mães de adolescentes com autismo [tese]. São Carlos, SP: Centro de Educação e Ciências Humanas da Universidade Federal de São Carlos; 2006. 110 p.
15. Moretto G, Ishihara M, Ribeiro M, Caetano SC, Perissinoto J, Tamanaha AC. Interferência do meio comunicativo da criança com transtorno do espectro do autismo na qualidade de vida de suas mães. *CoDAS.* 2020; 32(6): e20190170. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20202019170>.
16. Estanieski II, Guarany NR. Qualidade de vida, estresse e desempenho ocupacional de mães cuidadoras de crianças e adolescentes autistas. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo.* 2015; 26(2): 194-200. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v26i2p194-200>
17. Barbosa MRP, Fernandes FDM. Qualidade de vida dos cuidadores de crianças com transtorno do espectro autístico. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2009; 14(3): 482-6. <https://doi.org/10.1590/S1516-80342009000400009>.
18. Vieira CBM, Fernandes FDM. Qualidade de vida em irmãos de crianças incluídas no espectro do autismo. *CoDAS.* 2013; 25(2): 120-7. <https://doi.org/10.1590/S2317-17822013000200006>.
19. Kousha M, Attar HA, Shoar Z. Anxiety, depression, and quality of life in Iranian mothers of children with autism spectrum disorder. *J Child Health Care.* 2016; 20(3): 405-14. <https://doi.org/10.1177%2F1367493515598644>
20. Dardas LA, Ahmad MM. Quality of life among parents of children with autistic disorder: a sample from the Arab world. *Res Dev Disabil.* 2014; 35(2): 278-87. DOI: [10.1016/j.ridd.2013.10.029](https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.10.029)
21. Öien R, Eisemann MR. Brief report: parent-reported problems related to communication, behavior and interests in children with autistic disorder and their impact on quality of life. *J Autism Dev Disord.* 2016; 46(1): 328-31. DOI: [10.1007/s10803-015-2577-4](https://doi.org/10.1007/s10803-015-2577-4)
22. Fernandes FDM, Amato CAH, Balestro JI, Molini-Avejonas DR. Orientação a mães de crianças do espectro autístico a respeito da comunicação e linguagem. *J Soc Bras Fonoaudiol.* 2011; 23(1): 1-7. <https://doi.org/10.1590/S2179-64912011000100004>
23. Fonseca LKR, Marques ICL, Mattos MP, Gomes DR. Influências do Transtorno do espectro autista nas relações familiares: revisão sistemática. *Rev Baiana Saúde Pública.* 2019; 43(2): 444-465. DOI: 10.22278/2318-2660.2019.v43.n2.a2983
24. Smeha LN, Cezar PK. A vivência da maternidade de mães de crianças com autismo. *Psicol. Estud.* 2011; 16(1): 43-50. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722011000100006>
25. Gomes PTM, Lima LHL, Bueno MKG, Araújo LA, Souza NM. Autism in Brazil: a systematic review of Family challenges and coping strategies. *J Pediatr.* 2015; 91(2): 111-121. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jped.2014.08.009>
26. Fewster DL, Govender P, Uys CJ. Quality of life interventions for primary caregivers of children with autism spectrum disorder: a scoping review. *J Child Adolesc Ment Health.* 2019; 31(2): 139-159. <https://doi.org/10.2989/17280583.2019.1659146>
27. Fong VC, Gardiner E, Iarocci G. Can a combination of mental health services and ADL therapies improve quality of life in families of children with autism spectrum disorder? *Qual Life Res.* 2020; 29: 2161-2170. <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02440-6>.

Terapia nutricional enteral domiciliar com crianças e adolescentes: custos envolvidos e características clínicas e nutricionais

Home enteral nutritional therapy with children and adolescents: costs involved and clinical and nutritional characteristics

Anna Letícia Lira Alves¹
Adriana Haack de Arruda Dutra²
Aline Melo Horino Nascimento²

RESUMO

Objetivo: caracterizar o estado clínico nutricional das crianças e adolescentes atendidas pelo programa e os custos envolvidos na dispensação dos insumos da terapia.

Método: trata-se de um estudo longitudinal retrospectivo e analítico, realizado com coleta de dados em prontuários de 53 crianças e adolescentes, contempladas pelo programa de Terapia nutricional no Distrito Federal. Foi realizada análise descritiva e estatística considerando 5% de significância estatística e intervalo de confiança de 95%. Os custos foram analisados de acordo com os valores estabelecidos no varejo e por licitações.

Resultado: o Programa se mostrou como uma ação em saúde com resultados positivos, pela garantia do acesso a nutrição adequada com consequente manutenção ou recuperação do estado nutricional, mostrou também uso elevado de fórmulas especializadas, que apresentam custo elevado, não sendo de responsabilidade da família e cuidadores os custos da terapia nutricional, pois o Estado responsabilizou-se financeiramente.

Conclusão: o Distrito Federal possui programa peculiar, consolidado, com resultados positivos, que podem auxiliar na redução de possíveis gastos com internações hospitalares e contribuir com o adequado estado nutricional.

Palavras-chave: Terapia nutricional; Atenção à saúde; Criança; Adolescente.

ABSTRACT

Objective: to characterize the clinical nutritional status of children and adolescents assisted by the program and the costs involved in dispensing therapy supplies.

Method: this is a retrospective and analytical longitudinal study, carried out with data collection from the medical records of 53 children and adolescents, covered by the Nutrition Therapy program in the Federal

¹Nutricionista. Residente do Programa de Residência Multiprofissional da Escola Superior de Ciências da Saúde; ²Nutricionista. Programa de Residência Multiprofissional da Escola Superior de Ciências da Saúde Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Correspondência: annalira@gmail.com

Recebido: 02/03/20

Aceito: 22/06/21

District. Descriptive and statistical analysis was performed considering 5% statistical significance and 95% confidence interval. Costs were analyzed according to established retail values and by bidding.

Result: the Program proved to be a health action with positive results, by guaranteeing access to adequate nutrition with consequent maintenance or recovery of the nutritional status, it also showed a high use of specialized formulas, which have a high cost, not being the family's responsibility and caregivers the costs of nutritional therapy, as the State was financially responsible.

Conclusion: the Federal District has a peculiar, consolidated program, with positive results, which can help reduce possible expenses with hospital admissions and contribute to adequate nutritional status.

Keywords: Nutritional therapy; Health care; Child; Teenager.

INTRODUÇÃO

A saúde pública do Brasil teve como uma das suas inspirações o sistema de saúde inglês, o National Health Service (NHS), com princípios baseados na universalidade, integralidade, equidade e gratuidade. No período de 1960, com a evolução histórica do Sistema Único de Saúde (SUS) associada ao momento econômico e demográfico do período, ocorreram mudanças no acesso à saúde, onde houve a implementação de um sistema universal de saúde. Seguindo esta evolução, no Distrito Federal (DF), teve-se a criação da Fundação Hospitalar do DF, levando a divisão das unidades básicas de saúde, passando de um modelo de especialidades focais, no qual cada agravo a saúde provocava mudança de atendimento para outra especialidade, para um modelo focado em 4

grandes áreas de atendimento: medicina de emergência, emergência pediátrica, ginecologia e obstetrícia e cirurgia do trauma e o sistema de saúde hospitalar foi fortalecido¹⁻².

Dentre os direitos sociais no país, fazem parte a alimentação adequada, se mostrando como requisito básico para a promoção e a proteção da saúde, sendo um fator determinante e condicionante da situação de saúde de uma população. Tem-se como exemplo em 1986, a 1^a Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição, que inclui a área de alimentação e nutrição na reforma sanitária e também expos ideias que se tornaram referências em Segurança Alimentar e Nutricional².

Nesse contexto de direitos sociais, a atenção domiciliar visa a desospitalização, com a continuidade dos cuidados no domicílio, minimizando as intercorrências clínicas, diminuindo os riscos do desenvolvimento de infecções hospitalares relacionadas a internação prolongada e oferecendo autonomia para o paciente no cuidado extra-hospitalar. Essa modalidade de assistência à saúde requer cuidados constantes e uma equipe multidisciplinar capacitada para o acompanhamento do paciente³.

Outra modalidade de atenção à saúde e também atenção nutricional é a terapia nutricional enteral domiciliar (TNED), sendo também uma forma de assegurar a segurança alimentar e nutricional, melhorar a qualidade de vida do paciente, diminuir o risco de infecções, da morbimortalidade, reduzir o tempo de internação e os custos hospitalares. É uma prática especializada e multiprofissional, sendo empregada em pacientes com diversas patologias, hospitalizados, em acompanhamento ambulatorial ou domiciliar⁴⁻⁵.

No Distrito Federal, em 2004, a Secretaria de Saúde aprovou a Portaria nº 156, que definiu as normas e critérios para o cadastramento de pacientes que necessitam de TNED e para a dispensação das fórmulas. Em 2017, esta portaria foi revogada pela Portaria nº 478, com algumas alterações relacionadas a inclusão do paciente no programa. Para tanto, são prioritários aqueles pacientes que possuam vias de acesso enteral (sonda nasogástrica, sonda nasoentérica, gastrostomia ou jejunostomia), que não conseguem atingir as suas necessidades nutricionais por via oral, mas que possuem o trato gastrointestinal parcial ou totalmente funcional ou para pacientes portadores de patologias que necessitem de fórmulas para fins especiais para uso por via oral⁶⁻⁷.

Apesar da importância da atenção nutricional após a alta hospitalar, como fator condicionante de saúde, foi identificada uma escassez de pesquisas acerca do tema, evidenciando lacunas como a evolução nutricional em domicílio e os custos e financiamento envolvidos, sendo assim o objetivo do presente estudo foi caracterizar o estado clínico nutricional e os custos dos insumos fornecidos pelo protocolo de atendimento às crianças e adolescentes do PTNED em uma Unidade de Referência Distrital, o Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB).

MÉTODOS

Trata-se de um estudo longitudinal retrospectivo e analítico realizado com a busca de dados do Sistema Eletrônico de Informações – SEI® de crianças e adolescentes, de 0 a 19 anos, inscritas no PTNED. A pesquisa foi realizada na Gerência de Nutrição e nos prontuários de uma Unidade de Referência Distrital, o Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB).

Foram identificados 74 prontuários inseridos entre julho de 2017 e dezembro de 2018, destes foram selecionados 53, para a amostra final, pois apresentavam dados após seis meses de inserção no programa. Do total de prontuários identificados, 21 foram excluídos por não terem realizado a avaliação após seis meses de inserção no programa.

Os dados foram coletados nos prontuários dos usuários e foram obtidos por meio dos relatórios médicos e nutricionais no momento da inserção no programa. Foi desenvolvido um questionário para a coleta dos dados dos prontuários, que continha informações como o nome, idade, gênero, diagnóstico clínico, classificação internacional de doenças (CID), peso, comprimento/estatura, índice de massa corporal (IMC), diagnóstico nutricional, tipo de fórmula utilizada, via de administração da dieta, tempo de duração do tratamento (curto ou longo prazo), tipo de infusão da dieta, doenças associadas (fistulas, úlceras por pressão, edema/anasarca, diabetes, doença renal, hipertensão arterial sistêmica e disfagia).

Para a avaliação após seis meses de inserção do programa foram considerados peso, comprimento/estatura, IMC, diagnóstico nutricional, tipo de fórmula utilizada, se houve alteração da prescrição ou via de acesso, doenças associadas, estado geral do paciente e necessidade de reinternação e óbito.

Os custos relacionados aos insumos, fórmulas e kit de infusão, foram consultados nas Atas de Registro de Preço e Pregão eletrônico vigentes nos períodos e disponíveis na Gerência de Nutrição da Secretária de Estado de Saúde do Distrito Federal e em consulta a lojas de vendas de produtos hospitalares por meio eletrônico nos meses de outubro e novembro de 2019.

Os valores de classificação do estado nutricional foram analisados em escore-z ou percentil, no programa WHO Anthro® ou WHO Anthro-Plus® e para as crianças com diagnóstico de Síndrome de Down ou Encefalopatia Crônica Não-Progressiva, foram utilizadas, respectivamente, as curvas de Bertapelli (2017)⁸ e *Life Expectancy Project*(2011)⁹. Para aquelas crianças menores de dois anos de idade, que ao nascimento a idade gestacional foi menor que 37 semanas, sendo classificadas como recém-nascido pré-termo, foi calculada a idade corrigida para realizar a classificação do estado nutricional.

Na análise dos dados utilizou-se o *software* SPSS Statistics® versão 22. Após a tabulação dos dados foi realizada análise estatística com aplicação do teste do qui quadrado, considerando 5% de significância estatística e intervalo de confiança de 95%, as variáveis analisadas foram peso, comprimento/estatura, IMC, diagnóstico nutricional, tipo de fórmula utilizada, se houve

alteração da prescrição ou via de acesso, doenças associadas, estado geral do paciente e necessidade de reinternação.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CEP/SES-DF), sob número de parecer: 3.073.659, CAAE: 03496818.2.0000.5553.

RESULTADOS

Dos 53 usuários cadastrados no PTNED, 58,5% (n=31) eram do sexo masculino, 36,7% (n=18) das crianças menores de 2 anos nasceram de parto prematuro. 81,1% (n=43) das crianças do estudo tinham entre 28 dias e 2 anos. Os critérios de inclusão no Programa mais prevalentes foram o uso de alguma via de acesso enteral e alergia à proteína do leite de vaca com 43,4% (n=23) em ambos (Tabela 1).

Tabela 1

Características dos usuários do PTNED no Hospital Materno Infantil de Brasília, Brasília – DF, Brasil, 2019.

	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Classificação		
Neonato	6	11,3
Lactente	43	81,1
Infante	1	1,9
Adolescente	3	5,7
Sexo		
Feminino	22	41,5
Masculino	31	58,5
Classificação ao nascer ¹		
Prematuro	18	36,7
A termo / pós-termo	31	63,3
Critérios de inclusão no TNED		
Via de acesso enteral (SNG, SNE, GTT, JTT) ²	23	43,4
Erros Inatos do Metabolismo	2	3,8
Doença inflamatória intestinal	2	3,8
Alergia à proteína do leite de vaca	23	43,4
Galactosemia	3	5,6

¹Foram classificados os usuários com idade igual ou inferior a 2 anos; ²SNG: sonda nasogástrica, SNE: sonda nasoentérica, GTT: gastrostomia, JTT: jejunostomia.

Em relação a prescrição da fórmula, a de uso mais prevalente foi a fórmula extensamente hidrolisada com ou sem lactose 40,7% (n=22) e as menos utilizadas foram as fórmulas metabólicas 3,7% (n=2), sendo que o mesmo usuário poderia fazer uso de duas fórmulas, como é o caso daqueles em uso de fórmula metabólica. Os módulos de carboidratos e lipídeos tiveram prevalência de uso de 40% (n=2). A via principal de administração da TN foi a oral 56,4% (n=31), sendo que alguns usuários estavam em uso de dupla via de administração. Quanto a indicação do tempo de tratamento 94,3% (n=50) foi marcado como longo prazo, sendo superior a 6 meses (Tabela 2).

Na avaliação feita com os usuários após 6 meses de inserção no programa, em 37,7% (n=20) foi realizada alguma alteração na prescrição dietética, tendo algumas os seguintes motivos: “melhora do aporte calórico da dieta”, “intolerância gastrointestinal a fórmula”, “tolerou transição da fórmula”, “troca para fórmula adequada para idade”. A via de acesso foi alterada em 13,2% (n=7) dos usuários, com os seguintes motivos: “alcançe do aporte calórico por via oral”, “após procedimento cirúrgico”, “realização de gastrostomia”. Após alteração na prescrição dietética, a fórmula extensamente hidrolisada com ou sem lactose, manteve prevalência de 66,7% (n=6) e o módulo de lipídeos foi o mais prescrito, 57,1% (n=8) (Tabela 3).

Tabela 2

Características nutricionais da terapia de crianças e adolescentes do PTNED no Hospital Materno Infantil de Brasília, Brasília – DF, 2019.

	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Fórmula utilizada (n=53)		
Fórmula polimérica ou hipercalórica	10	18,8
Fórmula extensamente hidrolisada (com ou sem lactose)	21	39,6
Fórmula à base de aminoácidos livres	20	37,8
Fórmula metabólica	2	3,8
Fórmula utilizada associada com outra fórmula (n=1)		
Fórmula extensamente hidrolisada (com ou sem lactose)	1	100
Módulo de nutrientes (n=5)		
Módulo de carboidratos	2	40
Módulo de proteínas	1	20
Módulo de lipídeos	2	40
Via de administração (n=55)		
Oral	31	56,4
Sonda naso/orogástrica ou naso/oroenteral	19	34,5
Gastrostomia	5	9,1
Tipo de infusão em via alternativa de alimentação (n=24)		
Gravitacional	24	100
Bomba de infusão	0	-
Tempo de tratamento (n=53)		
Curto prazo (< 6 meses)	1	1,9
Longo prazo (> 6 meses)	50	94,3
Sem resposta	2	3,8

Tabela 3**Características dos usuários após 6 meses de inserção no PTNED do Hospital Materno Infantil de Brasília, Brasília – DF, 2019.**

	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Alteração na prescrição dietética		
Sim	20	37,7
Não	33	62,3
Alteração na via de acesso		
Sim	7	13,2
Não	46	86,8
Fórmula utilizada após alteração na prescrição dietética (n= 9)		
Fórmula polimérica	1	11,1
Fórmula extensamente hidrolisada (com ou sem lactose)	6	66,7
Fórmula à base de aminoácidos livres	2	22,2
Módulo de nutrientes utilizado após alteração na prescrição dietética (n=14)		
Módulo de carboidratos	4	28,6
Módulo de lipídeos	8	57,1
Módulo de fibras	2	14,3
Via de administração após alteração na prescrição de via de acesso		
Oral	7	13,2
Gastrostomia	1	1,9
Estado geral do paciente 6 meses após a inserção no programa		
Melhorou	16	30,2
Manteve	25	47,2
Piorou	7	13,2
Sem resposta	5	9,4
Reinternação no último trimestre		
Sim	14	26,4
Não	33	62,3
Sem resposta	6	11,3

O estado geral do usuário após seis meses se manteve em 47,2% (n=25) e melhorou em 30,2% (n=16). Quanto a reinternação no último trimestre, 62,3% (n=33) não reinternaram e 11,3% (n=6) estavam sem resposta (Tabela 3).

Quanto ao estado nutricional na inserção e após seis meses, observou-se mudança estatisticamente significativa ($p<0,001$) no parâmetro peso/idade, sendo que o muito baixo peso reduziu de 28,3% (n=15) para 17% (n=9) e o peso adequado aumentou de 52,8% (n=28) para 73,6% (n=39). O parâmetro comprimento ou estatura para idade,

apresentou mudança significativa ($p=0,006$) a estatura adequada aumentou de 56,6% (n=30) para 77,2% (n=27), a classificação muito baixa estatura para idade se manteve nos dois períodos 11,3% (n=6) e 11,4% (n=4), respectivamente. Os parâmetros peso para comprimento ou estatura e IMC para idade, não tiveram mudanças estatisticamente significativas e também alguns cadastros faltavam a avaliação antropométrica completa com o comprimento/estatura, o que impossibilitou uma avaliação completa de todos os parâmetros (Tabela 4).

Tabela 4**Diagnóstico nutricional na inserção e após seis meses de utilização do PTNED do Hospital Materno Infantil de Brasília, Brasília – DF, 2019.**

	Avaliação da admissão	Avaliação seis meses após a admissão	Valor de p
	n (%)	n (%)	
Peso/idade	(n=53)	(n=53)	
Muito baixo peso	15 (28,3)	9 (17)	0,001
Baixo peso	10 (18,9)	5 (9,4)	
Peso adequado	28 (52,8)	39 (73,6)	
Comprimento ou estatura/idade	(n=40)	(n=35)	
Muito baixa estatura	6 (11,3)	4 (11,4)	0,006
Baixa estatura	4 (7,5)	4 (11,4)	
Estatura adequada	30 (56,6)	27 (77,2)	
Peso/comprimento ou estatura	(n=34)	(n=29)	
Magreza acentuada	3 (5,7)	1 (3,4)	0,414
Magreza	3 (5,7)	2 (6,9)	
Eutrofia	25 (47,2)	23 (79,4)	
Risco de sobrepeso	3 (5,7)	2 (6,9)	
Sobrepeso	0	1 (3,4)	
Obesidade	0	0	
IMC ¹ /idade	(n=38)	(n=31)	
Magreza acentuada	8 (21)	2 (6,5)	0,409
Magreza	2 (5,3)	2 (6,5)	
Eutrofia	26 (68,4)	24 (77,4)	
Risco de sobrepeso	0	0	
Sobrepeso	2 (5,3)	2 (6,5)	
Obesidade	0	1 (3,1)	

¹Índice de Massa Corporal

Os custos e a dispensação das fórmulas do programa são de responsabilidade do Estado, o fornecimento das fórmulas ocorre por empresas contratadas e os valores dos insumos ficam disponíveis em Atas de Registro de Preço. Realizando uma análise comparativa dos valores nos períodos de inserção do programa e após seis meses, obser-

vou-se uma variação ou manutenção dos valores por grama, mililitro ou unidade do insumo. Quando comparado ao custos do varejo, apenas a fórmula hipercalórica se mostrou com valor inferior, todos os outros insumos apresentaram valores superiores de até 177% aos valores custeados pelo programa (Tabela 5).

Tabela 5**Custos envolvidos na Terapia Nutricional Enteral Domiciliar do Distrito Federal, no Hospital Materno Infantil de Brasília, Brasília – DF, 2019.**

Insumos	Custos PTNED por período (g, mL ou unidade)		Preço médio dos períodos	Custos varejo – Loja virtual (g,mL ou unidade)	Variação de preço SES para varejo R\$ (%)
	Inserção no programa	Após seis meses			
Fórmula polimérica	R\$ 0,0553	R\$ 0,0465	R\$ 0,0509	R\$ 0,1097	+ 0,0588 (115,5)
Fórmula hipercalórica	R\$ 0,2900	R\$ 0,2900	R\$ 0,2900	R\$ 0,2875	- 0,0025 (0,9)
Fórmula extensamente hidrolisada com lactose	R\$ 0,1025	R\$ 0,1012	R\$ 0,1018	R\$ 0,2249	+ 0,1231 (120,9)
Fórmula extensamente hidrolisada sem lactose	R\$ 0,1737	R\$ 0,1952	R\$ 0,1844	R\$ 0,3500	+ 0,1656 (89,8)
Fórmula à base de aminoácidos li- vres	R\$ 0,3855	R\$ 0,2375	R\$ 0,3115	R\$ 0,6000	+ 0,2885 (92,6)
Fórmula metabólica ¹	R\$ 3,0200	R\$ 2,8100	R\$ 2,9150	R\$ 5,6640	+ 2,7490 (94,3)
Fórmula metabólica ²	R\$ 3,4000	R\$ 3,4300	R\$ 3,4150	R\$ 5,6640	+ 2,2490 (65,8)
Módulo de carboidratos	R\$ 0,0338	R\$ 0,0338	R\$ 0,0338	R\$ 0,0410	0,0072 (21,3)
Módulo de proteínas	R\$ 0,1213	R\$ 0,1356	R\$ 0,1284	R\$ 0,2166	+ 0,0882 (68,6)
Módulo de lipídeos	R\$ 0,1128	R\$ 0,1128	R\$ 0,1128	R\$ 0,1399	+ 0,0271 (24)
Módulo de fibras	R\$ 0,0944	R\$ 0,1363	R\$ 0,1153	R\$ 0,1610	+ 0,0457 (39,6)
Frasco	R\$ 0,5130	R\$ 0,5700	R\$ 0,5415	R\$ 1,5000	+ 0,9585 (177)
Equipo	R\$ 0,8700	R\$ 0,8400	R\$ 0,8550	R\$ 2,0000	+ 1,1450 (133,9)

¹Fórmula metabólica isenta de leucina; ²Fórmula metabólica isenta de lisina e baixa em triptofano.

DISCUSSÃO

Um estudo realizado por Galvão et al⁵, que avaliou o estado nutricional de 600 pacientes de todas as faixas etárias em TNED no Distrito Federal, identificou que a desnutrição apresentou prevalência de 68,2% em crianças e que 25% destas recuperaram o estado nutricional durante o uso da TNED. Houve prevalência do sexo masculino entre crianças (51,2%), e em relação as doenças de base, foram mais prevalentes as doenças do trato gastrointestinal (66,5%) e a via de administração da TN mais utilizada foi a via oral (39%), semelhante ao encontrado no presente estudo. Os autores associaram que o índice de recuperação nutricional ficou abaixo do esperado nos grupos avaliados, índice este que podem estar associados a indisponibilidade dos produtos utilizados no

PTNED do Distrito Federal, seja por falta no estoque ou processo de troca de fornecedor.

Para o estabelecimento da terapia nutricional adequada, é necessária a avaliação do estado nutricional do paciente e para a avaliação antropométrica, o Ministério da Saúde estabelece por meio do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN, a avaliação do peso, comprimento e estatura de crianças e adolescentes, como parâmetros para diagnóstico nutricional¹⁰.

Zaban¹¹ realizou estudo relevante com 184 crianças e adolescentes, o primeiro estudo brasileiro referente a nutrição enteral domiciliar em crianças, que analisou o perfil dos pacientes submetidos a

TNED no Distrito Federal. Identificou-se que a principal via de administração foi a oral (70,7%), semelhante ao encontrado neste estudo (56,4%). Em relação aos critérios de inclusão, no presente estudo foi a via de acesso enteral e alergia a proteína do leite de vaca (43,4%), no estudo em análise, foram as desordens digestivas (54,9%), sendo que alergia a proteína do leite de vaca estava incluída em desordens digestivas, dados semelhantes ao encontrados neste estudo.

Outra investigação¹² realizada com 125 crianças hospitalizadas em uma enfermaria de infectologia pediátrica, com idade entre 6 e 35 meses de vida, para avaliar o estado nutricional encontrou que 21,6% realizaram TN, sendo que 81,5% estavam em TNO. O grupo de desnutridos apresentou melhora estatisticamente significativa do escore-Z de peso para estatura ($p=0,001$), o que pode estar relacionado ao maior tempo de internação. Comparando com o presente estudo, após seis meses de inserção no programa, houve melhora do parâmetro peso/idade, sendo que o muito baixo peso reduziu de 28,3% para 17%, melhora que pode ser associada com o término da fase aguda da doença, que cursa com o aumento da ingestão nutricional e diminuição de resposta inflamatória, fatores esses que contribuem para o anabolismo e recuperação do EN.

Simões et al¹³ em um estudo retrospectivo com 749 crianças e adolescentes de 0 a 18 anos, apresentou como alguns dos objetivos a avaliação do estado nutricional e tempo de internação em uma enfermaria de cirurgia pediátrica e evidenciou que os lactentes desnutridos apresentavam um tempo maior de internação e menores valores de escore-Z do IMC/idade, quando comparado a outras faixas etárias. E aqueles com programação de cirurgia cardíaca apresentavam valores de escore-Z de IMC/idade inferiores as outras programações cirúrgicas. A reinternação no último trimestre do estudo foi de 62,3%, o que pode estar associado a piores desfechos no escore-Z, na avaliação após 6 meses, pela necessidade de internação por doenças agudas, que aumentam a reposta inflamatória e favorecem o catabolismo corporal.

Sabe-se que é maior a prevalência de desnutrição em pacientes hospitalizados, o que aumenta o tempo de internação e custos em saúde no âmbito hospitalar. Esse fato corrobora com a TNED em que o paciente com quadro clínico estável pode ter a assistência em saúde, recuperar ou manter o estado nutricional no domicílio, reduzir

custos e aumentar a disponibilidade de leitos em hospitais⁵⁻⁷.

No presente estudo, as fórmulas que apresentaram maior custo médio por grama do produto para a saúde, no período analisado, foram as fórmulas metabólicas (R\$ 3,4150 e R\$ 2,9150), fórmula elementar (R\$ 0,3115) e fórmula hipercalórica (R\$ 0,2900). Um estudo que descreveu os custos diretos com a TNE em pacientes hospitalizados e avaliou o percentual dos custos em relação ao repasse do SUS, identificou que 79,6% do valor repassado pelo SUS para a terapia nutricional hospitalar foi relacionada a TN por sonda (fórmula, frasco e equipo) e 20,7% foi gasto com suplemento nutricional oral (SNO)¹⁵.

Quanto aos custos relacionados a fórmulas utilizadas via sonda, as semielementares apresentaram maior custo diário por paciente, seguida pelas especializadas e os custos com SNO foram maiores com suplementos hipercalóricos/hiperproteicos. As fórmulas se apresentam como os componentes de maior custo da TN, seguido por equipo, frasco e módulos que apresentam 43% do custo total. Observou-se maior diferença nos valores das fórmulas metabólicas, elementares e hipercalóricas em comparação as outras, por se tratarem de fórmulas especializadas que, na sua fabricação, necessitam muitos processos a fim de isolar, sintetizar ou enriquecer nutrientes nestas fórmulas, aumentando os custos de fabricação, diferentemente das fórmulas infantis padrões que são modificadas e fortificadas para adequar sua oferta nutricional conforme legislações vigentes.

A TN em pacientes com atendimento domiciliar pode ser 6,15 vezes mais econômica do que aqueles em âmbito hospitalar, levando em consideração os custos com pessoal, pagamento de benefícios aos pacientes, disponibilidade dos cuidadores e custos de hospitalização nas instituições¹⁵.

Quando realizada a comparação dos custos das fórmulas e kit de infusão financiados pela SES/DF no programa e os valores no varejo, observou-se grandes variações nos custos do varejo, com predominância de valores aumentados em relação ao preço de aquisição do produto pelo programa do DF. Essas variações para o varejo, podem estar relacionados ao momento econômico do país, a sazonalidade, matéria-prima da indústria produtora e mão-de-obra. A compra realizada pela SES/DF, faz com que os custos sejam menores, podendo estar relacionado a quantidade de produtos

adquiridos por meio de processo licitatório e pela concorrência no mercado de fornecedores para a saúde¹⁶.

Em 2017, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹⁷ o salário médio mensal dos trabalhadores formais do DF eram 5,4 salários-mínimos (R\$ 5.059,80), sendo que apenas 44,7% da população possuía trabalho formal e que 30,9% da população tinha um rendimento nominal mensal per capita de até ½ salário-mínimo (R\$ 468,50). Utilizando essa parcela da população como exemplo de um núcleo familiar usuário do Sistema Único de Saúde e que poderia ter que arcar com os gastos de terapia nutricional, imagina-se que o valor seria insuficiente para o custeio da fórmula e kit de infusão, pois os gastos apenas dos frascos (3 unidades/dia) e equipo (1 unidade/dia), seriam de R\$ 135,00 e R\$ 60,00 (segundo preços do varejo), respectivamente, o que comprometeria 41,6% da renda *per capita* familiar, o que poderia levar a impossibilidade da TNE, nutrição inadequada, comprometimento do estado nutricional, hospitalização, sobrecarga da saúde de alta complexidade e outras doenças secundárias¹⁸⁻¹⁹.

Apesar de não ser o objeto deste estudo, outro fator a ser considerado nos custos envolvidos, de forma indireta seria o acompanhamento periódico em serviços de saúde, transporte, alimentação, medicamentos, exames complementares que aumentam os gastos familiares²⁰.

Sabe-se que um dos problemas do SUS esta relacionado a gestão dos recursos financeiros. Programas financiados e que propiciam resultados positivos na gestão e avaliação devem ser ampliados e divulgados no âmbito nacional. O gasto *per capita* das três esferas do governo com o SUS, teve aumento de 89,2% entre os anos 2000 e 2010, passando de R\$ 381,6 para R\$ 722,0, respectivamente²¹.

A terapia nutricional adequada contribui para a redução do tempo de permanência hospitalar, e para cada dólar investido na terapia, poderiam ser poupados US\$ 4 gastos com cada paciente, com reinternações e permanência hospitalar. Os custos com a TN podem ser vistos como um investimento a curto e longo prazo do que propriamente um gasto¹⁴.

Na ausência de ações como o PTNED ou havendo diagnósticos e necessidades não previstas, os usu-

ários dos serviços de saúde recorrem a judicialização da saúde para o acesso a medicamentos, internações ou procedimentos. A judicialização provoca instabilidade entre os recursos alocados e os planejamentos já realizados. No DF, entre os anos de 2013 e 2017, foram empenhados 7 processos da área de alimentação e nutrição, levando ao uso de recursos no valor de R\$ 124.040,00, correspondendo a 0,10% dos gastos de ações no período²².

Métodos deficientes de avaliação e gestão levam ao não aproveitamento dos recursos alocados em saúde de forma eficaz²³.

O financiamento do PTNED pela SES/DF traz benefícios para as famílias e/ou cuidadores dos usuários corroborando para um menor comprometimento da renda familiar com a TNE. É fato que muitas doenças da população pediátrica demandam inúmeros cuidados o que muitas vezes impossibilita os familiares de participar do mercado de trabalho formal, com conseqüente redução da contribuição financeira no domicílio.

O PTNED é uma ação que promove a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e seus princípios que são: quantidade, qualidade, diversidade, acesso aos alimentos, de modo permanente, conforme o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA). Assegurando também, o significado social e cultural que tem a alimentação, e também sua contribuição para a qualidade de vida e bem-estar físico, psicológico e social, em situações que o indivíduo necessita de atenção especial, essas necessidades não podem ser ignoradas e podem ser garantidas com a adoção dos princípios da SAN².

Constitui um dever do poder público respeitar, proteger, gerar, fornecer, informar, monitorar, fiscalizar e avaliar a realização do DHAA, garantindo os mecanismos para sua exigibilidade⁴.

CONCLUSÕES

O objetivo desse estudo foi caracterizar o estado clínico nutricional das crianças e adolescentes e os custos envolvidos. O PTNED se mostrou com uma ação em saúde com resultados positivos na manutenção ou recuperação do estado nutricional dos usuários, assegurando o DHAA. A responsabilidade financeira, o fornecimento de fórmulas e o kit de infusão da terapia contribuíram positivamente e auxiliaram as famílias,

visto que os custos da compra no varejo foram superiores aqueles financiados pelo Estado para o fornecimento dos itens da TN. Caso fossem de responsabilidade da família e/ou cuidadores, poderiam facilmente comprometer a renda familiar, com conseqüente impacto em outras necessidades.

No Brasil, o Distrito Federal possui programa peculiar, consolidado, com resultados positivos o que reforça a necessidade de estudos, inclusive de abrangência nacional, que possam reduzir possíveis gastos com internações hospitalares e contribuir com o adequado estado nutricional.

REFERÊNCIAS

1. Jaime PC, Delmuè DCC, Campello T, Silva DO, Santos LMP. Um olhar sobre a agenda de alimentação e nutrição nos trinta anos do Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2018;23(6):1829-1836. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05392018>
2. Uzuelli FHP, Costa ACD, Guedes B, Sabiá CF, Batista SRR. Reforma da atenção hospitalar para modelo de saúde baseada em valor e especialidades multifocais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2019;24(6):2147-2154. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08612019>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Domiciliar – volume 1. Brasília, 2012. http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_voll.pdf
4. Mazur CE, Schmidt ST, Rigon AS, Schieferdecker MEM. Terapia Nutricional Enteral Domiciliar: interface entre direito humano à alimentação adequada e segurança alimentar e nutricional. *Demetra*. 2014;9(3):757-769. <https://doi.org/10.12957/demetra.2014.10345>
5. Galvão NRL, Moreira SPL, Fortes RC, Zaban ALRS. Eficácia da terapia de nutrição enteral domiciliar na rede pública do Distrito Federal – DF. *Rev Bras Nutr Clin*. 2012;27(1):29-35. <http://www.braspen.com.br/home/wp-content/uploads/2016/12/05-Efic%C3%A1cia-da-Terapia-de-Nutri%C3%A7%C3%A3o-Enteral-Domiciliar.pdf>
6. Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria nº 156, de 03 de novembro de 2004. http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/45958/ses_prt_156_2004_ret.html
7. Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria nº 478, de 06 de setembro de 2017. http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/9a5d81e57a5b4c4b876262f08dfe5fed/ses_prt_478_2017.html
8. Bertapelli F, Agiovlasis S, Machado MR, Roso RV, Guerra-Junior G. Growth charts for Brazilian children with Down syndrome: Birth to 20 years of age. *Journal of Epidemiology*. 2017;27:265-273. <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.je.2016.06.009>

9. Life Expectancy Project. Charts for height, weight, and BMI for boys and girls with cerebral palsy, stratified by GMFCS, with level 5 additionally divided into those requiring a feeding tube (TF) and those not (NT). <http://www.lifeexpectancy.org/articles/NewGrowthCharts/All.pdf>
10. Brasil. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde. Ministério da Saúde. 2011. https://edisciplinas.usp.br/plugin-file.php/5600208/mod_resource/content/1/SISVAN_orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos%202011.pdf
11. Zaban ALRS. Nutrição enteral domiciliar: um novo modelo de gestão econômica do sistema único de saúde. Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, 2009. Dissertação de Mestrado em Nutrição Humana. <https://repositorio.unb.br/handle/10482/3941>
12. Oliveira AF, Oliveira FLC, Juliano Y, Ancona-Lopez F. Evolução nutricional de crianças hospitalizadas e sob acompanhamento nutricional. Rev Nutr. 2005;18(3):341-48. <https://doi.org/10.1590/S1415-52732005000300006>
13. Simões APB, Palchetti CZ, Patin RV, Mauri JF, Oliveira FLC. Estado nutricional de crianças e adolescentes hospitalizados em enfermaria de cirurgia pediátrica. Rev Paul Pediatr. 2010;28(1):41-7. <https://doi.org/10.1590/S0103-05822010000100008>
14. Duarte AX, Lúcia RPA, Japur CC. Avaliação dos custos diretos com terapia nutricional enteral em um hospital público. BRASPEN J. 2018;33(2):206-210. <http://arquivos.braspen.org/journal/abr-mai-jun-2018/16-AO-Avaliacao-dos-custos.pdf>
15. Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral. Terapia nutricional domiciliar. Rev Assoc Med Bras. 2012;58(4):408-411. <https://www.scielo.br/j/ramb/a/4Pb3S9NjmLktqNKHLYqDYhN/?lang=pt&format=pdfV>
16. Brasil. Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18666compilado.htm
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasília. 2017. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/df/brasil/panorama> .
18. Brasil VP, Costa JSD. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina – estudo ecológico de 2001 a 2011. Epidemiol. Serv. Saúde. 2016;25(1):75-84. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742016000100008>
19. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm
20. Pinto M, Madureira A, Barros LBP, Nascimento M, Costa ACC, Oliveira NV. et al. Cuidado complexo, custo elevado e perda de renda: o que não é raro para as famílias de crianças e adolescentes com condições de saúde raras. Cad. Saúde Pública. 2019;35(9):01-13. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00180218>
21. Piola SF, França JRM, Nunes A. The effects of Constitutional Amendment 29 on the regional allocation of public funds for the National Health Service in Brazil. Ciência & Saúde Coletiva. 2016;21(2):411-421. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.10402015>
22. Chagas CP, Santos FP. Efeitos do gasto com a judicialização da saúde no orçamento da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal entre 2013 e 2017. Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit. 2018;7(2):147-172 . <https://doi.org/10.17566/ciads.v7i2.496>
23. Vieira FS. Reflections on the role of health economics units regarding national health care systems. Saúde Soc. São Paulo. 2016;25(2):306-319. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016154831>

Serviço de apoio à saúde mental para estudantes da área da saúde: relato de experiência

Mental Health Support Service for Health Students: A Report of Experience

Estela Ribeiro Versiani¹
 Ana Socorro de Moura²
 Ana Laura de Queiróz Pereira³
 Catharina Marques de Faria³
 Isabela Lemos Ferrer³
 Melorie Kern Capovilla Sarubo Baptistella³

¹Psicóloga, Docente do Curso de Graduação em Medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), Brasília, Distrito Federal

²Enfermeira, Docente da Escola Técnica de Saúde de Brasília (ETESB), Brasília, Distrito Federal

³Acadêmica de Medicina, Curso de Graduação em Medicina, Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), Brasília, Distrito Federal

Correspondência: Estela Ribeiro Versiani, SMHN Conjunto A Bloco 01 Edifício Fepecs – Asa Norte, Brasília – DF, 70710-97. E-mail: estela.versiani@gmail.com

Recebido: 22/03/21

Aceito: 25/06/21

RESUMO

Objetivo: Relatar os eventos que levaram à consolidação de um serviço de saúde mental em uma Instituição de Ensino Superior (IES).

Método: Trata-se de um relato de experiência no qual foi feito um resgate histórico a partir de atas das reuniões do Centro Acadêmico de Medicina, do Relatório Final produzido pelo Grupo de Trabalho responsável pela reestruturação deste serviço e de outros documentos desta IES. Este processo ocorreu como resultado da mobilização ativa de estudantes, por meio da Frente de Saúde Mental, junto a docentes que viriam a compor este serviço e à Direção desta IES.

Resultados: O serviço foi reativado em 2019 e segue aberto com contribuições das coordenações e dos Centros Acadêmicos, mesmo durante a suspensão das aulas pela pandemia da Sars-CoV-2. Entre julho de 2019 e outubro de 2020, 112 estudantes foram acolhidos, dentre eles acadêmicos de medicina e enfermagem, e residentes médicos e multiprofissionais. Contudo, ainda há desconhecimento, por parte dos discentes, do contínuo funcionamento desse serviço.

Conclusão: A experiência relatada mostra um corpo estudantil e administrativo que reconheceu a importância de um núcleo de apoio permanente oferecido pela instituição e, em conjunto, desenvolveu o projeto deste serviço, de forma a procurar atender as necessidades e demandas de saúde mental do corpo estudantil. A fim de se consolidar na promoção da saúde mental é importante que este serviço incremente sua equipe com outros profissionais e utilize novas ferramentas para auxiliar os estudantes no cuidado de sua saúde mental.

Palavras-chave: Serviços de saúde para estudantes; Serviços de saúde mental escolar; Saúde mental; Estudantes de ciências da saúde.

ABSTRACT

Objective: To describe the events that led to the consolidation of a mental health service in a Higher Education Institution (HEI).

Method: This is an experience report in which a historical rescue was made from the minutes of the meetings of the Academic Center of Medicine, the Final Report produced by the Working Group responsible for restructuring of this service and other documents of this HEI. This process occurred because of the active mobilization of students, through the Mental Health Front, together with professors who would come to compose this service and the Direction of this HEI.

Results: The service was reactivated in 2019 and remains open with contributions from the coordination and the Academic Centers of this HEI, even during the suspension of classes due to the Sars-CoV-2 pandemic. Between July 2019 and October 2020, 112 students were welcomed by the services, including medical and nursing students, and medical and multiprofessional residents. However, there is still a lack of knowledge on the part of students about the continuous operation of this service.

Conclusion: The experience reported shows a student and administrative body that recognized the importance of a permanent support center offered by the institution and, together, developed the project for this service, to seek to meet the mental health needs and demands of the student body. To consolidate itself in the promotion of mental health, it is important that this service increases its staff with other professionals and uses new tools to assist students in their mental health care.

Keywords: Student Health Services; School Mental Health Services; Mental Health; Health Students.

INTRODUÇÃO

O adoecimento mental possui alta prevalência globalmente. A depressão é o principal problema de saúde e causa de incapacidade no mundo, atingindo 300 milhões de pessoas atualmente e apresentando um aumento de prevalência de 18% entre 2005 e 2015¹. No âmbito universitário, essa situação não é diferente. Pesquisas mostram que de 15 a 25% dos universitários referem algum tipo de transtorno mental durante a graduação, e quando a depressão é rastreada por meio de perguntas sobre sua sintomatologia, há um aumento para 30 a 50% do número de queixas¹.

A entrada na universidade representa uma mudança relevante no estilo de vida dos estudantes, propiciando um novo meio social, assim como novas exigências e responsabilidades. A saúde e o bem-estar dos graduandos estão intimamente relacionados com a adaptação a esse novo estilo de vida, o que pode ser um fator estressante e impactar diretamente na saúde dos estudantes, possivelmente desencadeando sintomas ansiosos e depressivos, que podem também representar um elemento predisponente ao autoextermínio. Além disso, deve-se considerar o imediatismo,

o individualismo e a pressa, muito presentes no contexto universitário, como fatores de risco para doenças psíquicas².

Problemas de saúde mental estão associados a diminuição da produtividade acadêmica do estudante, a maior dificuldade de relacionamento interpessoal e ao sofrimento mental. Os prejuízos no âmbito acadêmico podem gerar importantes consequências na qualidade de vida e na atuação desses futuros profissionais de saúde, levando-os a quadros clínicos de depressão, ansiedade, distúrbios do sono e síndrome de *burnout*, entre outras enfermidades³.

Ademais, é importante destacar que um profissional da saúde efetivamente consegue cuidar de seus pacientes quando primeiro é capaz de cuidar de si. Saber reconhecer que está sofrendo com responsabilidades e encargos é primordial para sua qualidade de vida. Nesse mesmo sentido, é essencial que as Instituições de Ensino Superior (IES) reconheçam que fazem parte do processo saúde-doença de seus estudantes e atuem ativamente com medidas de prevenção e controle do sofrimento mental que atinge sua comunidade, sendo capaz de cuidar, respeitar, escutar e ajudar o estudante a elaborar estratégias para lidar com a pressão no cotidiano acadêmico e profissional, fornecendo suporte psicológico e pedagógico⁴.

Nesse cenário, a Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) é uma instituição de ensino superior pública, fundada em 2001, na qual são ofertados cursos de graduação em medicina e enfermagem, além de programas de residência médica e multiprofissional. Essa IES, desde sua criação, adota Metodologias Ativas de Aprendizagem como forma de tornar o estudante responsável pelo seu aprendizado, proativo quanto às demandas e ágil na resolução de problemas, requisitos necessários para uma boa prática profissional⁵.

A Aprendizagem Baseada em Problemas e a Metodologia da Problematização, metodologias adotadas pela ESCS, promovem habilidades importantes nos discentes, como cooperação, autoconfiança, persistência e capacidade de manejo do estresse. Contudo, alguns aspectos interferem nesse processo de aperfeiçoamento pessoal e acadêmico, de forma inerente ao método, como a incerteza sobre o que é esperado dos discentes pelo corpo docente, medo de não conseguir dominar todo o conteúdo, pouco tempo para outras atividades curriculares e extracurriculares,

sensação de isolamento e de falta de apoio de colegas, entre outros⁶.

Além disso, visto que o método adotado pela instituição requer apresentações orais, debate em grupo, posição de liderança e tomada de decisão, os estudantes mais tímidos costumam sentir dificuldade de adaptação, sendo que alguns deles não conseguem superar essa dificuldade durante a graduação. Assim sendo, por mais que as metodologias ativas possibilitem ao estudante crescimento pessoal e desenvolvimento de resiliência, elas não estão isentas de contribuir para o adoecimento mental e podem aumentar o sofrimento mental de estudantes que não conseguem se adaptar a esse modelo de ensino⁶.

Dessa forma, preocupados com os efeitos negativos sobre o bem-estar que a vivência da graduação pode acarretar, um grupo de estudantes e docentes da ESCS empenhou seu esforço na viabilização de propostas no sentido de promover a saúde mental e a qualidade de vida, durante a trajetória da graduação em medicina.

Nesse cenário, percebendo a relevância dessa temática sobre saúde mental nas IES, principalmente de medicina, este trabalho tem por finalidade relatar o histórico do Serviço de Apoio ao Discente (SAD) da ESCS.

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência, de estudantes e professores, acerca dos eventos que levaram à consolidação de um serviço de saúde mental em uma IES pública no Distrito Federal (DF), mostrando um significativo envolvimento estudantil nesse processo através da escuta de ideias, experiências e opiniões dos discentes; reconhecimento dos estudantes como parceiros do processo; desenvolvimento das habilidades estudantis para contribuir com planejamento e participação estratégica; trabalho conjunto entre discentes e docentes para estruturar e divulgar o SAD; e discussões constantes entre estudantes e professores acerca dos pontos positivos e desafios de todo o transcurso⁷.

A pesquisa foi fundamentada em documentos do Centro Acadêmico de Medicina da ESCS (CAMESCS), como as atas das reuniões usadas para a criação da Frente de Saúde Mental e, posteriormente, da criação da Comissão Permanente de Saúde Mental, e o Estatuto do

CAMESCS, oficializando a criação da Comissão. Além disso, consultou-se o Relatório Final produzido pelo Grupo de Trabalho, designado pela Ordem de Serviço/FEPECS nº 70, de 01/12/2017, responsável pela discussão da reestruturação da Comissão de Orientação ao Discente e outros documentos da ESCS.

Por se tratar de relato sobre a experiência de construção de um serviço, realizado a partir da análise de documentos disponíveis ao público, não foi necessária a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Caracterização histórica

O caminho trilhado na pesquisa para esse relato encadeou uma sequência lógica e harmonizada, envolvendo documentos, fatos e eventos. Seguem os momentos organizados desse processo:

1. Serviço de Apoio ao Estudante (SAE)

Em 2014, foi regulamentada a construção do Serviço de Apoio ao Estudante, que objetivava “atuar ao corpo discente dos cursos de graduação da ESCS, no acolhimento, atendimento, apoio social, assistência psicoterápica e orientações psicopedagógicas”. Ele seria composto, a princípio, por assistente social, psicólogo e psicopedagogo. Os estudantes acolhidos seriam encaminhados pelos docentes junto aos coordenadores de série de acordo com a necessidade de cada estudante⁸.

O SAE enfrentou várias dificuldades na composição de sua equipe, e funcionou, durante alguns anos, com uma assistente social e uma psicóloga. Com a aposentadoria dessas duas profissionais, a partir de 2017 o serviço foi desativado, e as demandas mais emergenciais dos estudantes passaram a ser direcionadas à Gerência de Desenvolvimento Docente e Discente (GDDD).

2. Frente de Saúde Mental da ESCS

Consciente dos efeitos negativos sobre o bem-estar que a vivência da graduação pode acarretar, iniciou-se em 2018, a partir do Centro Acadêmico (CA) do curso de Medicina, um processo em busca de ferramentas capazes de promover a melhoria da qualidade de vida dos estudantes e, assim, prevenir o aumento da incidência e prevalência de sofrimento mental entre estudantes da ESCS. Um grupo de estudantes de medicina, alguns dos quais faziam parte da gestão do CA, preocupado

com a saúde mental de seus colegas, criou uma organização denominada “Frente de Saúde Mental” (FSM), a fim de promover debates e eventos sobre a temática⁹. A Frente, a princípio, era uma organização independente, apenas apoiada pelo CA, mas que em 2019 se tornou um departamento desta instituição estudantil, sob forma de Comissão Permanente do Centro Acadêmico (Comissão de Saúde Mental)¹⁰.

Entre os anos de 2018 e 2019, os integrantes da FSM promoveram diversas atividades na IES: a exposição “O olhar que acolhe”, em que foram exibidos relatos e registros fotográficos de pacientes das Unidades de Terapia Intensiva (UTI) sob um olhar mais humano; o “CinemESCS”, em que foi exposto o filme “Divertidamente” e, logo após, houve uma discussão sobre o papel das emoções em nossas vidas e na construção de nossa personalidade; o “I Curso de Escuta Ativa”, em que os estudantes puderam entrar em contato com as ideias do Centro de Valorização à Vida (CVV); a aula experimental de AcroYoga, a fim de ensinar um mecanismo de escape para o estresse, entre outras. Um dos principais eventos organizados, em que houve grande participação estudantil e que acarretou mudanças significativas para a Escola foi o “Mês de Saúde Mental”.

3. Evento “Mês de Saúde Mental” na ESCS

O evento “Mês de Saúde Mental”, organizado pelos estudantes da FSM, teve como objetivo identificar os mecanismos estressores passíveis de modificações dentro do ambiente acadêmico e procurar formas de aumentar a promoção da saúde mental entre os estudantes de medicina da Escola. Para sua realização, os discentes contaram com apoio do grupo gestor da IES, para sua organização. O evento ocorreu de 13 de junho a 06 de julho de 2018, e foi composto por mesa redonda, oficinas, atividades de *coaching* e palestras dialogadas sobre saúde mental e seus estigmas.

A mesa-redonda contou com um docente egresso do curso de medicina da ESCS, que atuou como moderador, e discentes representativos de cada série e coletivos (grupos estudantis que buscam solucionar inequidades sociais) da Escola, a fim de discutir os principais fatores desencadeantes dos problemas de saúde mental entre os estudantes. As oficinas deram continuidade às discussões sobre essa temática. Além disso, práticas de automassagem, *yoga*, meditação e *Tai Chi Chuan* ocorreram em dias e horários diversos,

para garantir maior adesão estudantil, no intuito de ensinar aos estudantes estratégias para lidar com sentimentos negativos e com o estresse.

Com base no que foi discutido e refletido pelos estudantes ao longo desse evento, foi possível a elaboração de uma carta à direção da ESCS, na qual foram descritos os principais fatores estressores e mecanismos de escape dos estudantes para cuidar da saúde mental, além de propostas sugeridas visando à melhoria da sua qualidade de vida. Uma das propostas apresentadas nesta Carta foi a reativação do SAE.

4. Serviço de Apoio ao Discente na ESCS

Ainda em 2018, um Grupo de Trabalho constituído por representantes de docentes e servidores da ESCS e criado com o intuito de discutir a reestruturação do Serviço de Apoio ao Estudante, produziu relatório que, fortalecido pela Carta da Frente de Saúde Mental, subsidiou, no ano seguinte, a reativação do serviço, batizado com novo nome: Serviço de Apoio ao Discente (SAD).

Nesse relatório, reforçou-se a importância da reestruturação de um serviço de apoio ao estudante da ESCS, a fim de contribuir de forma direta para a promoção de sua saúde mental e qualidade de vida.

A reconstrução do serviço, numa atitude concreta de comprometimento da gestão da Escola com o cuidado do graduando, foi concretizada em 2019 e envolveu a mobilização de psicólogos e psiquiatras docentes da instituição interessados em organizar e/ou fazer parte do SAD. Esse serviço integra a estrutura organizacional da ESCS e constitui órgão de assessoramento da Diretoria Geral¹¹.

Nesse período de reestruturação, reuniões regulares entre as coordenações dos cursos de medicina e enfermagem, docentes responsáveis pelo SAD e discentes dos centros acadêmicos de ambos os cursos permitiram o compartilhamento de ideias, demandas e *feedback* sobre o serviço, de modo a dar visibilidade às questões que envolvem a saúde mental junto com a articulação de iniciativas de prevenção e escuta ativa.

RESULTADOS

A partir da criação do SAD, a direção da ESCS, com o apoio da Comissão de Saúde Mental,

vem procurando desenvolver e ampliar esse serviço, que tem proposta de atuação multiprofissional e interdisciplinar. O objetivo geral do SAD é oferecer apoio psicopedagógico e psicossocial ao corpo discente da ESCS, contribuindo para seu desenvolvimento pessoal, acadêmico, emocional e profissional. Suas ações incluem acolhimento e escuta qualificada dos estudantes, que podem procurar o serviço espontaneamente ou serem encaminhados por docentes; avaliação inicial e intervenções breves individuais ou em grupo. Quando é identificada a necessidade de tratamento de longo prazo, após realizados os procedimentos mencionados, o discente é orientado e encaminhado a procurar serviços de saúde especializados disponíveis, seja na rede pública ou na saúde suplementar.

Desde o início da reestruturação do serviço, em julho de 2019, até o início de 2020 foi realizado o acolhimento de 65 estudantes, assim distribuídos: 37 estudantes de graduação em medicina, 4 estudantes de graduação em enfermagem, 14 residentes médicos e 10 residentes multiprofissionais. Desses, alguns ainda estão sendo acompanhados pelo SAD, enquanto outros foram encaminhados para serviços externos e outros receberam alta.

Ações como a promoção de palestras e oficinas para a comunidade discente e docente não puderam ainda ser efetivadas, devido à limitação atual da equipe que compõe o SAD. Importante ressaltar que os atendimentos continuam ocorrendo em 2020, mesmo com a suspensão das aulas presenciais após início da pandemia causada pelo vírus Sars-Cov-2, por meio de vídeo-chamadas. Entretanto, durante esse período, houve uma diminuição da quantidade de novos atendimentos. Foram realizados 47 novos acolhimentos, sendo 20 estudantes de graduação em medicina, 21 estudantes de graduação em enfermagem, 3 residentes médicos e 3 residentes multiprofissionais. Além disso, foram atendidos três familiares de estudantes de graduação em medicina, para orientação sobre demandas específicas desses estudantes.

Acredita-se que esse declínio se deu pelo desconhecimento, por parte dos discentes, do contínuo funcionamento desse serviço. Uma prática nova adotada nesse momento foi o encaminhamento para o SAD, pela coordenação de curso, dos estudantes que solicitaram trancamento de matrícula durante a pandemia,

com o intuito de avaliar se havia alguma questão de saúde mental envolvida nessa decisão. Dos estudantes que procuraram espontaneamente o serviço nesse período, houve relatos de problemas de saúde mental desencadeados ou agravados pelas medidas de distanciamento social, além de queixas relacionadas à dificuldade de se adaptar ao ensino remoto, modalidade educativa adotada pela IES durante o período de suspensão das aulas presenciais.

DISCUSSÃO

A implementação de um serviço ou centro de apoio à saúde mental dos estudantes de medicina em outros lugares do mundo pode ser usada como modelo para o SAD. Na universidade de Pittsburgh, nos Estados Unidos da América, estudantes do primeiro ano da faculdade de medicina são introduzidos aos serviços de saúde mental durante o período de orientação, e docentes são instruídos sobre o serviço anualmente. Os estudantes acolhidos precisam retornar ao serviço em 5 dias, e são fornecidos horários vespertinos, aos fins de semana e por vídeo-chamada para tal, além da comunicação via e-mail para monitoração do progresso¹².

Na Austrália, um estudo mostrou que o acesso a profissionais, tais como clínicos gerais, psicólogos e psiquiatras, foi o serviço mais útil e utilizado pelos estudantes que apresentaram dificuldades na área de saúde mental¹³.

No Brasil, um estudo realizado em uma universidade em São Paulo avaliou o serviço Centro de Apoio ao Docente e Discente, e foi constatada a eficácia do serviço tanto pelos discentes como pelos docentes. Os estudantes relataram progresso em seus objetivos escolares após intervenção do serviço, sentindo-se mais confiantes e preparados. Além disso, a detecção dos graduandos com dificuldade de aprendizagem e seu auxílio para melhora foi benéfico também aos professores, pois estes não se sentiram os únicos responsáveis pelas dificuldades apresentadas. Assim, tanto docentes como discentes se sentiram apoiados, amenizando os conflitos¹⁴.

A interação dialógica entre o corpo docente, discente e gestores permitiu o desenvolvimento da cidadania dos discentes, assim como uma política de capacitação docente, facilitando que seus gestores ofereçam uma educação superior de qualidade, pois o equilíbrio afetivo e emocional

dos docentes e discentes pode ser plenamente afetado caso não haja um suporte que favoreça ações psicopedagógicas. Como resultado, após a implementação do serviço na universidade, obteve-se melhora na avaliação do Ministério da Educação (MEC)¹⁴. Nesse sentido, seria favorável uma avaliação futura da eficácia do serviço abordado no presente estudo, para possível intervenção da gestão e benefícios à instituição de ensino.

Além de atendimentos individuais, outra IES pública brasileira, a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo (USP) vem desenvolvendo atividades coletivas a fim de apoiar os estudantes em sua trajetória acadêmica. Uma dessas atividades é o Programa de Tutoria (Mentoring), como suporte e recepção para os novos ingressantes. Nessa prática, professores, veteranos ou egressos do curso recebem capacitação inicial do centro de apoio ao estudante e, ao longo da graduação dos mentorandos, são responsáveis por fornecer orientações mais diretas a eles e, desse modo, auxiliá-los não só na obtenção de conhecimentos teóricos, mas também em habilidades comportamentais e atitudinais e em suas perspectivas profissionais¹⁵. Além do Mentoring, a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto tem desenvolvido outras atividades para auxiliar os discentes ao longo da graduação. É o caso das Oficinas de Orientação Psicopedagógica, que abordam temas de interesse dos estudantes, tais como “Organização nos estudos” e “Como falar em público”. Há, também, os Grupos de Reflexão, que permitem aos estudantes compartilharem suas angústias, medos e incertezas sobre determinados temas, com o suporte dos profissionais do centro de apoio ao discente¹⁵.

Entretanto, as barreiras estudantis encontradas para o uso dos serviços de saúde mental ainda são muitas: falta de tempo disponível, falta de dinheiro para pagar consultas particulares com psiquiatras e psicólogos, preocupações com o impacto na sua carreira, sentimento de que seus problemas não são importantes, falta de conhecimento sobre serviços disponíveis ou sobre como acessá-los, preocupação sobre confidencialidade do serviço, que seus colegas descubram e o julguem negativamente ou que fique registrado em seu histórico escolar, entre outros¹³. Além disso, o estigma e discriminação relacionados a doenças mentais podem trazer consequências mais graves do que os próprios transtornos mentais¹⁶.

Uma prática que se mostrou eficaz em aumentar a

intenção de uso de serviços de saúde mental pelos estudantes é fornecer informações sobre grupo de sintomas na forma de *feedback* do risco de cada estudante, representado por um gráfico com a gravidade dos sintomas apresentados por este¹⁷.

CONCLUSÃO

Saúde mental é um assunto a ser priorizado dentro do ambiente acadêmico, no sentido de incentivar tanto a prevenção de distúrbios, como o tratamento daqueles que se encontram adoecidos. O apoio psicossocial aos discentes contribui para sua autoestima e confiança, assim como para desenvolver inteligência emocional e estimular o crescimento na carreira de maneira saudável. A capacitação de docentes quanto ao tema os ajuda a reconhecer os discentes em sofrimento, a quebrar o estigma que há sobre sofrimento mental e a orientar sobre como conseguir ajuda profissional.

A experiência relatada fortalece que o cuidado com a saúde mental ainda é um assunto que

necessita ser trabalhado com estudantes, professores e administradores das IES. Também mostra um corpo estudantil e administrativo que reconheceu a importância de um núcleo de apoio permanente oferecido pela instituição e, em conjunto, desenvolveu o projeto do SAD, de forma a procurar atender as necessidades e demandas de saúde mental do corpo estudantil.

A fim de se consolidar enquanto serviço efetivo na promoção e prevenção da saúde mental do estudante, ampliando seu escopo de ação, é importante que o SAD tenha sua equipe, atualmente composta por psicólogos e psiquiatra, incrementada com outros profissionais, como pedagogos e assistentes sociais, e utilize novas ferramentas para auxiliar e envolver os estudantes no cuidado de sua saúde mental. Apesar disso, este serviço mostra-se como um exemplo para outras IES que desejam estruturar seus núcleos de apoio.

REFERÊNCIAS

1. Flesch BD, Houvèssou GM, Munhoz TN, Fassa AG. Episódio depressivo maior entre universitários do sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 2020; 54:11. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001540>
2. Fernandes M, Silva JS, Sousa CDCM, Sá AG, Monteiro EAS, Oliveira AL, et al. Prevención del suicidio: concepción de estudiantes universitarios. *Enfermería Universitaria*. 2019; 16(4):414-423. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.4.622>
3. Cazolari PG, Cavalcante MDS, Demarzo MMP, Cohrs FM, Sanudo A, Schweitzer MC. Burnout and Well-Being Levels of Medical Students: a Cross-Sectional Study. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2020;44(4). <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.4-20190138.ing>
4. Grether EO, Becker MC, Menezes HM, Nunes CRO. Prevalência de Transtornos Mentais Comuns entre Estudantes de Medicina da Universidade Regional de Blumenau (SC). *Revista Brasileira de Educação Médica* [online]. 2019;43(1Supl.1):276-285. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20180260>
5. Paixão AHDS. A influência de metodologias ativas de aprendizagem na qualidade de vida de universitários: aspectos sociais, emocionais e físicos

- [Monografia]. Universidade Federal de Sergipe; 2018. <https://ri.ufs.br/jspui/handle/riufs/8384>.
6. SILVA CECD, Nascimento AOD, Nascimento IJBD, Couto MHSFHD, Souza Filho LECD, Cunha KDC. Saúde Mental de Alunos de Medicina Submetidos à Aprendizagem Baseada em Problemas: Revisão Sistemática da Literatura. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2020; 44(4). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-5271v44.4-20200052>
 7. Fletcher A. *Meaningful Student Involvement Guide to Students as Partners in School Change*. 2nd ed. Olympia, WA, USA; 2005. <https://soundoutorg.files.wordpress.com/2020/08/d45dc-msiguide.pdf>
 8. Colegiado de Ensino, Pesquisa e Extensão/CEPE da Escola Superior de Ciências da Saúde/ESCS. Resolução nº 18, de 17 de dezembro de 2014. Regularizar o Serviço de Apoio ao Estudante/SAE para os Cursos de Graduação da Escola Superior de Ciências da Saúde/ESCS [resolução na internet]. [Acesso em 22 set 2020]. Disponível em: <http://www.escs.edu.br/arquivos/resolucoes/2014/18ServicoApoioEstudante.PDF>
 9. Centro Acadêmico de Medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde [homepage na internet]. Reunião Ordinária do Centro Acadêmico do Dia 09/02/2018 [Acesso em 22 set 2020]. <https://www.atocadacoruja.com/atas-2018>
 10. Centro Acadêmico de Medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde [homepage na internet]. Estatuto do Centro Acadêmico de Medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde (CAMESCS) [Acesso em 22 set 2020]. <https://www.atocadacoruja.com/documentos-e-atas>
 11. Escola Superior de Ciências da Saúde. Projeto de Reestruturação do Serviço de Apoio ao Discente [Manuscrito]. Brasília: Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS); 2019.
 12. Karp JF, Levine AS. Mental Health Services for Medical Students — Time to Act. *New England Journal of Medicine*. 2018;379(13):1196-1198. DOI: 10.1056/NEJMp1803970
 13. Ryan G, Marley I, Still M, Lyons Z, Hood S. Use of mental-health services by Australian medical students: a cross-sectional survey. *Australasian Psychiatry*. 2017;25(4):407-410. <https://doi.org/10.1177/1039856217715990>
 14. De Souza JRS, Akerman M. Centro de Apoio ao Docente e Discente: avaliação por docentes e discentes universitários. *ABCS Health Sci*. 2015;40(3):257-262. <http://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v40i3.805>
 15. Murakami K, Barros GCD, Peres CM, Flauzino RH, Colares, MDFA. Atuações de um centro educacional e psicológico junto a estudantes universitários. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*. 2018; 19(1):109-119.
 16. Thornicroft G, Mehta N, Clement S, Evans-Lacko S, Doherty M, Rose D et al. Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *The Lancet*. 2016;387(10023):1123-1132. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00298-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00298-6)
 17. Ebert DD, Franke M, Kählke F, Küchler AM, Bruffaerts R, Mortier P et al. Increasing intentions to use mental health services among university students. Results of a pilot randomized controlled trial within the World Health Organization's World Mental Health International College Student Initiative. *International journal of methods in psychiatric research*. 2019; 28(2):e1754. <https://doi.org/10.1002/mpr.1754>