

CCCS
COMUNICAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
Reports in Health Science

ISSN 1980-0584
Volume 33 | Número 3 | Julho/Agosto/Setembro 2022

Secretário de Estado de Saúde do Distrito Federal

Manoel Luiz Narvaz Pafiadache

Diretora Executiva 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: <https://revistaccs.escs.edu.br>

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

Coordenador da Coordenação de Pesquisa e Comunicação Científica

Sérgio Eduardo Soares Fernandes

Diretora Geral da Escola Superior de Ciências da Saúde

Marta David Rocha de Moura

Local, mês e ano da publicação

Brasília, setembro de 2022

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	Fernando Lolas Stepke, MD Universidad de Chile, Chile
Ana Maria Costa, PhD Centro Brasileiro de Estudos em Saúde – CEBES, Brasil	Flavia Tavares Silva Elias, PhD Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Brasília, Brasil
Andrei Carvalho Sposito, PhD Universidade de Campinas – Unicamp, Brasil	Francisco Neves, PhD Universidade de Brasília – UnB, Brasil
Carlos Otávio Ocké Reis, PhD Instituto Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, Brasil	Maria Lucia Frizon, PhD Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Brasil
Carme Borrel, PhD Universitat Pompeu Fabra, Espanha	Mario Rovere, PhD Universidade Nacional de Rosario, Argentina
Carlos Eduardo Gomes Siqueira, PhD College of Public and Community Service. Massachusetts University, United States of America	Roberto Cañete-Vilafranca, PhD Instituto de Salud de Matanzas, Cuba
Elisangela da Costa Lima Dellamora, PhD Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Brasil	Stewart Mennin School of Medicine, University of New Mexico, United States of America
Fábio Ferreira Amorim, PhD Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS, Brasil	

Revisores ad hoc

Adriana Haack de Arruda Dutra, PhD Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil	Claudia Vicari Bolognani, PhD Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil
Alessandra da Rocha Arrais, PhD Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil	Dayani Galato, PhD Universidade de Brasília, Brasil
Alfredo Nicodemos da Cruz Santana, PhD Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil	Dayde Lane Mendonça da Silva, PhD Universidade de Brasília, Brasil
Aline Mizusaki Imoto, PhD Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil	Dirce Bellezi Guilhem, PhD Universidade de Brasília, Brasil
Ana Patrícia de Paula, PhD Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil	Eliana Mendonça Vilar Trindade, PhD Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil
Ana Lúcia Ribeiro Salomon, PhD Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil	Elisabeth Sousa Cagliari Hernandez, PhD Ministério da Saúde, Brasil
André Schmidt, PhD Universidade de São Paulo, Brasil	Emilia Vitória da Silva, PhD Universidade de Brasília, Brasil
Carmélia Matos Santiago Reis, PhD Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil	Fabiani Lage Rodrigues Beal, PhD Universidade Católica de Brasília, Brasil
Celso Figueiredo Bittencourt, PhD Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 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

- 9 **Análise de partogramas preenchidos pela enfermagem obstétrica de uma Casa de Parto**
Elora Dana Conceição dos Santos, Amanda Fedevjcyk de Vico, Hygor Alessandro Firme Elias
- 21 **Uso de prescrição pictográfica e outras intervenções farmacêuticas em hospital pediátrico: um relato de experiência**
Sarah Kelly Souza de Carvalho Faria, Alcidésio de Sales Souza Júnior
- 29 **Perfil de sensibilidade de bactérias isoladas em amostras de culturas em um hospital terciário**
Laura Pessoa Londe de Oliveira, Rodrigo de Freitas Garbero
- 39 **Alterações no comportamento alimentar durante o período de isolamento social na pandemia por covid-19**
Tamiris Andressa Leite, Milena Morelli de Oliveira, Elis Regina Ramos, Caryna Eurich Mazur, Vania Schmitt
- 49 **Análise comparativa das diferentes ferramentas de triagem nutricional utilizadas em pacientes oncológicos: uma revisão**
Bruna Paula de Assis Evangelista, Leticia Crestan Toneto, Carla Andressa Martins
- SAÚDE COLETIVA**

- 59 **Fatores sociodemográficos, sintomas e comorbidades associados à covid-19 em município do Sul do Brasil**
Laura Rodolpho Petry, Carla Ferreira Gomes, Mariana Hellwig Valério, Kelly El Ammar Camera, Marcela Nedel, Isabela Slomp Bettoni, Lincon Camargo², Vanessa Backes, Juliana Nichterwitz Scherer
- 73 **Princípios de comunicação em Odontogeriatría: uma revisão de escopo**
Gabriel Schmitt da Cruz, Eduardo Trota Chaves, Otávio Pereira D'Ávilla, Eduardo Dickie de Castilhos
- 93 **Prática interprofissional em saúde: a compreensão de profissionais atuantes em centros especializados do SUS**
Graziela Liebel, Camila Tavares, Débora Frizzo Pagnossin, Rafael Silva Fontenelle, Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima
- 105 **Resenha do Caderno de Orientações do Agente Popular de Saúde para o enfrentamento da covid-19**
Ewelín Wasner Machado da Silva, Tiago de Oliveira Furlam, Claudia Cristina de Aguiar Pereira, Carla Jorge Machado
- 109 **Riscos intrínsecos e extrínsecos para quedas em idosos residentes em área rural**
Rafaela Dinorá Grosser Luciano Fiorentin, Mágda Letícia Pedroso Pereira, Sirlei Favero Cetolin, Vilma Beltrame

EDUCAÇÃO

- 117** **Produção científica multiprofissional: análise cionométrica das interações científicas entre docentes de um curso de Medicina**
Quécia Hosana Fatel Brito, Lara Helena da Visitação Galvão da Silva, Lorena Rios de Melo, Mariana Araújo-Pereira, Bruno Bezerril Andrade, André Nogueira Nazar, Rodrigo Francisco de Jesus, Luiz Fernando Quintanilha
- 127** **Planejamento das disciplinas pelo docente fisioterapeuta de uma instituição pública do estado de Goiás, Brasil**
Luiz Henrique Leite Silva, Jessé Castelo Souza Santana, Clarice Fernandes Pimentel, Heliny Alves dos Santos, Hygor Willian de Oliveira, Tássio Moreira Peres, Franassis Barbosa de Oliveira
- 137** **Satisfação e autonomia docente em instituição de ensino superior em enfermagem**
Kátia Rodrigues Menezes, Maria Rita Carvalho Garbi Novaes, Kátia Rodrigues Menezes
- 149** **Perdas dentárias e fatores associados em população idosa negra: protocolo de revisão de escopo**
Lairds Rodrigues dos Santos, Cláudia Maria Coelho Alves

CLINICAL AND HEALTH CARE

- 9 **Analysis of partograms filled by obstetrical nursing staff of a birth center**
Elora Dana Conceição dos Santos, Amanda Fedevjcyk de Vico, Hygor Alessandro Firme Elias
- 21 **Use of pictographic prescription and other pharmaceutical interventions in a pediatric hospital: reporting an experience**
Sarah Kelly Souza de Carvalho Faria Alcidésio de Sales Souza Júnior
- 29 **Sensitivity profile of bacteria isolated in culture samples in a tertiary hospital in Brazil**
Laura Pessoa Londe de Oliveira, Rodrigo de Freitas Garbero
- 39 **Changes in eating behavior during the period of social isolation in the covid-19 pandemic**
Tamiris Andressa Leite, Milena Morelli de Oliveira, Elis Regina Ramos, Caryna Eurich Mazur, Vania Schmitt
- 49 **Comparative analysis of different nutritional screening tools used in cancer patients: a review**
Bruna Paula de Assis Evangelista, Leticia Crestan Toneto, Carla Andressa Martins
- COLLECTIVE HEALTH**

- 59 **Sociodemographic factors, symptoms and comorbidities associated with covid-19 in a city in Southern Brazil**
Laura Rodolpho Petry, Carla Ferreira Gomes, Mariana Hellwig Valério, Kelly El Ammar Camera, Marcela Nedel, Isabela Slomp Bettoni, Lincon Camargo², Vanessa Backes, Juliana Nichterwitz Scherer
- 73 **Communication principles in Geriatric Dentistry: a scoping review**
Gabriel Schmitt da Cruz, Eduardo Trota Chaves, Otávio Pereira D'Ávilla, Eduardo Dickie de Castilhos
- 93 **Interprofessional practice in health: the understanding of professionals working in specialized centers of the SUS**
Graziela Liebel, Camila Tavares, Débora Frizzo Pagnossin, Rafael Silva Fontenelle, Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima
- 105 **Review of the Guidelines for the Popular Health Agent for the fight against covid-19**
Ewelín Wasner Machado da Silva, Tiago de Oliveira Furlam, Claudia Cristina de Aguiar Pereira, Carla Jorge Machado
- 109 **Intrinsic and extrinsic risks for falls in elderly residents in rural area**
Rafaela Dinorá Grosser Luciano Fiorentin, Mágda Letícia Pedroso Pereira, Sirlei Favero Cetolin, Vilma Beltrame

EDUCATION

- 117 **Multiprofessional scientific production: scientometric analysis of scientific interactions among professors of a medical course**
Quécia Hosana Fatel Brito, Lara Helena da Visitação Galvão da Silva, Lorena Rios de Melo, Mariana Araújo-Pereira, Bruno Bezerril Andrade, André Nogueira Nazar, Rodrigo Francisco de Jesus, Luiz Fernando Quintanilha
- 127 **Subject planning by the physiotherapist professor of a public institution in the state of Goiás, Brazil**
Luiz Henrique Leite Silva, Jessé Castelo Souza Santana, Clarice Fernandes Pimentel, Heliny Alves dos Santos, Hygor Willian de Oliveira, Tássio Moreira Peres, Franassis Barbosa de Oliveira
- 137 **Teacher satisfaction and autonomy in a higher education institution in nursing**
kátia Rodrigues Menezes, Maria Rita Carvalho Garbi Novaes, Kátia Rodrigues Menezes
- 149 **Tooth losses and associated factors in black elderly population: scope review protocol**
Lairds Rodrigues dos Santos, Cláudia Maria Coelho Alves

Análise de partogramas preenchidos pela enfermagem obstétrica de uma Casa de Parto

Analysis of partograms filled by obstetrical nursing staff of a birth center

Elora Dana Conceição dos Santos¹ 

Amanda Fedevjcyk de Vico² 

Hygor Alessandro Firme Elias³ 

¹Enfermeira. Pós-graduanda da Residência de Enfermagem em Obstetria da Escola Superior de Ciências da Saúde. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

²Enfermeira Obstetra. Mestre em Saúde da Mulher e da Criança pelo Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ. Preceptora do Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). Brasília, Distrito Federal, Brasil.

³Enfermeiro Obstetra. Mestrando em Enfermagem pelo Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein. Tutor e preceptor do Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). Brasília, Distrito Federal, Brasil.

Autor correspondente:

Elora Dana Conceição dos Santos.
E-mail: eloradana_30@hotmail.com

Recebido em 15/03/2022

Aprovado em 16/05/2022

RESUMO

Introdução: o partograma é um instrumento de representação gráfica utilizado na avaliação da progressão do trabalho de parto.

Objetivo: analisar o preenchimento do partograma eletrônico realizado pelos enfermeiros obstetras e residentes em obstetria de uma Casa de Parto do Distrito Federal.

Método: estudo transversal descritivo e exploratório com abordagem quantitativa. As informações para análise foram obtidas através dos prontuários eletrônicos de parturientes que deram entrada em trabalho de parto ativo.

Resultados: dos 278 partogramas analisados, 94,96% apresentaram erros de preenchimento. Apenas 5,04% foram preenchidos completamente, sem erro.

Discussão: os principais erros de preenchimento foram formados pela falta de entendimento dos parâmetros. O instrumento mostrou-se adequado para a monitorização do trabalho de parto, quando bem utilizado.

Considerações Finais: foi possível evidenciar falhas de seguimento dos parâmetros no preenchimento e continuidade do partograma. A realização de treinamentos e atividades de educação continuada poderá tornar a prática mais segura na assistência ao parto.

Palavras-chave: Obstetria; Trabalho de Parto; Parto; Monitoramento; Enfermagem Obstétrica.

ABSTRACT

Introduction: the partograph is a graphic representation instrument used in assessing the progression of labor.

Objective: analyze the completion of the electronic partogram carried by the nurses, obstetricians and residents in obstetrics in a Birth Center in the Federal District.

Method: descriptive and exploratory cross-sectional study with a quantitative approach. The information for obtained analysis through the electronic medical records parturients who were admitted to the in active labor.

Results: of the 278 analyzed partograms, 94.96% presented filling errors. Only 5.04% were filled completely, without errors.

Discussion: the main filling errors were formed from the lack of the understanding of the parameters. The instrument has proven to be adequate for labor monitoring, when used well.

Final Considerations: was possible evidence follow-up failures of the parameters in filling and continuity of the partogram. The realization of trainings and continuing education activities can make the practice safer in childbirth care.

Keywords: Obstetrics; Labor obstetric; Parturition; Monitoring; Obstetric Nursing.

INTRODUÇÃO

O partograma é um instrumento de representação gráfica utilizado na avaliação da progressão do trabalho de parto. É indicado para acompanhar a evolução, documentar e diagnosticar o trabalho de parto; além disso, auxilia na tomada de decisões e condutas apropriadas e evita as intervenções desnecessárias, como a cesariana de rotina¹. Foi descrito pela primeira vez por Emanuel Friedman², que acompanhou a evolução do trabalho de parto e observou uma relação entre tempo de evolução e a dilatação cervical, e a partir desta observação criou a ferramenta².

A abertura do partograma deve ser iniciada durante a fase ativa do trabalho de parto, que é caracterizada por contrações uterinas efetivas e regulares durante 10 minutos e dilatação cervical de no mínimo 4 centímetros³.

O gráfico é composto por duas linhas paralelas, a primeira denominada linha de alerta, e a segunda, linha de ação, traçada 4 horas à direita da linha de alerta. Os itens de avaliação são a dilatação cervical, a descida da apresentação fetal (segundo plano

DeLee), a duração e intensidade das contrações em 10 minutos, o batimento cardíaco fetal, a condição da bolsa das águas e aspecto do líquido amniótico, uso de ocitocina, analgesia, administração de fluidos e pressão arterial, o que tornam o partograma completo e de grande importância avaliativa⁴.

Atualmente, existe a possibilidade de realizar o preenchimento do partograma de duas formas: em papel e em meio eletrônico. Em papel, o registro está na forma impressa e o preenchimento se dá de forma manuscrita, sendo um sistema de armazenamento de informação clínica de diversas origens. Tem como vantagens a facilidade na introdução de dados, visualização do gráfico e melhor manuseio físico. Tem como desvantagens o difícil acesso aos dados após arquivamento do prontuário da parturiente; a necessidade de espaço físico para armazenamento; perdas; ilegibilidade; ambiguidade, como abreviaturas; difícil entendimento da caligrafia e padrões de preenchimento diferentes⁵.

O modelo virtual ainda tem como vantagens a facilidade na leitura, organização, flexibilidade e adaptação, além da introdução dos dados ser facilitada e em formato padronizado para melhor interpretação. Por outro lado, exige um sistema eletrônico; internet; energia elétrica; treinamento; atualização e tempo de adaptação, que conferem barreiras no uso do sistema⁵.

Para abertura do partograma eletrônico é necessário seguir algumas instruções. Na primeira avaliação (abertura) será subtraído o valor avaliado (VA), que corresponde à dilatação, por valores numéricos que vão formar o traçado das linhas de alerta e de ação, sendo a fórmula: $VA - 1 = X$ (curva de alerta) e $VA - 5 = Y$ (curva de ação).

Na segunda avaliação (1 hora após a primeira), soma-se o valor avaliado pelas curvas, cuja fórmula é: $X + 1 = Z$ (curva de alerta) e $Y + 1 = W$ (curva de ação). Sempre que os intervalos forem de uma hora, serão somados 1 centímetro da avaliação anterior. Para avaliações realizadas com intervalos maiores somam-se às curvas pelo número de horas passadas entre a avaliação anterior e a atual. Nos casos em que o toque vaginal não for realizado, o local da dilatação e da descida fetal devem ser deixados em branco e as curvas devem ser somadas e preenchidas normalmente.

Este método de avaliação se tornou obrigatório pela Organização Mundial de Saúde (OMS) desde 1994 e é recomendado pelo Ministério da Saúde, porém estudos mostram que a utilização do parto-

grama, tanto por médicos, quanto por enfermeiros obstetras é escassa²⁻⁶⁻⁷.

O partograma está inserido no documento de condutas assistenciais ao trabalho de parto lançado pela OMS e se encaixa na categoria A de práticas que se mostraram úteis e devem ser estimuladas, pois sua aplicação visa reduzir a morbimortalidade materna e perinatal. O seu uso não deve se limitar apenas ao ato de documentar, mas também de entender os processos que o cercam para a tomada de decisão no momento oportuno, como a identificação de uma distocia⁸.

Esta ferramenta é de grande importância na comunicação da equipe multiprofissional, promovendo um olhar interdisciplinar à evolução de cada parturiente, evitando atitudes precipitadas pelos membros da equipe. É um instrumento de baixo custo que demanda enfoque, estratégia, conhecimento e motivação dos profissionais que o utilizam⁷.

Segundo a resolução do COFEN nº 0477/2015, cabe ao enfermeiro obstetra, dentre outras atribuições, a assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e recém-nascido, o acompanhamento da evolução e do trabalho de parto, a assistência ao parto normal sem distocias e a identificação de distocias obstétricas e tomadas de providências necessárias, como a transferência de parturientes para locais especializados, favorecendo atendimento rápido e satisfatório⁹.

Diante do contexto, observa-se a importância do preenchimento correto, completo e a aplicação do partograma na promoção da assistência obstétrica de forma adequada e segura, além do respaldo legal ao profissional que ele confere.

Após leitura e reflexão do tema em questão, foram elaboradas as seguintes perguntas norteadoras: Como se dá o preenchimento dos partogramas em formato eletrônico que são utilizados na avaliação da evolução do processo de parturição em uma Casa de Parto? Quais os principais erros encontrados no preenchimento do instrumento?

O estudo teve como objetivos analisar o preenchimento dos partogramas eletrônicos realizados pelos enfermeiros obstetras e residentes em obstetrícia de uma Casa de Parto do Distrito Federal como instrumento avaliativo da evolução do trabalho de parto, verificar o seguimento dos parâmetros eletrônicos numéricos necessários ao preenchimento correto dos partogramas, identificar e listar os principais erros e falhas de preenchimento deles.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal descritivo e exploratório com abordagem quantitativa, com o intuito de analisar o preenchimento dos partogramas utilizados como instrumento na avaliação da evolução do trabalho de parto pela enfermagem obstétrica. Foi realizado em uma Casa de Parto Normal (CPN), que é um estabelecimento de saúde pública de referência em boas práticas obstétricas e neonatais e que atende gestantes de baixo risco gestacional na Região Leste de Saúde da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF).

A pesquisa exploratória tem por objetivo promover a familiaridade com o tema a ser abordado e facilita na determinação de métodos e técnicas. Já a descritiva visa caracterizar os fenômenos de certa realidade, estabelecendo relações entre as variáveis. O estudo descritivo exploratório visa observar, classificar e descrever os fenômenos¹⁰.

A abordagem quantitativa permite um resultado de pesquisa objetivo e quantificado por meio de dados numéricos, tendo maior enfoque na interpretação do objeto e na proximidade do pesquisador em relação aos fenômenos estudados. A amostra é baseada na representação de dados populacionais. A análise dos dados é feita por meio de instrumentos padronizados e utiliza a linguagem matemática na descrição dos fenômenos¹⁰.

O objeto de investigação foi o partograma e as informações para análise foram obtidas nos prontuários eletrônicos de parturientes que deram entrada na CPN em trabalho de parto ativo no período de janeiro a dezembro de 2020. Os dados foram extraídos do *Trakcare*, que é um sistema de registro eletrônico unificado de informações de saúde, utilizado na SES-DF.

Os critérios de inclusão foram gestantes admitidas com dilatação cervical igual ou maior que 4 centímetros cujos partogramas eletrônicos foram devidamente iniciados no sistema *Trakcare*. Foram excluídos os casos em que as parturientes deram entrada na unidade em período expulsivo e não tiveram o partograma aberto, mulheres que foram admitidas como puérperas, pois tiveram o parto em outro local e outras internações de parturientes em trabalho de parto que não tiveram o partograma aberto. Também foram excluídos os partogramas que foram abertos, no entanto, apresentaram divergências em relação às evoluções do prontuário.

A coleta de dados se deu por meio das seguintes etapas estruturadas: quantificação de pacientes que deram entrada na unidade em trabalho de parto a cada mês; aplicação dos critérios de inclusão e exclusão; análise dos dados do prontuário eletrônico das pacientes; e análise do preenchimento dos itens contidos no partograma. Os dados contidos nas evoluções do prontuário foram comparados com aqueles preenchidos no partograma, sendo as variáveis avaliadas: dilatação cervical, altura da apresentação segundo plano de DeLee, curva de alerta, curva de ação, batimentos cardíacos fetais (BCF), contrações em 10 minutos, rotura da bolsa (íntegra, rota, rotura acidental durante avaliação, amniotomia), aspecto do líquido amniótico (claro ou meconial), uso de ocitocina e horário dos registros.

Foram analisados 461 prontuários. O tamanho da amostra foi determinado de acordo com a quantidade de pacientes que foram internadas no estabelecimento, em cada mês, de acordo com o período proposto. Destes, 183 foram excluídos, restando 278 partogramas para análise. Os dados foram avaliados a partir da aplicação da estatística descritiva.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), com CAAE de número 48745521.0.0000.5553.

RESULTADOS

Dos 183 prontuários excluídos, a maioria das parturientes deu entrada em período expulsivo (n=66) ou tiveram rápida evolução do trabalho de parto (n=44). Alguns partogramas não foram abertos sem que fossem encontrados motivos específicos (n=29). Outros porque as mulheres tiveram os partos em outra unidade (n=09), em domicílio (n=08) ou em trânsito (n=08) e por proble-

mas tecnológicos como o sistema *Trackcare* estar fora do ar impossibilitaram a abertura do partograma (n=08). Também foram excluídos os prontuários de gestantes que foram admitidas com dilatação cervical menor que 4 centímetros (n=07) e partogramas que foram abertos, mas não condizem com as evoluções registradas no prontuário (n=04). Restaram 278 (60,30%) partogramas.

As tabelas e figuras elaboradas detalham a distribuição dos 278 partogramas analisados. A partir da análise das evoluções dos prontuários e avaliação da respectiva correspondência nos partogramas, foram destacados os principais problemas encontrados no preenchimento desta importante ferramenta de evolução do trabalho de parto.

Na Tabela 1, foi realizada uma análise geral dos partogramas em relação ao preenchimento contínuo, e nas demais tabelas foram avaliados de forma específica, de acordo com cada elemento contido no formato eletrônico e conforme a evolução do trabalho de parto.

Os partogramas foram classificados em relação à continuidade do preenchimento. Aqueles categorizados como completos foram preenchidos no momento da admissão e continuados durante todo o trabalho de parto, com avaliações de hora em hora, mesmo que tivessem erros de preenchimento das variáveis. Nessa categoria foi observado que apenas 5,04% (14) foram preenchidos completamente sem apresentar qualquer tipo de erro. Outros 4,32% (12), apesar de completos, tinham erros de preenchimento. Contudo, os que foram categorizados como incompletos representaram 90,65% (252) dos partogramas com algum tipo de erro no preenchimento, sendo que praticamente um terço destes 32,14% (81) foram abertos no momento da admissão e não tiveram continuidade (Tabela 1).

Tabela 1

Distribuição dos partogramas de acordo com as características observadas em relação à continuidade do preenchimento. Brasília/DF – Brasil, 2020.

Categoria	Variáveis	Nº	%
Completos	Sem erros de preenchimento	14	5,04
	Com erros de preenchimento	12	4,32
	TOTAL	26	9,35
Incompletos	–	252	90,65
TOTAL	–	278	100

Com base na descrição das evoluções de enfermagem, foi visto que dentre os 278 partogramas analisados, 10,07% (28) decorreram de parturientes que foram transferidas para a unidade de referência hospitalar devido às distocias do trabalho de parto, encontradas através do uso do partograma, como, por exemplo, parada secundária da dilatação ou da descida fetal.

A Tabela 2 quantifica o preenchimento das variáveis que fazem parte da estrutura do partograma. Os itens preenchidos na quase totalidade dos partogramas foram os batimentos cardíacos fetais com 99,64% (277) e a dilatação com 99,28% (276). Por outro lado, os itens com maior falha de preenchimento foram as curvas de alerta e de ação

com 20,86% (58), a rotura da bolsa com 15,47% (43), o aspecto do líquido com 8,63% (24) e as contrações com 5,04% (14). Não foram avaliados o preenchimento do horário da avaliação e a identificação do avaliador, pois no sistema eletrônico esses dados são inseridos de forma automática.

Na Tabela 3 estão descritos os erros provenientes das curvas das linhas de alerta e de ação, que não condizem com os parâmetros de preenchimento do partograma eletrônico, em que se faz necessário subtrair o valor da dilatação pelo número de cada linha no momento da abertura para que sejam criadas, e posteriormente, somam-se as linhas (individualmente) com o número de horas passadas entre uma avaliação e outra, para que se tenha

Tabela 2**Distribuição das variáveis contidas no partograma de acordo com o preenchimento. Brasília/DF – Brasil, 2020.**

Itens	Sim	%	Não	%
Dilatação	276	99,28	02	0,72
Plano de De Lee	270	97,12	08	2,88
Curva de alerta	220	79,14	58	20,86
Curva de ação	220	79,14	58	20,86
Batimentos cardíacos fetais (BCF)	277	99,64	01	0,36
Contrações	264	94,96	14	5,04
Rotura da bolsa	235	84,53	43	15,47
Aspecto do líquido	254	91,37	24	8,63
Ocitocina	275	98,92	03	1,08

Tabela 3**Erros encontrados nas curvas que não refletem os parâmetros de preenchimento do partograma eletrônico. Brasília/DF – Brasil, 2020.**

Erros	Variáveis	Nº	%
Curvas com somas incorretas	Somente linha de alerta	03	1,08
	Somente linha de ação	11	3,96
	Ambas as linhas	59	21,22
	TOTAL	73	26,26
Preenchimento sem as curvas	Com avaliação de toque vaginal	06	2,16
	Sem avaliação de toque vaginal	52	18,71
	TOTAL	58	20,86
Curvas somadas no mesmo horário	–	10	3,60
TOTAL	–	141	50,72

continuidade das curvas. O erro mais frequente está na soma dos intervalos de avaliação de ambas as linhas, com 21,22% (59) de erros, sendo, a maioria associada à falta de preenchimento do partograma de hora em hora.

É frequente a descontinuidade das curvas de alerta e de ação em avaliações em que o toque vaginal não foi realizado, com um total de 18,71% (52) de erro; também ocorreram 3,60% (10) de falhas de curvas somadas em avaliações que foram preenchidas dentro do mesmo horário. Totaliza-se 50,72% (141) de erros relacionados ao preenchimento das curvas.

Outros dados avaliados que também configuraram erros de preenchimento estão descritos na Tabela 4, sendo que a ausência de registros até o período expulsivo (momento em que a parturiente completa 10 centímetros de dilatação) constitui o maior erro de preenchimento encontrado no estudo, com 80,94% (225).

A categoria dos partogramas que não foram abertos com a dilatação de admissão somam 8,99% (25), sendo observado que em 88,00% (22) dos

casos, a dilatação original era de 4 centímetros, seguida de 8,00% (02) com 5 centímetros e 4,00% (01) com 6 centímetros. Outros dois destaques de erros foram a falta de preenchimento de hora em hora, com 23,74% (66) e a avaliação da dilatação sem a inclusão do plano De Lee (altura da apresentação), com 2,88% (08). O erro de preenchimento dos parâmetros rotura da bolsa e aspecto do líquido amniótico totalizam 5,40% (15).

Na Figura 1 estão representados os erros de preenchimento do partograma mais encontrados no estudo. Dos 278 partogramas analisados, 94,96% (264) possuem algum tipo de erro no preenchimento.

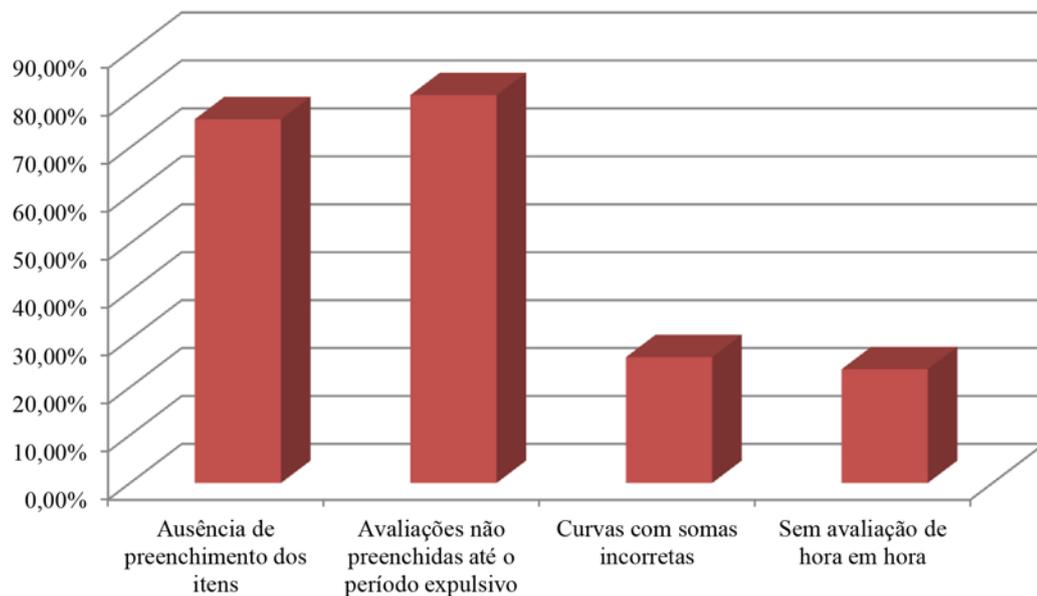
DISCUSSÃO

No que concerne o presente estudo, evidenciou-se que dos 278 partogramas analisados, em 90,65% (252) dos casos, o instrumento estava incompleto, sendo que, destes, 32,14% (81) só tiveram uma avaliação, provenientes da admissão. Apenas 5,04% (14) foram completamente preenchidos durante todo o trabalho de parto, sem nenhum erro.

Tabela 4

Erros encontrados em outros parâmetros do partograma. Brasília/DF – Brasil, 2020.

Erros	Variáveis	Nº	%
Trabalho de parto não preenchido até o período expulsivo	–	225	80,94
Partograma não foi aberto com a dilatação da admissão	–	25	8,99
Avaliação da dilatação sem o De Lee	–	08	2,88
Sem preenchimento de hora em hora	–	66	23,74
Erro de preenchimento de parâmetros	Rotura da bolsa	09	3,24
	Aspecto do líquido	06	2,16
TOTAL		15	5,40
Falta de preenchimento de outros parâmetros	BCF	01	0,36
	Contrações	14	5,04
	Rotura da bolsa	43	15,47
	Aspecto do líquido	24	8,63
	Ocitocina, quando realizada	03	1,08
	Dilatação	02	0,72
	TOTAL	87	31,29

Figura 1**Erros mais encontrados no estudo.**

Corroborando com os dados apresentados anteriormente, um estudo realizado em um hospital escola de Pernambuco evidenciou que somente em 40,6% dos prontuários o partograma havia sido aberto, e que destes, 59,2% tiveram apenas um registro de evolução. Além disso, a utilização foi inferior a 45% dos partos assistidos, o que demonstrou falha no preenchimento e no acompanhamento da evolução do trabalho de parto¹¹.

Em outro estudo realizado em uma maternidade pública do Maranhão, com 345 prontuários, apesar do partograma estar presente em 94,5% (326), o que demonstrou o incentivo ao seu uso, ainda houve falhas na utilização do instrumento, sendo observado que 78,8% (93) dos registros estavam incompletos e 55,1% (65) tinham avaliações incorretas. Uma das causas citadas para justificar o desuso foi a sobrecarga do setor¹².

Observou-se no estudo, que algumas parturientes foram transferidas (10,07%) devido às distocias encontradas na evolução do trabalho de parto, de acordo com os parâmetros encontrados no partograma. Na CPN a equipe é composta exclusivamente por enfermeiros obstetras e técnicos de enfermagem. Além disso, é campo de ensino para a formação de enfermeiros residentes em obstetria. Possui como retaguarda assistencial o Hospital da Região Leste (HRL), para casos em

que seja necessária a transferência da mulher e/ou recém-nascido.

De acordo com o Protocolo da Enfermagem Obstétrica do Distrito Federal, o uso de ocitocina pelos enfermeiros obstetras é considerado no período expulsivo com falha na dinâmica das contrações uterinas, desde que a vitalidade materna e fetal estejam preservadas¹³, o que justifica algumas das transferências que foram realizadas para a unidade de referência.

Em relação às variáveis, o estudo mostrou que os itens mais preenchidos foram os batimentos cardíacos fetais (99,64%) e a dilatação (99,28%), entretanto, itens como, por exemplo, a ruptura da bolsa (15,47%), o aspecto do líquido (8,63%) e as contrações (5,04%), foram menos preenchidos. A altura da apresentação fetal não apresentou preenchimento em 2,88% (08) dos casos. Tendo em vista que a ausência destes itens pode dificultar a análise clínica do avaliador em relação às disfunções que podem ser encontradas no trabalho de parto, como uma distocia de fase ativa prolongada ou período pélvico prolongado, se torna fundamental o devido preenchimento.

Em contrapartida, em um estudo realizado em duas maternidades escola de Maceió com 72 partogramas, foi encontrado que em 26,0% (19) dos

casos não havia altura da apresentação; os batimentos cardíacos fetais foram preenchidos parcialmente em 76,40% (55) casos, assim como a dinâmica uterina com 79,0% (57) a dilatação cervical teve 22% (16) registros preenchidos totalmente e as condições da bolsa 61,0% (44). Os batimentos cardíacos fetais foi o item com um percentual elevado de preenchimento incompleto, o que reflete na qualidade da assistência prestada¹⁴. Sendo visto que, o uso do partograma diminui os índices de trabalho de parto prolongado, faz-se necessário, o treinamento dos profissionais que o preenchem¹⁵.

No que tange às linhas de alerta e de ação, foi possível observar que os erros mais frequentes foram na soma dos intervalos de avaliação de ambas as linhas, com 21,22% (59). Contudo, não foram encontrados resultados para a somatória das linhas, tendo em vista que nos materiais utilizados para o estudo, o foco é o partograma de papel, em que essas linhas já são impressas na folha ou são desenhadas pelo avaliador.

Outro erro habitual foi a ausência das linhas nas avaliações em 20,86%. Em concordância com esses dados, um estudo realizado com 120 partogramas em uma maternidade pública da cidade de Belém/PA evidenciou que em 83,3% (100) dos casos as linhas não foram preenchidas¹⁶. Outro estudo mostrou que apenas 7,6% (21) dos profissionais reconheciam a função da linha de alerta e outros 10,9% (30) da linha de ação¹⁷.

Quanto à linha de ação, foi evidenciado que intervalos menores que 4 horas aumentam os riscos de intervenções, como as taxas de cesarianas, não sendo benéfico para gestante e feto¹⁸.

Também foi encontrada a ausência de preenchimento até o período expulsivo, com 80,94% (225), e a falta da avaliação de hora em hora em 23,74% (66) dos partogramas, o que reflete em um déficit no acompanhamento do instrumento. Em uma revisão bibliográfica, notou-se que 81,82% dos partogramas não apresentavam o registro no período expulsivo¹⁵, e outros autores observaram que apenas 19,5% (23) foram preenchidos de 1 em 1 hora¹².

A respeito do momento oportuno para a abertura do partograma foram encontradas algumas controvérsias em relação ao modelo a ser seguido, visto que atualmente, no Brasil, o preenchimento do instrumento se dá a partir da proposta descrita por Friedman.

Em uma pesquisa realizada com profissionais de enfermagem do Distrito de Luanda/Angola, 65% responderam que o partograma seria aberto com 4 centímetros, 22,5% com 3 centímetros, 2,5% com 5 centímetros, 2,5% com 1 centímetro e outros 7,5% revelaram não saber. Em questionamento a fisiologia do trabalho de parto, 60% relataram não conhecer a duração da fase latente e 67,5% da fase ativa. Foi demonstrada a importância que os profissionais perceberam em relação ao instrumento, porém, ainda houve uma ausência de ajustes e capacitação da prática¹⁷.

Friedman observou que o trabalho de parto se divide em duas partes: a fase latente que consiste no início das contrações até os 3 centímetros de dilatação, e a fase ativa, em que já se ultrapassa os 3 centímetros, com uma duração de 4 a 6 horas, sendo que, para primigestas há uma velocidade de dilatação de 1,3 cm/h e para as múltiparas 1,5 cm/h¹⁹. Já Zhang, realizou um longo estudo e constatou que até os 5 centímetros de dilatação há uma progressão mais lenta, podendo durar até 10 horas, considerando um tempo maior que 1 cm/h, concluindo que a fase ativa se inicia a partir dos 6 centímetros¹¹⁻²⁰.

Em 2018 a OMS anunciou novas recomendações de assistência ao trabalho de parto, considerando que a fase ativa se inicia após os 5 centímetros de dilatação, tendo em mente a fisiologia de cada mulher durante o processo parturitivo, deixando para trás o conceito de que a dilatação se modifica a 1 cm/h¹⁹.

Em uma revisão integrativa da literatura, foi observada uma relação entre o partograma, os métodos não farmacológicos de alívio da dor e o uso de ocitocina. Percebeu-se que a baixa adesão ou o preenchimento incompleto do partograma, seguida da ausência de prática dos métodos não farmacológicos, observando dentro deste contexto que gestantes com idade mais avançada se recusaram mais que as primíparas em realizar tais práticas, trazendo assim, consequências como o uso exacerbado de ocitocina pela equipe médica, não favorecendo a fisiologia natural do trabalho de parto²¹.

O presente estudo apontou um total de 94,96% (264) de partogramas que apresentaram algum erro de preenchimento. Verificou-se que a categoria profissional que mais utiliza o partograma é a enfermagem obstétrica. O uso do instrumento ainda apresenta falhas que necessitam ser revisadas, pois, um preenchimento

inadequado, gera outros erros e consequente risco de intervenções desnecessárias, além da má interpretação sobre as distocias que podem ser encontradas²².

Em 2008, foram realizadas 6,2 milhões de cesarianas desnecessárias no mundo, sendo que o Brasil e a China tiveram quase 50% das cesarianas realizadas sem indicação clínica. Por outro lado, nas instituições onde houve aplicação do partograma, as taxas de cesarianas mal indicadas tiveram redução significativa¹¹.

Dentre os instrumentos disponíveis para garantir a segurança da mulher e do feto, foi observado nos estudos descritos anteriormente, que o partograma se mostrou adequado para a monitorização do trabalho de parto e quando bem utilizado, contribuiu para melhores desfechos obstétricos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, foi possível evidenciar falhas de seguimento dos parâmetros necessários para o preenchimento e continuidade do partograma de forma fidedigna.

A confirmação da importância do uso correto do partograma se dá quando se avalia a completa evolução do trabalho de parto. O exame completo de todas as variáveis contidas nele permite conhecer a evolução do parto e os fatores etiológicos responsáveis pela sua evolução normal e anormal.

O partograma eletrônico ainda é de difícil entendimento pelos profissionais que o utilizam, pois requer análise prévia e raciocínio matemático na sua construção e aplicação, como por exemplo, no momento de construir as linhas de alerta e de ação.

Diante dos resultados observados no estudo, os profissionais pareceram ter pouco conhecimento e habilidade no preenchimento do partograma em formato eletrônico. A realização de treinamentos e atividades de educação continuada para o preenchimento do partograma poderá tornar a prática mais segura na assistência ao parto e baseada em evidências científicas.

Foi possível identificar os principais erros de preenchimento, contribuindo assim, para o aprendizado e reflexão sobre o tema, pois o partograma, além de todos os benefícios já conhecidos, se preenchido corretamente, facilita a comunicação entre os profissionais e instituições e fornece dados objetivos para estudos clínicos.

REFERÊNCIAS

1. Rocha KS, Santos CS, Góis N de S, Jesus CVF de, Prado LOM. Aplicabilidade e preenchimento correto do partograma como instrumento de segurança na assistência obstétrica [Internet]. Universidade Tiradentes. 2017 Mai; 1-4 [acesso em 2021 Jun 01]. Disponível em: <https://eventos.set.edu.br/cie/article/view/5882>.
2. Vasconcelos KL, Martins C A, Mattos DV de, Tyrrell MAR, Bezerra ALQ, Porto J. Partograma: instrumento para segurança na assistência obstétrica. Revista de Enfermagem UFPE (online), Recife. 2013 Fev; 7 (2): 619-24 [acesso em 2021 Jun 02]. Disponível em: <http://repositorio.bc.ufg.br/handle/ri/15819>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [Internet]. Brasília. 2017 [acesso em 2021 Jun 03]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher [Internet]. Brasília. 2001 [acesso em 2021 Jun 02]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/cd04_13.pdf.
5. Lopes CM, Correia R, Sousa E. Informatização do Partograma: Conceção e Implementação de um sistema para monitorização do parto [Internet] [Dissertação]. Repositório Aberto Universidade Porto, 2018 Set; 1-79 [acesso em 2021 Jun 04]. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/117959>.

6. Filho IM de M, Barreto DP de O, Santos OP dos, Félis KC, Santos CCT, Oliveira ACD. A eficácia da implementação do partograma na assistência a parturiente. *Rev de Ini Cient e Ext* [Internet]. 2018 Set 14; 1 (Esp 3): 288-93 [acesso em 2021 Jun 05]. Disponível em: <https://revistasfacesa.senaaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/99>.
7. Medeiros AB de, Freire ILS, Santos FR dos, Silva BCO da, Batista GF de M, Menezes MM de. Partograma: instrumento de segurança no cuidado multidisciplinar. *Revista Cuidarte* [Internet]. 2020 Ago; 11 (3): 2-10 [acesso em 2021 Jun 05]. DOI: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1046>.
8. Lucena TS de, Santos AAP dos, Morais RJL de. Análise do preenchimento do partograma como boa prática obstétrica na monitorização do trabalho de parto. *Rev pesqui cuid fundam* (Online) [Internet]. 2019; 222–7 [acesso em 2021 Jun 05]. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i1.222-227>.
9. RESOLUÇÃO COFEN Nº 0477/2015. Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na assistência às gestantes, parturientes e puérperas [Internet]. Conselho Federal de Enfermagem [acesso em 2021 Jun 04]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04772015_30967.html.
10. Gerhardt TE, Silveira DT. Métodos de Pesquisa. Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS. Porto Alegre: Editora da UFRGS. 2009; 120 p. [acesso em 2022 Abr 10]. Disponível em: <http://educ.rec.br/feconrecife/wp-content/uploads/2017/05/Classifica%C3%A7%C3%A3o-Pesquisa-UFRGS.pdf>.
11. Silva IST, Costa ALML, Oliveira JKF de, Carvalho NC de, Lima SC de S, Guimarães MR, *et al.* Aplicação adequada do partograma e o seu impacto na taxa de cesarianas: revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde* [Internet]. 2020 Jul; 12 (9): 1-7 [acesso em 2022 Jan 20]. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e3915.2020>.
12. Salazar ÉR da S, Leal RC, Rodrigues JP, Vilanova RF, Silva IS da. O uso do partograma na assistência ao trabalho de parto em uma maternidade pública. *Enfermagem Brasil* [Internet], Maranhão. 2020 Jun; 19 (3): 230-7 [acesso em 2022 Jan 20]. DOI: <https://doi.org/10.33233/eb.v19i3.2848>.
13. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Assistência de Enfermagem Obstétrica: Atuação nos Centros Obstétricos dos Hospitais da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal [Internet]. Brasília. 2019 [Acesso em 2022 Jan 21]. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/protocolos-aprovados/>.
14. Barros L de A, Veríssimo RCSS. Uso do partograma em maternidades escola de Alagoas. *Rev Rene* [Internet]. 2011 Jun 30; 12(3) [acesso em 2022 Jan 22]. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4284>.
15. Lucon DR, Oliveira IM de, Fraga LM. Benefícios da utilização e do adequado preenchimento do partograma pelos profissionais de saúde: uma revisão bibliográfica. Universidade Tiradentes, Aracaju. 2015; 6-16 [acesso em 2022 Jan 23]. Disponível em: <https://openrit.grupotiradentes.com>.
16. Valois RC, Oliveira AE da S, Batista DLS, Costa MS da, Santos FC dos, Gurjão WTV, *et al.* Análise do uso do Partograma como instrumento de redução de complicações do parto. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2019 Nov; 35: 1-9 [acesso em 2022 Jan 24]. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e1466.2019>.
17. Alexandre DF dos SN, Mamede FV, Prudêncio PS. O uso do partograma por profissionais de enfermagem durante o trabalho de parto. *Enfermagem Obstétrica* [Internet]. 2016 Abr; 3(0): 34 [acesso em 2022 Jan 25]. Disponível em: <http://www.enfo.com.br/ojs/index.php/EnfObst/article/view/34>.

18. Brasil. Ministério da Saúde. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal [Internet]. Brasília. 2016 jan [acesso em 2022 Jan 22]. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf.
19. Morais BS de, Vanceta CL, Castro DH de, Alves DL, Biolchi EN, Plentz RGL, *et al.* O partograma como instrumento de análise da assistência ao parto: uma revisão bibliográfica e crítica ao seu uso contemporâneo. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2021; 77-86 [acesso em 2022 Jan 26]. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/223007>.
20. Montenegro CAB, Filho J de R. Rezende obstetria. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017.
21. Lima MJ, Leite AR, Duarte VF, Fernandes E de SB, Fernandes NT. A utilização do partograma pela enfermagem no trabalho de parto sem distocia. Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações. 2017; 15 (1): 537-46 [acesso em 2022 Jan 24]. DOI: <http://dx.doi.org/10.5892/ruvrd.v15i1.2813>.
22. Lima E da C, Conceição GN, Nascimento PL do. Uso do partograma como uma tecnologia facilitadora na enfermagem obstétrica. Revista Eletrônica Atualiza Saúde. Salvador. 2021; 9 (9): 59-65 [acesso em 2022 Jan 21]. Disponível em: <https://atualizarevista.com.br/wp-content/uploads/2021/08/Usodo-partograma-como-uma-tecnologia-facilitadora-na-enfermagem-obstetrica-v-9-n-9.pdf>.

Uso de prescrição pictográfica e outras intervenções farmacêuticas em hospital pediátrico: um relato de experiência

Use of pictographic prescription and other pharmaceutical interventions in a pediatric hospital: reporting an experience

Sarah Kelly Souza de Carvalho Faria¹
Alcidésio de Sales Souza Júnior²

¹Graduada em Farmácia pela Universidade de Brasília (UnB). Residente em Saúde da Criança – Escola Superior de Saúde (ESCS). Brasília, Distrito Federal, Brasil.

²Doutor em Desenvolvimento Inovação Tecnológica em Medicamentos pela Universidade Federal do Ceará/UFRN/UFRPE/UFPB, Preceptor do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Criança no Hospital Materno Infantil de Brasília. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

Autor correspondente:

Sarah Kelly Souza de Carvalho Faria.
E-mail: skscarvalho@gmail.com

Recebido em 08/11/2021

Aprovado em 05/04/2022

RESUMO

Introdução: a baixa escolaridade pode estar associada ao uso inadequado de medicamentos, requerendo o uso de alternativas para facilitar a interpretação das prescrições.

Objetivo: discutir a experiência do uso de prescrição pictográfica com os responsáveis por pacientes pediátricos, durante internação hospitalar.

Método: a elaboração da prescrição foi apoiada por entrevista com a cuidadora para identificar estratégias que a auxiliassem no entendimento do uso correto dos medicamentos. O uso de cores e pictogramas foi utilizado para a elaboração da prescrição.

Resultados: durante o acompanhamento, foram observados resultados positivos que poderiam impactar na adesão da farmacoterapia não confirmados devido à suspensão dos medicamentos.

Conclusão: no Brasil há um número pequeno de publicações a respeito do uso de pictogramas o que demonstra a necessidade de publicar mais artigos sobre o tema e o impacto acarretado na saúde das crianças e no Sistema Único de Saúde se houvesse aumento da adesão aos tratamentos.

Palavras-chave: Prescrições; Assistência Farmacêutica; Adesão à Medicação; Pediatria; Educação em Saúde.

ABSTRACT

Introduction: low educational level might be associated with inappropriate use of medication, requiring the use of alternatives to facilitate the interpretation of prescriptions.

Objective: discuss the experience of using pictographic prescriptions with those responsible for pediatric patients during hospitalization.

Method: the elaboration of this prescription was supported by an interview with the caregiver to identify strategies that would help administering medication correctly. Colors and pictograms were used to elaborate the prescription.

Results: during follow-up, positive results that could affect drug therapy adherence were observed, but not confirmed due to drug discontinuation.

Conclusion: in Brazil there are a small number of publications regarding the use of pictograms, which demonstrates the need of publishing more articles about the theme and the impact on children's health and on the United Health System if there was an increase in treatment adherence.

Keywords: Prescriptions; Pharmaceutical Services; Medication Adherence; Pediatrics; Health Education.

INTRODUÇÃO

A prescrição é uma instrução escrita por um prescritor a um dispensador com clareza e indicando precisamente o que deve ser ministrado aos pacientes¹. É um recurso importante para a eficácia do tratamento medicamentoso e está diretamente voltada à adesão terapêutica e ao uso correto dos medicamentos². A compreensão errada do esquema terapêutico pode causar problemas à saúde do paciente³. Estudos evidenciam que o letramento inadequado em saúde está associado com a menor utilização de serviços de prevenção, menor conhecimento e autogestão sobre doenças crônicas, menor adesão ao tratamento medicamentoso com aumento de internações hospitalares e custos à saúde, menor conhecimento sobre nomes, dosagens e regime posológico e maior taxa de mortalidade⁴.

Estima-se que mais de 98.000 mortes anuais em hospitais americanos são decorrentes de erros de medicação⁵. Uma grande proporção desses erros em nível ambulatorial ocorre como resultado de pacientes ou cuidadores não administrarem o medicamento conforme prescrito⁶. Em quase 50% da população do mundo, verifica-se que as orientações dos profissionais relacionadas aos medicamentos não são seguidas pelo paciente conforme a prescrição⁷. Os principais fatores de risco para que isso ocorra estão relacionados à dificuldade dos esquemas terapêuticos, a falta de entendimen-

to da farmacoterapia, polifarmácia e ao comprometimento cognitivo dos usuários⁸.

O entendimento de cuidadores sobre o tratamento dos pacientes é essencial para a adesão à farmacoterapia. Kaushal⁹ associou a administração dos medicamentos, predominantemente por parte dos progenitores, à ocorrência de 70% dos eventos adversos preveníveis identificados. Em média, 50% dos pacientes não utilizam os medicamentos prescritos da forma indicada, sendo a sua utilização irregular atribuída a cerca de 20% dos cuidadores, e a 5% deles a não utilização do medicamento¹⁰.

Em estudo realizado em clínicas dos Estados Unidos, verificou-se que 19,8% dos cuidadores com baixo grau de alfabetização foram responsáveis por 43,2% dos equívocos detectados ao analisar o grau de entendimento de cuidadores e bulas de apresentações líquidas de medicamentos para uso pediátrico⁹.

Uma alternativa para superar o déficit de entendimento das prescrições médicas é incorporar estratégias que facilitam a compreensão das orientações, como os pictogramas. Pictogramas são imagens ou símbolos gráficos que transmitem informações de forma clara e simples, facilitando a comunicação entre profissional-paciente¹¹. No contexto da saúde, pesquisas mostram que o uso de pictogramas em materiais informativos influencia a atenção do paciente, primordialmente na compreensão, recordação e na adesão ao tratamento¹². Dessa forma, o uso dessa ferramenta pode colaborar para o entendimento de uma receita médica, na medida em que os indivíduos apresentam maior capacidade de apreensão das informações contidas em figuras, em relação àquelas apresentadas em texto¹³.

Prata¹⁴ ao realizar estudo em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de São Paulo para analisar o uso de pictogramas e a adesão à farmacoterapia em doentes crônicos, observou que com a implementação dessa tecnologia, houve redução considerável dos erros de medicação e dúvidas relacionadas aos medicamentos, de forma a reduzir interações e efeitos colaterais provenientes do uso incorreto. Constatou que informações verbais e textuais associadas a pictogramas proporcionaram melhor atenção, compreensão, recordação e adesão ao tratamento prescrito.

Essa constatação também pode ser evidenciada por Albuquerque¹⁵ em estudo realizado no esta-

do do Paraná com o uso de pictogramas e círculos coloridos, cuja adesão ao tratamento prescrito aumentou de 60% para 93,3%.

Este relato tem por objetivo descrever o processo de uso de prescrição pictográfica adaptada para uma responsável de paciente pediátrica analfabeta, durante internação hospitalar. Araújo¹⁶ em revisão integrativa de literatura, identificou 52 artigos que tratavam do tema prescrição pictográfica e, dos 25 artigos analisados, 48% indicavam pesquisa de campo e nenhum relato de experiência foi mencionado, o que corrobora a necessidade de publicação acerca do tema, principalmente relatos de experiência no âmbito hospitalar.

MÉTODO

Estudo descritivo do tipo relato de experiência, acerca do cuidado realizado por farmacêuticos residentes do Programa Multiprofissional da Saúde da Criança, destinado à responsável de paciente pediátrica atendida em ambulatório de um hospital do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal em 2020.

O relato de experiência é uma ferramenta da pesquisa descritiva que evidencia uma ação que aborda uma situação vivenciada no ambiente profissional de interesse da comunidade científica¹⁷, na maior parte das vezes, não provém de pesquisa, pois é apresentada como experiência individual ou de um determinado grupo de profissionais sobre uma determinada situação.

A paciente com hipótese diagnóstica de erro inato do metabolismo (mitocondriopatia) questionada após internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) em 2019 devido a crises convulsivas por acidose metabólica (pH 7,141, PO₂ 111 mmHg, PCO₂ 11,3 mmHg e excesso de base = -23 mmol/L) e hiperlactatemia (19,4 mmol/L), foi encaminhada ao pronto socorro para sua oitava internação a fim de ajustar dieta e recuperação nutricional por desnutrição grave e atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. Foram prescritos cofatores: riboflavina 100 mg/ml (1 ml de 24/24h); biotina 50 mg/ml (0,5 ml de 12/12h); cianocobalamina 1 mg/ml (1 ml de 24x24h); tiamina 100 mg/ml (1 ml de 8/8h) e coenzima Q10 50 mg/ml (0,5 ml de 8/8h). O tratamento com cofatores para o erro inato do metabolismo dependerá da sua identificação na deficiência de alguma via metabólica, de

uma enzima que está envolvida na síntese, transporte ou degradação de moléculas^{19,20}.

Durante a internação, a responsável pela paciente, 41 anos, em situação de vulnerabilidade social e cognitiva, referiu dificuldades no entendimento das receitas médicas devido ao analfabetismo. Em entrevista realizada em julho de 2020, afirmou que, por não compreender as receitas, não conseguia administrar os medicamentos prescritos pela equipe da genética.

Com o intuito de promover a adesão ao tratamento, os farmacêuticos residentes realizaram entrevista utilizando roteiro elaborado para entender o nível de instrução da responsável, identificar suas dificuldades e fatores que poderiam auxiliar na elaboração de uma prescrição pictográfica. Na entrevista, foi questionada a rotina da genitora, as tecnologias acessíveis e a sua rede de apoio.

Foram identificadas as dificuldades e os aspectos que poderiam ser utilizados para o desenvolvimento da prescrição pictográfica, bem como os elementos vinculados ao cotidiano da família. Devido ao analfabetismo e à incapacidade de também ler as horas, os horários dos medicamentos foram vinculados a programas de televisão, que a cuidadora estava acostumada a assistir, além do uso de horários relacionados às refeições realizadas ao longo do dia (Figura 1).

As doses dos medicamentos foram otimizadas em relação aos horários, a fim de minimizar a quantidade de tomadas. Os medicamentos foram identificados com fitas coloridas associadas à prescrição, aos frascos de medicamentos (Figura 2) e às dosagens marcadas em seringas distintas (Figura 3). Devido à dificuldade da responsável para interpretar as cores, foi feito um treinamento com a equipe de enfermagem durante a administração dos medicamentos na internação, comparando a prescrição, os frascos de medicamentos e o volume a ser aspirado dos frascos pelas seringas marcadas com as etiquetas coloridas. Nesse processo, a aspiração da dose de cada medicamento estava sinalizada a fim de que não ocorresse subdose ou sobredose do medicamento. O treinamento foi realizado de julho a setembro de 2020. Considerando a evolução do quadro clínico da paciente e a não confirmação do diagnóstico de erro inato do metabolismo, os medicamentos foram suspensos.

RESULTADOS

As ações realizadas foram debatidas em reunião dos residentes que estudavam o caso da paciente. Além disso, um vídeo educativo foi produzido e encontra-se disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=UO2YOeO-qGM>.

Por meio das ações educativas, as informações foram compreendidas pela cuidadora, com melhora perceptível no grau de entendimento ao

longo do processo, desde o horário a ser administrado até a aspiração da dose correta do medicamento, conforme observado pelos farmacêuticos e equipe multiprofissional.

O diagnóstico de erro inato do metabolismo da paciente foi descartado ao longo da sua internação. As internações recorrentes estavam associadas ao quadro de desnutrição grave. Apesar disso, o objetivo desse relato foi descrever o processo do uso de pictogramas em um aconselhamento far-

Figura 1

Modelo de prescrição pictográfica utilizado em intervenção farmacêutica.

			
RIBOFLAVINA (100mg/ml) 1ml de 8/8h	6:00  	  14:00	  22:00
BIOTINA (50MG/ML) 0,5ml de 12/12h	6:00  	 18:00	
CIANOCOBALAMINA (1mg/ml) 1ml de 24/24h	6:00  		
TIAMINA (100mg/ml) 1ml de 8/8h	6:00  	  14:00	  22:00
COENZIMA Q10 (50mg/ml) 0,5ml de 8/8h	6:00  	  14:00	  22:00

Figura 2

Frascos dos cofatores marcados com fitas coloridas.



Figura 3

Volumes marcados com fitas coloridas em seringas de diferentes volumes.



macoterapêutico como ferramenta facilitadora e promover educação em saúde aos residentes multiprofissionais. O presente relato apresentou algumas limitações, estando relacionadas à avaliação dos desfechos clínicos da criança.

DISCUSSÃO

Esse relato de experiência representa uma grande contribuição para a literatura científica, tendo em vista que existem poucas publicações sobre o tema, especialmente quando relacionado ao uso de tecnologias leves para aumentar a adesão ao tratamento dos pacientes¹⁵, correlacionando práticas usadas no cuidado farmacêutico prestados por pais e responsáveis às suas crianças.

Araújo *et al.*¹⁶ mostram que a prescrição pictográfica é um importante recurso de apoio, que facilita a orientação farmacêutica e contribui para o uso racional de medicamentos e a consequente redução de gastos. Melhora a adesão ao tratamento medicamentoso pelos pacientes, em especial os não alfabetizados e idosos.

O uso incorreto de medicamentos causa preocupações relacionadas aos cuidados com a saúde e aos efeitos colaterais que podem provocar. Para Rosa e Perini²¹ um dos fatores que determina a utilização errada dos medicamentos é a falta de qualidade das informações fornecidas aos usuários. O farmacêutico clínico busca educar e orientar o paciente sobre sua doença e seus medicamentos, sensibilizando-o para a efetiva adesão ao tratamento farmacológico²².

A adesão pode ser descrita como o grau em que um paciente segue as instruções, e prescrições de seu provedor de saúde. Pacientes com menor probabilidade de aderir a seus regimes de medicação são aqueles com baixo nível de 'alfabetização em saúde', que pode ser descrita como o grau em que os indivíduos podem obter, processar e compreender as informações e serviços básicos de saúde de que precisam para tomar decisões de saúde apropriada²³. Em suma, a compreensão dos pacientes sobre seu regime de medicação pode não ser concordante com as expectativas de seu médico prescritor devido ao baixo nível de instrução²³. A prescrição é elaborada de forma escrita e/ou verbalizada, mas se essa última for realizada de forma isolada há o risco do esquecimento. Estima-se que os pacientes esquecem metade do que é dito pelo prescritor cerca de 5 minutos após a consulta²⁴.

Uma solução potencial para superar essas limitações é o uso de pictogramas para transmitir informações de saúde²³. Pictogramas são símbolos gráficos de indicação, sinalização e informação, constituem um instrumento particular de comunicação que associa figuras e conceitos com o intuito de transmitir de forma clara, ágil e simples a informação sobre os produtos para os consumidores. Como podem amplificar o significado da língua falada, servem como um sistema suplementar de comunicação visual, ao qual o farmacêutico e outros profissionais da saúde podem recorrer para disponibilizar ao paciente as informações mais importantes acerca do tratamento farmacológico²⁵.

Essa afirmação pode ser corroborada ao analisarmos o caso descrito, pois foi perceptível a mudança de entendimento da progenitora devido não somente ao uso de imagens e pictogramas, mas como as imagens estarem adaptadas e vinculadas à sua realidade, o que facilitou a memorização, o entendimento e o manejo dos medicamentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relato de experiência descreveu o uso da prescrição pictográfica de medicamentos, bem como dos meios de administração, acompanhamento. O treinamento da progenitora melhorou seu conhecimento e o manejo dos medicamentos prescritos.

Os desfechos clínicos não foram observados, devido à alteração do diagnóstico da paciente. São necessárias pesquisas adicionais sobre o tema exposto de forma a analisar o impacto do uso dessas tecnologias no entendimento dos pacientes acerca do seu tratamento e na diminuição de eventos adversos relacionados aos medicamentos.

No que diz respeito ao Brasil, ainda há um número pequeno de publicações a respeito do uso de pictogramas como evidências clínicas em comparações com estudos internacionais, embora seja possível encontrar alguns relatos sobre o assunto, grande parte deles tem como população de estudo os idosos de 60 a 90 anos, o que demonstra a necessidade de realização de estudos sobre o tema, especialmente no que diz respeito ao impacto dessa tecnologia na saúde das crianças, cujos cuidados ficam sob a responsabilidade dos pais e outros cuidadores.

Adicionalmente, qual é o resultado esperado para o Sistema Único de Saúde com o aumento da adesão aos tratamentos medicamentosos.

REFERÊNCIAS

1. Fekadu G, Abdisa E, Fanta K. Medication prescribing errors among hospitalized pediatric patients at Nekemte Referral Hospital, western Ethiopia: cross-sectional study. *BMC Res Notes* 2019; 12: 421 Available from: <https://bmresnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13104-019-4455-1>
2. Giroto E, Silva PV. A prescrição de medicamentos em um município do Norte do Paraná. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2006; 9(2): 226-234. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/nBvs8fgQNXw5MrCyy7XVdFp/?lang=pt&format=pdf>
3. Menezes ANS, Domingues MR, Baisch ALM. Compreensão das prescrições pediátricas de antimicrobianos em Unidades de Saúde em um município do sul do Brasil. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2019; 12(3): 478-489. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2009000300016>
4. Maragno CAD, Luiz PPV. Letramento em saúde e adesão ao tratamento medicamentoso: uma revisão de literatura. *Revista Iniciação Científica.* 2016; 14: 5-18. Disponível em: <http://periodicos.unesc.net/iniciacaocientifica/article/view/2672>
5. Gates PJ, Baysari MT, Gazarian M, Raban MZ, Meyerson S, Westbrook JL. Prevalence of Medication Errors Among Paediatric Inpatients: Systematic Review and Meta-Analysis. *Drug Saf.* 2019; 42: 1329-1342. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs40264-019-00850-1>
6. Bailey SC, Pandit AU, Yin S, Federman A, Davis TC, Parker RM, Wolf MS. Predictors of misunderstanding pediatric liquid medication instructions. *Family Medicine.* 2009; 41 (10): 715-721. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19882395/>
7. Rocha G C, Pires MCPC, Teixeira HS. Pictogramas: estratégias para auxílio aos idosos no uso correto dos Medicamentos. *Brazilian Journal of Development.* 2021; 7(12): 12074-12078. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/42037/pdf>
8. Arruda DCJ, Eto FN, Velten APC, Morelato RL, Oliveira ERA. Fatores associados a não adesão medicamentosa entre idosos de um ambulatório filantrópico do Espírito Santo. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2015; 18(2): 327-337. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14074>
9. Kaushal R, Goldmann DA, Keohane CA, Christino M, Honour M, Hale AS, Zigmont K, Lehmann LS, Perrin J, Bates DW. Adverse drug events in pediatric outpatients. *Ambulatory pediatrics.* 2007; 7(5): 383-389. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17870647/>
10. Praska JL, Kripalani S, Seright AL, Jacobson TA. Identifying and Assisting Low-Literacy Patients with Medication Use: A Survey of Community Pharmacies. *Ann Pharmacother.* 2005; 39(9):1441-1445. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16046489/>
11. Conceição SB, Mariúba GB, Santos NS; Rebelo MA, Pereira MD. Envelhecimento populacional com foco no uso racional de medicamentos: o papel do farmacêutico. *Revista Intersaúde.* 2019; 1(1), 37-46.
12. Ferreira DM, Lopes IMRS. Implantação da prescrição pictográfica como uma tática para descomplicar a adesão ao tratamento farmacológico por pacientes atendidos na unidade de saúde Ana Nery no município de União – Piauí. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/15270/1/DARLANE%20DE%20MELO%20FERREIRA%202.pdf>
13. Neto JAC, Costa LA, Estevanin GM, Bignoto TC, Pinheiro GF, Alves GL, Ferreira RE. Uso de pictogramas na prescrição médica e letramento funcional em saúde. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research.* 2018; 23(2), 51-57.
14. Prata PBA, Cunha MR, Pereira EG, Nichiata LYI. Atenção farmacêutica e a humanização da assistência: lições aprendidas na promoção da adesão de usuários aos cuidados terapêuticos nas condições crônicas. *O Mundo da Saúde.* 2012; 36 (3): 526-530. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/atencao_farmaceutica_humanizacao_assistencia_licoes.pdf

15. Albuquerque GSC, Nascimento B, Gracia DFK, Preisler L, Perna PO, Silva MJS. Adesão de hipertensos e diabéticos analfabetos ao uso de medicamento a partir da prescrição pictográfica. *Trab, Educ. e Saúde*. 2016; 14(2), 611-624. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00112>
16. Araújo MRA, Campos FF, Fagundes KEA. Prescrição pictográfica: uma estratégia facilitadora da adesão ao tratamento farmacológico. Disponível em: <http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/view/3197/3058>
17. Flick U. Introdução à metodologia de pesquisa: um guia para iniciantes. Porto Alegre: Penso; 2013.
18. Casarin ST, Porto AR. Relato de experiência e estudo de caso: algumas considerações. *J. nurs. Health*. 2021; 11(2):e2111221998. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/21998/13686>
19. Romão A, Simon PEA, Góes JEC, Pinto LLC, Giugliani R, Luca GL, Carvalho FLC. Apresentação clínica inicial dos casos de erros inatos do metabolismo de um hospital pediátrico de referência: ainda um desafio diagnóstico. *Rev Paul Pediatr*. 2018; 35(3): 258-264. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2017;35;3;00012>
20. El Husny AS, Fernandes-Caldato MC. Erros inatos do metabolismo: revisão de literatura. *Rev. Paraense de Med*. 2006; 20(2): 41-45. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-59072006000200008
21. Rosa MB, Perini E. Erros de medicação: quem foi? *Rev Assoc Med Bras*. 2003; 49(3): 335-341. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302003000300041>
22. Medeiros GCR, Silva PQ, Silva AS, Leal LB. Pictogramas na orientação farmacêutica: um estudo de revisão. *Rev. Bras. Farm*. 2011; 92(3): 96-103. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/306224140_Pictogramas_na_Orientacao_Farmaceutica_um_estudo_de_revisao
23. Wolpin SE, Nguyen JK, Parks JJ, Alam AY, Morisky DE, Fernando L, Chu A, Berry DL. Redesigning pictographs for patients with low health literacy and establishing preliminary steps for delivery via smart phones. *Pharmacy Practice*. 2016; 14(2): 686. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1885-642X2016000200004
24. Sampaio LF, Silva LML, Velho GCC, Martins MGG, Castilho SR, Altenburg SP. Pictogramas como linguagem para a compreensão da prescrição medicamentosa. *Rev. Bras. Farm*. 2008; 89(2): 150-154.
25. Galato F, Just MC, Galato D, Silva WB. Desenvolvimento e Validação de Pictogramas para o Uso Correto de Medicamentos: Descrição de um Estudo-Piloto. *Acta Farm. Bonaerense*. 2006, 25 (1): 131-138. Disponível em: http://www.latamjpharm.org/trabajos/25/1/LAJOP_25_1_4_2_839R009BUN.pdf

Perfil de sensibilidade de bactérias isoladas em amostras de culturas em um hospital terciário

Sensitivity profile of bacteria isolated in culture samples in a tertiary hospital in Brazil

Laura Pessoa Londe de Oliveira¹
Rodrigo de Freitas Garbero²

¹Residente médica em Clínica Médica, Programa de Residência Médica, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

²Médico, Clínica Médica, Instituto Hospital de Base do Distrito Federal, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

Autor Correspondente:

Laura Pessoa Londe de Oliveira.
E-mail: lauralonde@gmail.com

Recebido em 20/04/2021
Aprovado em 28/03/2022

RESUMO

Introdução: o aumento da resistência antimicrobiana é considerado um preocupante problema de saúde, sendo observado nos últimos anos um aumento significativo da circulação de cepas com perfil de multirresistência.

Objetivo: compreender o perfil de sensibilidade das bactérias identificadas pelo setor de microbiologia, no sentido de contribuir para a tomada de decisões preventivas e terapêuticas no manejo das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).

Métodos: foi desenvolvido um estudo observacional, transversal, com dados do setor de microbiologia, referente ao período de janeiro a dezembro de 2019.

Resultados: foram selecionadas 13.800 amostras coletadas, predominantemente, de pacientes internados. Foram incluídas um total de amostras de 9.029 bactérias, divididas em 3.076 gram-positivas e 5.953 gram-negativas.

Conclusão: as bactérias mais frequentes na instituição foram *Klebsiella* spp., *Escherichia coli*, *Pseudomonas* spp., *Acinetobacter* spp., *Enterobacter* spp. e *Proteus mirabilis* entre as gram-negativas e *Staphylococcus coagulase negativo* (SCN), *Staphylococcus aureus* e *Enterococcus faecalis* entre as gram-positivas.

Palavras-chave: Controle de Infecção; Assistência Hospitalar; Bactérias; Bactéria Gram-positivas; Bactérias Gram-negativas.

ABSTRACT

Introduction: the increase in antimicrobial resistance is considered a worrying health problem, with a significant increase in the circulation of strains with a multidrug resistance profile in recent years.

Objective: to understand the sensitivity profile of bacteria identified by the microbiology sector, in order to contribute to preventive and therapeutic decision-making in the management of Healthcare-associated Infections (HAI).

Methods: an observational, cross-sectional study was developed with data from the microbiology sector, referring to the period from January to December 2019. Results: 13,800 samples were selected, predominantly collected from hospitalized patients. A total of 9,029 samples of bacteria were included, divided into 3,076 gram-positive and 5,953 gram-negative.

Conclusion: the most frequent bacteria in the institution were *Klebsiella* spp., *Escherichia coli*, *Pseudomonas* spp., *Acinetobacter* spp., *Enterobacter* spp. and *Proteus mirabilis* among the gram-negative and coagulase-negative *Staphylococcus* (SCN), *Staphylococcus aureus* and *Enterococcus faecalis* among the gram-positive ones.

Keywords: Infection Control; Hospital Assistance; Bacteria; Gram-positive Bacteria; Gram-negative Bacteria.

INTRODUÇÃO

O aumento da resistência antimicrobiana é considerado um preocupante problema de saúde, sendo observado nos últimos anos um aumento significativo da circulação de cepas com perfil de multirresistência, especialmente aos antimicrobianos de última geração incluindo cefalosporina de 3ª e 4ª geração e carbapenênicos¹. No entanto, esta prática vem favorecendo a seleção de micro-organismos resistentes a estes fármacos, através de diversos mecanismos que, conseqüentemente, resultam em falhas terapêuticas no tratamento empírico de infecções¹.

O uso pouco racional de antimicrobianos pela indústria, classe médica e pela própria população, vem favorecendo a seleção de micro-organismos resistentes, o que resulta em maior risco de falhas terapêuticas no tratamento empírico de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS). A combinação desses fatores favorece a seleção de micro-organismos com perfil MDR (*Multidrug Resistant*), promovendo o aumento na emergência destes micro-organismos em diversos ambientes, tanto comunitários quanto nosocomiais, que podem culminar em infecções graves de difícil controle e tratamento clínico cada vez mais limitado¹. O conhe-

cimento do perfil de sensibilidade das bactérias do serviço de saúde onde a prescrição é realizada é fundamental para a escolha adequada do antimicrobiano e conseqüentemente, uma ferramenta capaz de auxiliar na quebra de um ciclo de transmissão e seleção de cepas resistentes¹.

A taxa de IRAS é um marcador pouco específico, devendo ser sempre subdividida por serviços e sítios selecionados, contudo, em linhas gerais, considera-se aceitável uma taxa média de até 5%. No Brasil, segundo o Ministério da Saúde, a taxa média de infecção hospitalar é de cerca de 14%. O índice de infecção hospitalar varia significativamente, visto que está relacionado ao nível de atendimento e complexidade de cada hospital², esta taxa média de 14% mostra que existe espaço para significativas melhorias no controle de infecção no Brasil.

Diante do exposto, objetiva-se compreender o perfil de sensibilidade das bactérias identificadas pelo setor de microbiologia, no sentido de contribuir para a tomada de decisões preventivas e terapêuticas no manejo das IRAS. O estudo pretende oferecer subsídios para tomada de decisão médica, revisão de protocolos e outras ações pertinentes no âmbito do controle de infecção na instituição avaliada.

MÉTODO

Foi desenvolvido um estudo observacional, transversal, com dados das culturas, análises de secreções dos pacientes usadas para identificar as bactérias e os dados referentes ao perfil de resistência destas do laboratório clínico, sendo apresentado no relatório institucional anual do Núcleo de Controle de Infecção de um hospital terciário do Distrito Federal, referente ao período de janeiro a dezembro de 2019.

Foram selecionadas 13.800 amostras, coletadas, predominantemente, de pacientes internados. Destas, 4.771 amostras foram excluídas por serem amostras positivas para fungos; bactérias identificadas apenas pela coloração de Gram, sem gênero ou espécie; e bactérias que tiveram isolamento de menos de 10 amostras no ano, pois contaminavam as avaliações e dificultavam a visualização gráfica dos resultados sem impactar na tomada de decisão clínica. Um total de 9.029 amostras de bactérias, divididas em 3.076 gram-positivas e 5.953 gram-negativas foram incluídas na análise. A identificação e antibiograma foram feitos em sistema automatizado “*Microscan WalkAway 96 plus*”.

A amostra foi tabulada e calculada a partir dos parâmetros do *Clinical & Laboratory Standards Institute* – CLSI (CLSI M100-ED 30:2020), em português, Instituto de Padrões Clínicos e Laboratoriais, utilizando o software da Organização Mundial da Saúde – OMS, Whonet, versão 2020.

Os cálculos estatísticos foram realizados utilizando o próprio software Whonet, versão 2020, e o Microsoft Office Excel 2007. Como se trata apenas de um estudo de prevalência não foram utilizados testes comparativos, nem avaliados erros Alfa ou Beta. Para avaliação de impacto epidemiológico das principais bactérias isoladas foi utilizada uma distribuição por percentual acumulado.

RESULTADOS

Dentre os materiais analisados, os maiores volumes de amostras foram de secreção traqueal e broncoscopia, urina e sangue. Os *swabs* de vigilância foram considerados no cálculo do total de amostras, mas excluídos nos cálculos dos perfis de sensibilidade, por não serem referentes a possíveis infecções em atividade (Tabela 1).

As bactérias mais prevalentes foram *Klebsiella* spp., *Escherichia coli*, *Pseudomonas* spp., *Acinetobacter* spp., *Enterobacter* spp. e *Proteus mirabilis* entre as gram-negativas e *Staphylococcus coagulase negativo* (SCN), *Staphylococcus aureus* e *Enterococcus faecalis* entre as gram-positivas.

Em nossa instituição, o maior volume de solicitações de exames ao laboratório foi de secreções traqueais, sendo que foram isoladas 4.671 amos-

tras positivas nestas secreções. A bactéria mais frequentemente encontrada foi *Klebsiella* spp. (19%), seguida por *Pseudomonas* spp. (15,19%) e *S. aureus* (14,89%).

Para fim de avaliação de perfil, consideraremos as bactérias responsáveis por até 80-95% das infecções, divididas em gram-positivas e gram-negativas.

Para as gram-positivas, desconsiderou-se aquelas identificados como SCN, por serem colonizantes clássicos pouco relacionados à infecção pulmonar na literatura, sendo relevantes para análise apenas *S.aureus* e *Streptococcus* spp. Todos os *Streptococcus* spp. isolados apresentaram sensibilidade plena a todos os antibióticos testados, portanto a seleção dos antibióticos passa a ser guiada pelo perfil de sensibilidade dos outros gram-positivos, notadamente *S. aureus*. A sensibilidade do *S. aureus* à oxacilina, ampicilina/sulbactam e levofloxacina nas amostras de secreção traqueal foram respectivamente de 89%, 88,7% e 85%, não houve resistência à vancomicina e ou linezolida.

Apesar da baixa incidência na amostra, para fins de completar a avaliação de gram-positivos, foi realizada também a avaliação da sensibilidade do *Enterococcus* spp. à ampicilina e à vancomicina, ambas apresentando 88,9% de sensibilidade.

As principais gram-negativas mais prevalentes nas secreções respiratórias foram as Enterobactérias, *Pseudomonas*, *Acinetobacter*, (até 80%) além de *Proteus*, *Serratia* e *Stenotrophomonas* (até 95%).

As bactérias gram-negativas representam o maior desafio no tratamento de infecções respiratórias

Tabela 1

Relação entre os principais diagnósticos topográficos e as principais amostras enviadas para cultura, DF-Brasil (2019).

Tipo de Amostra	%	Topografia da Infecção	%
Secreção traqueal	34,56%	Respiratória	35,67%
Urina	26,83%	Urinária	17,40%
Sangue	17,24%	Abdominal	13,75%
Partes moles	11,35	Partes Moles	16,61
Ossos e Próteses	2,51%	Corrente Sanguínea	5,12
Líquido Abdominal	1,58%	Oestoarticular	4,80%
Líquido Cefalorraquidiano	1,38%	Sistema Nervoso Central	4,70%
Outros	4,55%	Outros	1,95%

adquiridas no ambiente hospitalar, com uma elevada incidência de enterobactérias multirresistentes. Nas secreções traqueais, a prevalência da resistência a cefalosporina de quarta geração entre as enterobactérias foi de 37,7% e a de resistência a carbapenêmicos foi de 31,5%. O antibiótico com melhor perfil de sensibilidade entre as enterobactérias foi amicacina com 92,3%. Cabe ressaltar que esta sensibilidade não é de classe, mas específica da droga, pois a gentamicina apresenta sensibilidade de 83%.

Pseudomonas spp. é um importante agente na pneumonia hospitalar e apresentou importante prevalência nesta amostra; seu perfil de sensibilidade é bastante particular, mantendo-se a amicacina como droga mais eficaz (sensibilidade de 83,3%), seguida por piperacilina/tazobactan (76,9%), ciprofloxacino (72,8%), cefepime (71,7%) e meropenem (66,7%).

Enterobactérias de interesse especial por particularidades nos perfis de resistência, *Proteus* spp. não acrescentou dificuldades relativas à resistência, com elevada sensibilidade aos antibióticos anteriormente descritos, referente a *Serratia* spp., apresentou elevadas sensibilidades à amicacina (95,5%) e ao meropenem (88,1%). Isolados de *Stenotrophomonas maltophilia* apresentaram elevado índice de resistência a todas as drogas testadas, mas 100% de sensibilidade ao sulfametoxazol-trimetoprim. Aliás, esta droga obteve boa performance com estas bactérias de menor prevalência, *Proteus* (80,5%), *Serratia* (92,5%), *S. maltophilia* (100%).

Reforçando que o laboratório de microbiologia atualmente não possui insumos para avaliação de sensibilidade à polimixina, nem a novos antimicrobianos. Baseado no perfil de susceptibilidade sugere-se a combinação do melhor esquema empírico para tratamento de pneumonia em pacientes internados que já utilizaram antibiótico prévio e/ou tiveram invasão à via aérea é a associação de meropenem com amicacina, como provável melhor escolha para tratamento. A associação de meropenem com polimixina não pode ser avaliada, bem como a performance de antibióticos como ceftazidima/avibatan, cefiderocol, entre outros.

O segundo maior volume de solicitações de exames ao laboratório foi de amostras de urina, tendo sido isoladas 3.627 amostras positivas. A bactéria mais frequentemente encontrada foi *E.coli* (40,46%), seguida por *Klebsiella* spp. (20,70%), *Proteus* spp. (6,05%), *Enterococcus* spp. (5,24%), *Pseudomonas* spp. (4,88%) e outras de menor prevalência.

Para avaliação do perfil de sensibilidade, as bactérias mais prevalentes foram divididas, analisadas individualmente e posteriormente agrupadas em uma amostra única de gram-negativos descritos (Tabela 2).

Amicacina e meropenem foram os antibióticos com melhor desempenho para o tratamento de infecções do trato urinário por bactérias gram-negativas da amostra avaliada. Secundariamente, a gentamicina, piperacilina/tazobactan e ertapenem tiveram performance semelhante, com exceção de

Tabela 2

Avaliação do perfil de sensibilidade dos principais gram-negativos isolados, DF-Brasil (2019).

Antibiótico	<i>Escherichia coli</i> (%S)	<i>Klebsiella</i> sp. (%S)	<i>Proteus</i> sp. (%S)	<i>Pseudomonas</i> sp. (%S)	G. Negativos (%S)
Amicacina	98,7	90,7	99,3	82,6	93,4
Meropenem	98	61,9	97,8	67,9	84,5
Gentamicina	88,3	72,3	95,6	73,4	81
Piperacilina/ Tazobactam	93,6	51,7	98,5	73,4	79,7
Ertapenem	98	61	97,8	0	79,4
Cefepime	85,6	47,2	92,6	74,3	71
Cefotaxima	84,8	45,5	89,7	0,9	65
Ciprofloxacino	58,3	45,7	86	76,1	56,9

Pseudomonas sp. Pela sua baixa prevalência, a adição das bactérias gram-positivas na avaliação do perfil de sensibilidade altera pouco o resultado final, mantendo-se a mesma interpretação dada aos gram-negativos.

Sugere-se a associação de meropenem com amicacina para tratamento destes pacientes e pode ser utilizada em pacientes extremamente graves com fatores de risco para bactérias multirresistentes. Por exemplo, pacientes em terapia intensiva que durante a internação desenvolvem um choque séptico de foco urinário.

O terceiro maior volume de solicitações de exames ao laboratório foi de amostras de sangue, sendo que foram isoladas 2.330 amostras positivas, destas, 1.773 resultados eram de bactérias identificadas e foram avaliadas neste estudo.

Mais uma vez cabe ressaltar que não há como diferenciar os crescimentos considerados contaminação de coleta daqueles realmente relacionados à infecção, pois esta decisão é tomada à beira leito, analisando a clínica do paciente. No caso das hemoculturas isso se torna especialmente relevante, pois a presença de SCN em uma amostra única dentre as colhidas sugere fortemente contaminação. Como existe também a possibilidade de infe-

ção de corrente sanguínea por este grupo de bactérias faremos as análises com e sem este grupo.

Analisando o perfil de sensibilidade para gram-positivos, fica claro que a imposição de resistência à oxacilina resultante da inclusão na análise dos SCN faz com que claramente a droga de escolha seja a vancomicina. Entretanto, é necessário depurar o dado com avaliação prospectiva destes resultados, separando-se aqueles que eram considerados contaminação de coleta para ter um parecer mais confiável. Neste momento e com os dados disponíveis nesta amostra, o tratamento empírico de infecções de corrente sanguíneas adquiridas durante a internação necessita conter vancomicina no esquema.

Quanto aos gram-negativos, a amicacina segue sendo o antibiótico com melhor perfil de sensibilidade, não havendo diferenças significativas entre o meropenem e a piperacilina/tazobactam. Da mesma forma que encontrado na análise dos sítios anteriores a gentamicina parece ter um desempenho pior que a amicacina (Tabela 3).

Em relação ao sistema osteoarticular, foram isoladas 307 amostras positivas de ossos, articulações ou próteses. A despeito do número não ser expressivo em relação à amostra total, a gravidade das

Tabela 3
Avaliação do perfil de sensibilidade das principais bactérias isoladas nas hemoculturas, DF-Brasil (2019).

Gram-positivos		Sensibilidade (%)				
Antibiótico	<i>Staphylococcus sp.</i>	<i>Staphylococcus coagulase negativa</i>			<i>Staphylococcus aureus</i>	
Oxacilina	30,1	32,2			78,1	
Ciprofloxacina	39,7	40			75,9	
Vancomicina	100	100			100	
Gram-negativos		Sensibilidade (%)				
Antibiótico	G. negativos (Geral)	<i>Acinetobacter sp.</i>	<i>Klebsiella sp.</i>	<i>E. coli</i>	<i>Pseudomonas sp.</i>	<i>Serratia sp.</i>
Amicacina	80,9	12,3	92,6	99,2	78,8	86,6
Gentamicina	65,4	26	63,3	92,5	75	62,7
Piperacilina/Tazobactam	57,3	NT	33,6	87,5	81,3	47,8
Meropenem	55,4	8,2	35,2	97,5	57,5	79,1
Ciprofloxacina	46,3	12,3	33,2	58,3	82,5	49,3
Cefepime	46	1,4	29,3	83,3	70	46,3

infecções e a dificuldade relativa à penetração do antibiótico no tecido tornam a análise desse tecido relevante.

A principal bactéria encontrada em culturas de ossos foi *Enterococcus* spp. sugerindo um maior peso de aquisição hospitalar destas infecções. Novamente encontramos um elevado número de amostras positivas para SCN, que neste caso foram consideradas como amostras de infecções pelo tecido ser estéril. O perfil dos gram-positivos mostra uma prevalência elevada de MRSA, que a despeito da pequena amostra pode levar à maior consideração na escolha de antibiótico para tratamento de osteomielite hospitalar.

Em relação aos swabs de vigilância, o perfil de isolados não guarda relação com as bactérias que cresceram em cultura de sítios estéreis, mas mostra a gravidade das medidas de precaução de disseminação de infecções hospitalares.

- *Klebsiella* spp. (n-294) – 99,0% resistente a carbapenêmico
- *Enterococcus* (n-35) – 77,3% resistente a ampicilina e 100% resistente à vancomicina
- *Staphylococcus aureus* (n-13) – 100% resistente a oxacilina

DISCUSSÃO

O uso excessivo de antibióticos representa a principal dificuldade no tratamento das bactérias gram-negativas multirresistentes. O melhor método para minimizar a possibilidade de falhas terapêuticas em pacientes com bactérias multirresistentes está em identificar o mecanismo de resistência e o perfil de sensibilidade aos antimicrobianos¹. Algumas medidas simples como higienização regular das mãos, esterilização adequada de equipamentos médicos, isolamento de pacientes com suspeita ou diagnóstico de micro-organismos multirresistentes auxilia na prevenção da propagação destes micro-organismos¹².

Nas amostras de secreções traqueais, as bactérias encontradas com maior frequência foram *Klebsiella* sp., seguida pela *Pseudomonas* e/o *Staphylococcus aureus*.

Cabe ressaltar que como as secreções traqueais geralmente dão origem ao crescimento de mais de uma bactéria, o número de isolados claramente superestima o número de coletas. Mesmo levando em consideração essa ressalva, chama atenção o

fato de que apenas o subgrupo de pacientes intubados e/ou traqueostomizados colhe este tipo de secreção, o que sugere um elevado volume de infecções respiratórias associadas à assistência à saúde, passível de redução por medidas estruturantes, contudo a pobre penetração pulmonar deste antibiótico limita o seu uso no tratamento de pneumonias como monoterapia, sendo uma opção apenas para tratamentos em associação.

É importante salientar que tratamos aqui de secreções colhidas com invasão à via aérea, em sua maioria, os pacientes estavam em ventilação mecânica ou traqueostomizados. Portanto, os dados aqui expostos devem ser avaliados com extrema cautela em cenários de enfermaria e com pacientes de menor risco para multirresistentes.

As bactérias mais comuns em pneumonias nosocomiais são enterobactérias gram-negativas e *S. aureus*. Quando associada à ventilação mecânica, a etiologia é polimicrobiana, sendo mais comum após 72 horas de intubação orotraqueal e frequentemente associada a bactérias multirresistentes, corroborando com os achados no presente estudo⁴.

S. maltophilia isoladas nas culturas de aspirado traqueal apresentaram elevado índice de resistência a todas as drogas testadas, mas 100% de sensibilidade ao sulfametoxazol-trimetoprim. Aliás, esta droga obteve boa performance com estas bactérias de menor prevalência, *Proteus* (80,5%), *Serratia* (92,5%), *S. maltophilia* (100%). Isto sugere que em paciente com invasão da via aérea e quadro infeccioso pulmonar já adequadamente coberto (para as bactérias as gram-negativas mais prevalentes onde não houver boa evolução), principalmente se já houver feito uso de outros esquemas antimicrobianos, a associação de sulfametoxazol-trimetoprim pode ser justificada como terapia empírica para cobertura destas bactérias.

Em relação às uroculturas, a *E. coli* foi a bactéria mais frequentemente encontrada (40,46%). A amicacina e meropenem foram os antibióticos com melhor desempenho para o tratamento de infecções do trato urinário por bactérias gram negativas adquiridas em ambiente hospitalar⁵. Na literatura, encontramos que ela também é o principal agente causal nas infecções do trato urinário (70% – 95%) com boa sensibilidade aos aminoglicosídeos⁶⁻⁷.

Analisando o perfil de sensibilidade para gram-positivos nas amostras de hemocultura, fica claro

que a imposição de resistência à oxacilina resultante da inclusão na análise dos SCN faz com que claramente a droga de escolha seja a vancomicina. Entretanto, é necessário depurar o dado com avaliação prospectiva destes resultados, separando-se aqueles que eram considerados contaminação de coleta para ter um parecer mais confiável. Neste momento e com os dados disponíveis nesta amostra, o tratamento empírico de infecções de corrente sanguíneas adquiridas durante a internação necessita conter vancomicina no esquema.

Quando comparamos com a literatura, podemos observar resultados semelhantes, na qual é possível encontrar taxas de até 80% de resistência do *S. epidermidis* à oxacilina enquanto no presente estudo, os isolados de *Staphylococcus* apresentaram maior resistência ao mesmo medicamento, com um percentual de 69,1%^{7,13}.

A recomendação geral da literatura é associar cobertura empírica para *S. aureus* MRSA toda vez que o percentual de resistência à oxacilina for superior a 20%, portanto, nessa amostra não existe suporte a indicação de início empírico de vancomicina e/ou linezolida para pneumonia hospitalar. A impossibilidade de fracionamento das amostras por unidades assistenciais impede de fornecer uma orientação precisa para tomada de decisão, devendo-se avaliar a conveniência da cobertura com vancomicina e ou linezolida de acordo com as indicações mais validadas na literatura, como:

- a. Colonização por MRSA previamente identificada no swab de vigilância;
- b. Múltiplas opacidades pulmonares em pacientes com outros fatores de risco para infecção *estafilocócica*;
- c. Imunossupressão grave;
- d. Choque séptico.

Já *Acinetobacter*, figura entre os maiores problemas de resistência bacteriana no mundo e na amostra foi altamente resistente às opções terapêuticas disponíveis, sendo que a bactéria não teve nem 25% de sensibilidade a nenhuma das drogas testadas.

Em relação ao sistema osteoarticular, encontramos um elevado número de amostras positivas para *S. coagulase negativo*, que neste caso foram consideradas como amostras de infecções pelo tecido ser estéril. O perfil dos gram-positivos mostra uma prevalência elevada de MRSA, que a despeito da pequena amostra pode levar à maior consideração na escolha de antibiótico para tratamento de osteomielite hospitalar⁸.

Em relação aos swabs de vigilância, o perfil de isolados não guarda relação com as bactérias que cresceram em cultura de sítios estéreis, mas mostra a gravidade das medidas de precaução de disseminação de infecções hospitalares^{8,14-15}.

Na literatura é observado a prevalência elevada de *A.baumannii* multirresistentes. Em um estudo da prevalência de Bacilos gram-negativos não fermentadores em pacientes internados em um hospital de Porto Alegre, foi observada alta prevalência do gênero *Acinetobacter* confirmando ser um microrganismo emergente no meio hospitalar. Neste estudo, *Acinetobacter* demonstrou ser uma bactéria com alta taxa de resistência e baixa sensibilidade aos principais antimicrobianos testados havendo necessidade de avaliar sua sensibilidade à polimixina, que não é testada neste laboratório^{9,10,16}.

CONCLUSÃO

Nas avaliações das secreções traqueais, não há suporte a indicação de início empírico de vancomicina e/ou linezolida para pneumonia hospitalar de forma rotineira. A sensibilidade do *S. aureus* à oxacilina é alta, sem resistência à vancomicina e/ou linezolida. Amicacina foi o antibiótico com melhor desempenho para o tratamento de infecções do trato urinário e de corrente sanguínea por bactérias gram-negativas. *Acinetobacter* demonstrou ser uma bactéria com alta taxa de resistência e baixa sensibilidade aos principais antimicrobianos testados, havendo necessidade de avaliar sua sensibilidade à polimixina, que não é testada no laboratório da instituição estudada. No geral, as bactérias mais frequentes na instituição foram *Klebsiella* spp., *Escherichia coli*, *Pseudomonas* spp., *Acinetobacter* spp., *Enterobacter* spp. e *Proteus mirabilis* entre as gram-negativas e *Staphylococcus coagulase negativo* (SCN), *Staphylococcus aureus* e *Enterococcus faecalis* entre as gram-positivas. Nas secreções traqueais, a sensibilidade do *S. aureus* à oxacilina, ampicilina/sulbactam e levofloxacina nas amostras de secreção traqueal foram respectivamente de 89%, 88,7% e 85%, não houve resistência à vancomicina e ou linezolida. A sensibilidade do *Enterococcus* spp. à ampicilina e à vancomicina, foi de 88,9% em ambas. A prevalência da resistência a cefalosporina de quarta geração entre as enterobactérias foi de 37,7% e a de resistência a carbapenêmicos foi de 31,5%. Amicacina é o antibiótico com melhor perfil de sensibilidade entre as entero-

bactérias. Nas amostras urinárias, a amicacina e meropenem foram os antibióticos com melhor desempenho para o tratamento de infecções do trato urinário por bactérias gram-negativas. A gentamicina, piperacina/tazobactam e ertapenem tiveram performance semelhante, com exceção de *Pseudomonas* sp.

É observado também que a associação de meropenem com amicacina é capaz de oferecer absoluta segurança no tratamento destes pacientes e pode ser utilizada em pacientes extremamente graves com fatores de risco para bactérias mul-

tirresistentes. Como no caso de pacientes em terapia intensiva que durante a internação desenvolvem um choque séptico de foco urinário. Os resultados do presente estudo podem contribuir, auxiliando na luta contra a resistência bacteriana. Contudo, tendo em vista a alta incidência de infecções nosocomiais, assim como sua elevada morbimortalidade e os elevados custos associados, estudos mais específicos e programas de controle de infecção hospitalar devem ser constantemente realizados com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência à saúde da população.

REFERÊNCIAS

1. Abrantes J, Nogueira J. Utilização de testes fenotípicos para a pesquisa de carbapenamases em enterobactérias: uma ferramenta para orientação clínica. *Revista Brasileira de Análises Clínicas*. 2017; 49(3):240-244; DOI: 10.21877/2448-3877.201700607.
2. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual de Microbiologia Clínica para o Controle de Infecção em Serviços de Saúde. ANVISA, Ministério da Saúde. 2004; 1(1):1-381. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/manuais/2>.
3. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Critérios Diagnósticos de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. ANVISA, Ministério da Saúde. 2013; 1(1):1-84. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/criterios_diagnosticos_infecoes_assistencia_saude.pdf.
4. Moraes A, Santos R. Infecções em UTI Geral de um Hospital Universitário. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 2003; 15(4): 135-141. Disponível em: http://www.amib.com.br/rbti/download/artigo_2010623142636.pdf.
5. Kucheria R, Dasgupta P, Sacks S, Khan M, Sheerin N. Urinary tract infections: new insights into a common problem. *Postgraduate Medical Journal*. 2005; 81(1):83-86; DOI: 10.1136/pgmj.2004.023036.
6. Lopes A, Salgado K, Martinelli R, Rocha H. Aumento da frequência de resistência à norfloxacin e ciprofloxacina em bactérias isoladas em uroculturas. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 1998; 44(1):196-200; <https://doi.org/10.1590/S0104-42301998000300006>.
7. Richard D, Mc-Deblieux P, Press R. Rational antibiotic treatment of outpatient genitourinary infections in a changing environment. *The American Journal of Medicine*. 2005; 118(1):75-135; DOI: 10.1016/j.amjmed.2005.05.008.
8. Kloos W, Schleifer K. Simplified scheme for routine identification of human *Staphylococcus* species. *Journal of Clinical Microbiology*, 1975; 1(1):1-7; DOI: 10.1128/JCM.1.1.82-88.1975.
9. Cuenca F. Atividade de 18 agentes antimicrobianos frente a aislado clínicos de *Acinetobacter baumannii* segundo stúdio multicéntrico (Projecto GEIH-RIPI-Ab 2010). *Enferm. Infecc. Microbiol. Clin*. 2013; 31(1): 4-9.
10. Deliberali B, Nishino K, Del-Priore C, Neto W, Pulcinelli R, Aquino A. Prevalência de bacilos Gram negativos não fermentadores de pacientes internados em Porto Alegre – RS. *J. Bras. Patol. Med. Lab*. 2011; 47(5): 529-534; doi.org/10.1590/S1676-24442011000500006.

11. Moreira M. Consumo de antibióticos, fatores de risco e evolução de pneumonia associada a ventilação por *Staphylococcus aureus* sensível ou resistente à oxacilina em pacientes internados na Universidade de Terapia Intensiva de adultos de um hospital Universitário Brasileiro. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia-MG. 2008. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/16750>.
12. Oliveira J, Reysgaert WC. Gram Negative Bacteria. StatPearls, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538213/>.
13. Serafim A, Oliveira A, Xavier M, Xavier I. Perfil de sensibilidade e resistência de *staphylococcus* em um hospital público. Trabalho de Conclusão de curso. Universidade Vale do Rio Doce – UNIVALE. Governador Valadares, 2019. Disponível em: https://www.univale.br/wp-content/uploads/2019/12/FARM%3%81CIA-2019_2-PERFIL-DE-SENSIBILIDADE-E-RESIST%3%8ANCIA-DE-STAPHYLOCOCCUS-EM-UM-HOSPITAL-P%3%9ABLICO.-AMANDA.-ANANDA.-ISABELLA.pdf.
14. Callejas-Díaz A, Fernández-Pérez C, Ramos-Martínez A, Múñez-Rubio E, Sánchez-Romero I, Vargas Núñez JA. Impact of *Pseudomonas aeruginosa* bacteraemia in a tertiary hospital: Mortality and prognostic factors. *Med Clin (Barc)*, v. 152, n. 3, p. 83-89, 2019. doi: 10.1016/j.medcli.2018.04.020.
15. Kalil AC, Metersky ML, Klompas M, Muscedere J, Sweeney DA, Palmer LB, *et al.* Management of adults with hospital-acquired and ventilator-associated pneumonia: 2016 Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the American Thoracic Society. *Clin Infect Dis*, v. 63, n. 5, p. 61-111, 2016. doi: 10.1016/j.medcli.2018.04.020.
16. Khawaja T, Kirveskari J, Johansson S, Väisänen J, Djupsjöbacka A, Nevalainen A, *et al.* Patients hospitalized abroad as importers of multiresistant bacteria-a cross-sectional study. *Clin Microbiol Infect*, v. 23, n. 9, p. 673-675, 2017. doi: 10.1016/j.cmi.2017.02.003.

Alterações no comportamento alimentar durante o período de isolamento social na pandemia por covid-19

Changes in eating behavior during the period of social isolation in the covid-19 pandemic

Tamiris Andressa Leite¹
Milena Morelli de Oliveira¹
Elis Regina Ramos¹
Caryna Eurich Mazur²
Vania Schmitt²

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

²Nutricionista. Docente do Departamento de Nutrição (DENUT) da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO). Guarapuava, Paraná, Brasil.

Autor correspondente:

Caryna Eurich Mazur
E-mail: cemazur@unicentro.br

Recebido em 11/08/2021

Aprovado em 22/07/2022

RESUMO

Introdução: desde a deflagração da pandemia de covid-19 em 2020, parte da população brasileira passou por isolamento social, com cuidados para mitigar os efeitos do vírus. A fome emocional, desencadeada por situações de depressão, ansiedade, estresse, nas quais a comida é vista como uma compensação.

Objetivos: analisar as alterações no comportamento alimentar durante o período de isolamento social.

Método: aplicado formulário *on-line* veiculado nas mídias sociais tendo como público-alvo a população adulta.

Resultados: participaram da pesquisa 420 pessoas, 90% do sexo feminino, 91,7% estavam em isolamento com a família/amigos, 77,8% expuseram mudanças na alimentação, 53,8% afirmaram que estavam ingerindo mais alimentos. Entre aqueles que sentiam-se bem na quarentena, 93,9% relataram que tiveram mudanças em relação à alimentação, 65,2% consumiram maior quantidade de alimentos, 62,8% encontravam consolo na comida e 61% sentiam fome frequentemente ($p < 0,05$).

Conclusão: houve alteração no comportamento e hábito alimentar dos participantes durante o período de isolamento social.

Palavras-chave: Consumo de Alimentos; Distanciamento Físico; Transtorno da Compulsão Alimentar.

ABSTRACT

Introduction: since the outbreak of the covid-19 pandemic in 2020, part of the Brazilian population has gone through social isolation, with care to mitigate the effects of the virus. Emotional hunger, triggered by situations of depression, anxiety, stress, in which food is seen as a compensation.

Objectives: to analyze changes in eating behavior during the period of social isolation.

Method: an online form published on social media was applied, targeting the adult population.

Results: 420 people participated in the survey, 90% were female, 91.7% were in isolation with family/friends, 77.8% exposed changes in their diet, 53.8% said they were eating more food. Among those who felt good in quarantine, 93.9% reported that they had changes in relation to food, 65.2% consumed more food, 62.8% found solace in food and 61% felt hungry frequently ($p < 0.05$).

Conclusion: there was a change in the behavior and eating habits of the participants during the period of social isolation.

Keywords: Food Consumption; Physical Distance; Binge Eating Disorder.

INTRODUÇÃO

O mundo está vivenciando uma pandemia jamais vista. Trata-se de uma ameaça global, que exige esforços para atingir um objetivo em comum, frear a propagação do SARS-CoV-2 (covid-19), denominado novo coronavírus, que afeta principalmente o sistema respiratório humano^{1,2}. O distanciamento físico e social tem sido a principal medida de controle para diminuir a transmissão do vírus, porém essa medida gera uma interrupção nas atividades cotidianas da população^{2,3}. A Organização Mundial da Saúde (OMS) apresenta a necessidade da adoção de alguns cuidados indispensáveis, tais como: higienização das mãos e ambientes públicos, uso de máscaras, evitar aglomerações e optar pelo isolamento social, permanecendo no domicílio^{4,5}.

Assim como os demais países, o Brasil tem se esforçado para conter a disseminação do vírus. Os profissionais de saúde procuram adotar estratégias seguras e eficazes para lidar com a doença, minimizando os riscos a fim de garantir o acesso aos serviços de saúde para os casos que se encontram em estado grave, e reduzir a mortalidade e morbidade⁶.

O ato de se alimentar é uma função essencial para o ser humano⁷, e em meio a tantas circunstâncias angustiantes uma questão fundamental para a sobrevivência é a segurança alimentar, que atinge principalmente as pessoas em condições socioeco-

nômicas mais vulneráveis^{5,8}. Apesar do direito de todos ao acesso a alimentos de qualidade e quantidade suficientes, parte da população brasileira vive em estado de precariedade e insegurança alimentar⁹, o que tende a aumentar com grande parte da população tendo sua renda reduzida durante o isolamento social e com o crescente número de desempregados em todo o país^{10,11}.

Com o aumento da pobreza e maior dificuldade para o acesso a alimentos saudáveis, que auxiliam na função imunológica, é possível observar o consumo da dieta típica ocidental: grandes quantidades de gordura saturada, açúcares e carboidratos refinados, vêm crescendo e contribuindo para o desenvolvimento da obesidade, que é considerada um dos fatores de risco para o covid-19 grave¹². Vale ressaltar que hábitos alimentares não saudáveis podem impactar na recuperação do covid-19¹³.

Sabe-se que os hábitos alimentares e a qualidade da dieta podem ser afetados por distúrbios emocionais, como ansiedade, medo, estresse e que as escolhas alimentares não saudáveis podem ser resposta a mecanismos tanto fisiológicos quanto psicológicos¹. Enquanto a fome se caracteriza por uma sensação fisiológica, que sinaliza a necessidade de alimentos para manter as atividades orgânicas e por isso vem de forma gradual e acaba quando o organismo está saciado⁷, a fome emocional vai além do fisiológico, expressa a vontade de comer em função ao seu estado emocional, começa de forma súbita, geralmente exige um alimento específico e não acaba ao se alimentar¹⁴.

O comportamento alimentar pode ser caracterizado pela associação de três fatores determinantes: fisiológicos, cognitivo-motivacionais e ambientais. Os fatores fisiológicos podem ser definidos como principal justificativa das escolhas alimentares. Os fatores cognitivo-motivacionais estão associados com crenças e conhecimentos referentes à alimentação, decorrentes das preferências alimentares. E os fatores ambientais definem o acesso aos alimentos, que em conjunto com os demais fatores, influenciam as escolhas alimentares¹⁵.

As escolhas alimentares, quando interligadas aos fatores emocionais, podem contribuir para o desenvolvimento de complicações patológicas, bem como obesidade e distúrbios do comportamento alimentar¹⁴⁻¹⁶. Evidências comprovam que a dieta é o fator crucial para precipitação dos transtornos alimentares¹⁷. A ansiedade, depressão e sentimentos inespecíficos de tensão

despertados, principalmente em situações frustrantes e de aflição, como pode ser visto na situação atual, em que muitos indivíduos que estão vivendo em isolamento domiciliar sem previsão de retorno às atividades cotidianas, ou em situação de desemprego, podem ser considerados como ativadores da compulsão alimentar. A atitude descontrolada de ingerir quantidades elevadas de alimentos em um delimitado período é denominada Transtorno de Compulsão Alimentar. Esse comportamento pode ser utilizado como meio de enfrentar ou amenizar os problemas e ao mesmo tempo proporcionar a sensação de prazer. No entanto, é notório que em determinadas circunstâncias, ao vivenciar um momento de ansiedade ou estresse o indivíduo pode consumir alimentos de maneira indiscriminada para proporcionar um sentimento de conforto momentâneo¹⁸.

Assim, fica evidente que a qualidade da dieta está associada tanto à saúde física quanto mental. Desta forma, considerando que a alimentação é fundamental para o equilíbrio do organismo, torna-se importante avaliar o comportamento alimentar dos indivíduos e as influências que o isolamento social exerce sobre a relação entre os sentimentos e a alimentação.

Dessa forma, o objetivo desse estudo foi analisar as possíveis alterações no comportamento alimentar durante o período de isolamento social na pandemia por covid-19.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, cujos participantes foram selecionados por meio da metodologia bola de neve (*snowball sampling*).

População e amostra

O estudo foi realizado com adultos entre 18 anos e 59 anos 11 meses e 29 dias, durante o período de isolamento social ocasionado pela pandemia do covid-19, nos meses de julho a novembro de 2020. Os participantes foram convidados a responder um questionário *on-line* divulgado em várias plataformas de mídias sociais (WhatsApp, Facebook, Instagram, E-mail), composto por 18 questões. Todos os participan-

tes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos do estudo aqueles que não responderam todas as questões marcadas como obrigatórias no questionário.

Coleta de dados

A primeira etapa do estudo consistiu na formulação de um questionário com as seguintes variáveis: idade, sexo, situação atual do trabalho, se está sozinho ou com a família, presença de fatores emocionais e mudança nos hábitos alimentares.

Em virtude da situação inédita da pesquisa, ainda não há referências de questionários válidos para delimitação do tema. Assim, para o estudo foram formuladas questões com base nos questionários *Three-Factor Eating Questionnaire* (TFEQ-R18)¹⁹ e Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) (STAI Forma Y-1)²⁰. Ao final, foram consideradas 18 questões relativas à mudança na alimentação durante o isolamento, a quantidade ingerida, se a vontade em alimentar-se era modificada quando o indivíduo estava sozinho ou estressado, se a percepção de quantidade era alterada quando havia sentimentos como depressão e ansiedade. As respostas foram classificadas por “sim” ou “não”.

Análise dos dados

Foi realizada a tabulação dos dados no Excel® e analisados por meio de estatística descritiva, com médias, desvio-padrão, frequências relativas e absolutas. A comparação das variáveis qualitativas foi realizada por meio do Teste de Qui-quadrado de Pearson. As análises estatísticas foram realizadas com auxílio do Software SPSS versão 22.0, com nível de significância de 5%.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 420 pessoas, sendo a ampla maioria do sexo feminino (90%). A média de idade da amostra foi 28,6 ± 7,8 anos. A maioria estava no período de isolamento com a família e amigos (91,7%); 63,1% informaram que estavam em quarentena. Notou-se que as mulheres pertenciam ao grupo dos mais jovens da pesquisa ($p < 0,05$). Nesse grupo estavam os mais preocupados em relação à pandemia e que relataram maior estresse no período ($p < 0,05$) (Tabela 1).

Quanto à alimentação, conforme demonstrado na Tabela 2, 77,8% dos participantes expuseram mudanças na alimentação, sendo que 53,8% informaram que estavam ingerindo mais alimentos que o normal. A maioria dos participantes relatou que quando estavam estressados e ansiosos, sentiam mais fome (63,6%, 54,5%, respectivamente). Porém, não houve significância estatística para essas análises, mas somente para o quesito sentimentos durante a pandemia.

Conforme exposto na Tabela 3, quando comparados os grupos quanto a como se sentiam na quarentena, foi observado que 93,9% das pessoas que relataram não se sentir muito bem (n=164) tiveram mudança em relação à alimentação, 65,2% consumiam maior quantidade de alimentos,

62,8% encontravam consolo na comida e 61% sentiam fome frequentemente ($p<0,05$).

DISCUSSÃO

Com base nos resultados obtidos, observou-se que a maioria dos participantes com a chegada da pandemia sofreu modificações negativas em seu comportamento alimentar. Considerações semelhantes são descritas no estudo de Zeigler²¹, que enfatiza como a pandemia de covid-19 afetou significativamente a rotina alimentar da população. Além disso, o mesmo autor também destaca que estas mudanças alimentares são, principalmente, reflexos das emoções nocivas desencadeadas pela pandemia. Os resultados do presente estudo cor-

Tabela 1

Comparação entre os grupos etários com características emocionais vivenciadas na pandemia.

Variáveis % (n)	Total (n=420)	Grupo etário		p-valor*
		≤24 anos (n=195)	≥25 anos (n=225)	
Sexo				
Feminino	90,0 (378)	93,3 (182)	87,1 (196)	0,03
Masculino	10,0 (42)	6,7 (13)	12,9 (29)	
No período de isolamento social está em casa				
Com família/amigos	91,7 (385)	90,8 (177)	92,4 (208)	0,536
Sozinho(a)	8,3 (35)	9,2 (18)	7,6 (17)	
Em relação à pandemia				
Estava em quarentena	63,1 (265)	67,2 (131)	59,6 (134)	0,106
Não estava em quarentena	36,9 (155)	32,8 (64)	40,4 (91)	
Preocupação excessiva com a pandemia				
Sim	49,0 (206)	54,9 (107)	44,0 (99)	<0,001
Não	51,0 (214)	45,1 (88)	56,0 (126)	
Estresse nesse período				
Sim	59,3 (249)	70,3 (137)	49,8 (112)	<0,001
Não	40,7 (171)	29,7 (58)	50,2 (113)	
Ansiedade nesse período				
Sim	64,0 (269)	67,7 (132)	60,9 (137)	0,147
Não	36,0 (151)	32,3 (63)	39,1 (88)	

* Qui-quadrado.

roboram essas descobertas mostrando que sentimentos de estresse e ansiedade foram relatados por mais de 50% dos entrevistados.

Dentre as modificações ocorridas nos hábitos alimentares ao longo da pandemia, o aumento na ingestão alimentar foi a principal, sendo

descrita por mais da metade dos entrevistados (53,8%). O estudo de Kriaucioniene *et al.*²² obteve resultados similares, 49,4% dos participantes estavam comendo mais do que o usual durante a quarentena do covid-19. No presente estudo, pensando nos fatores desencadeadores

Tabela 2
Comparação na quarentena com variáveis de fome e apetite.

Variáveis % (n)	Total (n=420)	Estava em quarentena		p-valor*
		Sim (n=265)	Não (n=155)	
Mudança em relação à alimentação				
Sim	77,9 (327)	79,6 (211)	74,8 (116)	0,255
Não	22,1 (93)	20,4 (54)	25,2 (39)	
Em relação à quantidade ingerida				
Mais que o normal	53,8 (226)	55,5 (147)	51,0 (79)	0,310
Menos que o normal	15,2 (64)	13,2 (35)	18,7 (29)	
Sem alteração	31,0 (130)	31,3 (83)	30,3 (47)	
Sente vontade de comer quando está estressado(a)				
Sim	63,6 (267)	63,8 (169)	63,2 (98)	0,910
Não	36,4 (153)	36,2 (96)	36,8 (57)	
Consolo-me comendo quando me sinto sozinho(a)				
Sim	47,6 (200)	46,0 (122)	50,3 (78)	0,396
Não	52,4 (220)	54,0 (143)	49,7 (77)	
Quando estou ansioso(a) como para me acalmar				
Sim	54,5 (229)	55,8 (148)	52,3 (81)	0,476
Não	45,5 (191)	44,2 (117)	47,7 (74)	
Quando estou deprimido(a) como mais				
Sim	45,7 (192)	47,5 (126)	42,6 (66)	0,324
Não	54,3 (228)	52,5 (139)	57,4 (89)	
Frequentemente sinto fome				
Sim	53,1 (223)	56,2 (149)	47,7 (74)	0,09
Não	46,9 (197)	43,8 (116)	52,3 (81)	
Na quarentena como se sentia na maior parte do tempo				
Não muito bem	39,0 (164)	43,0 (114)	32,3 (50)	0,02
Bem na medida do possível	61,0 (256)	57,0 (151)	67,7 (105)	

* Qui-quadrado.

desse cenário, observa-se que o estresse foi a característica emocional mais associada ao aumento da vontade de comer durante esse período. O estudo conduzido por Costa²³ explica que essa correlação acontece devido aos maiores níveis de estresse induzirem o desenvolvimento da alimentação emocional.

Nesse sentido, a fome emocional se traduz quando o indivíduo enxerga a comida como refúgio para

suprir sentimentos negativos e/ou buscar conforto e felicidade. Igualmente, em razão do momento delicado pelo qual o mundo passa atualmente, a fome emocional surge em meio à busca por amparo, consolação e prazer através do alimento^{12,24}. Ainda, nota-se que o bem-estar da população também está constantemente afetado²⁵, e isto pode ser evidenciado pelos resultados, pois mais de um terço dos entrevistados (39%) relataram não estarem se sentindo muito bem na quarentena.

Tabela 3

Comparação na quarentena com as variáveis de alimentação e sentimentos.

Variáveis % (n)	Na quarentena, como se sentia na maior parte do tempo		p-valor*
	Não muito bem (n=164)	Bem, na medida do possível (n=256)	
Mudança em relação à alimentação			
Sim	93,9 (154)	67,6 (173)	<0,001
Não	6,1 (10)	32,4 (83)	
Em relação à quantidade ingerida			
Mais que o normal	65,2 (107)	46,5 (119)	<0,001
Menos que o normal	14,6 (24)	15,6 (40)	
Sem alteração	20,1 (33)	37,9 (97)	
Sinto vontade de comer quando está estressado(a)			
Sim	70,7 (116)	59,0 (151)	0,02
Não	29,3 (48)	41,0 (105)	
Consolo-me comendo quando me sinto sozinho(a)			
Sim	62,8 (103)	37,9 (97)	<0,001
Não	37,2 (61)	62,1 (159)	
Quando estou ansioso(a) como para me acalmar			
Sim	64,6 (106)	48,0 (123)	<0,001
Não	35,4 (58)	52,0 (133)	
Quando estou deprimido(a) como mais			
Sim	57,9 (95)	37,9 (97)	<0,001
Não	42,1 (69)	62,1 (159)	
Frequentemente sinto fome			
Sim	61,0 (100)	48,0 (123)	0,01
Não	39,0 (64)	52,0 (133)	

* Qui-quadrado.

O estudo de Faro *et al.*²⁶ explicou que a duração da quarentena e o distanciamento social prejudicaram a saúde mental da população. A preocupação com a prevenção e contenção da covid-19, e o impacto negativo causado pelo vírus nos setores econômicos, políticos e sociais abalaram, significativamente, o estado psicológico dos indivíduos²⁵.

Os participantes dessa pesquisa que já estavam se sentindo mal, tiveram percentuais mais altos nas questões relacionadas à influência do estresse, solidão, ansiedade e depressão sobre as variáveis fome e apetite. Isso demonstra claramente como o comportamento alimentar está fortemente associado ao estado emocional do indivíduo²⁷.

Outro ponto importante do estudo foi que a quarentena por si só não demonstrou afetar de forma mais significativa o comportamento alimentar dos participantes, dado que as questões referentes ao comer emocional obtiveram porcentagens semelhantes para aqueles que estavam ou não em quarentena. Deste modo, certifica-se, portanto, que a existência de uma pandemia mundial já é um evento estressante²⁵.

A pesquisa de De Pasquale *et al.*²⁷ também demonstrou que na pandemia especificamente as mulheres manifestaram níveis mais elevados de tensão, fadiga, depressão, confusão e distúrbios de humor, fundamentados no medo que elas sentiam da covid-19. Como no presente trabalho 90% do público era feminino, isso pode ter favorecido para obtenção de porcentagens consideráveis em todas as questões pertinentes à vivência de características emocionais desagradáveis.

Além do comer emocional estar relacionado a desfechos psicológicos ruins²⁸, ele também pode levar a uma piora do estado nutricional do indivíduo. Especificamente, quando se pensa em sobrepeso e obesidade o problema torna-se ainda maior, uma

vez que ambos são fatores de risco para diversas enfermidades, incluindo maior gravidade e mortalidade pela covid-19²⁹.

Portanto, é necessário um olhar mais atento para o comportamento alimentar da população. Entender como as emoções estão interferindo na variável fome e apetite pode evitar que mudanças alimentares negativas sejam instauradas. Por fim, sabe-se que a alimentação e nutrição têm um papel extremamente importante na prevenção e progressão da covid-19, entrando como um pilar fundamental para amenizar os danos causados pela doença e igualmente sua prevenção.

CONCLUSÃO

O medo causado por uma situação adversa causou alteração no comportamento e no hábito alimentar dos participantes durante o período de isolamento social: houve aumento da ingestão alimentar e, possivelmente, piora na qualidade da alimentação na maioria dos casos. Nesta perspectiva, observa-se o impacto da pandemia na integridade da saúde nutricional e mental dos participantes, destacando a influência dos fatores psicossociais nos hábitos alimentares e enfatizando a importância dos cuidados com alimentação associados à melhor qualidade de vida.

Entender os hábitos de nutrição da população durante o isolamento pela pandemia de covid-19 pode ajudar as autoridades sanitárias a formular possíveis estratégias preventivas em relação às doenças crônicas relacionadas à nutrição e apoiar comportamentos alimentares, por meio de programas de saúde pública durante epidemias futuras. Além de reduzir os impactos causados pela atual situação pandêmica em grupos vulneráveis e na sociedade como um todo.

REFERÊNCIAS

1. Naja F, Hamadeh R. Nutrition amid the COVID-19 pandemic: a multi-level framework for action. *European Journal of Clinical Nutrition* 2020, 74(8): 1-5. DOI: 10.1038/s41430-020-0634-3
2. Parasher A. COVID-19: Current understanding of its Pathophysiology, Clinical presentation and Treatment. *Postgraduate Medical Journal*, 2021, 97:312-320. DOI: 10.1136/postgradmedj-2020-138577
3. Hart JL, Turnbull AE, Oppenheim IM, Courtright KR. Family-Centered Care During the COVID-19 Era. *Journal of Pain and Symptom Management* 2020, 60(2): 93-97. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2020.04.017

4. Organização Mundial Da Saúde (OMS). Pandemic COVID-19. Disponível em: <https://www.who.int/pt>. Acesso em 21/07/2021.
5. Oliveira TC, Abranches MV, Lana RM. Food (in)security in Brazil in the context of the SARS-CoV-2 pandemic. *Caderno Saúde Pública* 2020, 36(4). DOI: 10.1590/0102-311X00055220
6. Moock M, Mello PMVC. Pandemia do Covid-19. *Revista Brasileira Terapia Intensiva* 2020, 32(1). DOI: 10.5935/0103-507X.20200001
7. Deram S. O peso das dietas Emagreça de forma sustentável dizendo não as dietas. Sextante: Rio de Janeiro; 2018.
8. Giel KE, Schurr M, Zipfel S, Junne F, Schag K. Eating behavior and symptom trajectories in patients with a history of binge eating disorder during COVID-19 pandemic. *European Eating Disorders Review* 2021, 29: 657-662. DOI: 10.1002/erv.2837
9. Rigon SA, Schmidt ST, Bógus CM. Desafios da nutrição no Sistema Único de Saúde para construção da interface entre a saúde e a segurança alimentar e nutricional. *Cadernos de Saúde Pública* 2016, 32(3): 00164514. DOI: 10.1590/0102-311X00164514
10. Maranhão RA, Senhoras EM. Pacote econômico governamental e o papel do BNDES na guerra contra o novo coronavírus. *Boletim de Conjuntura (BOCA)* 2020, 2(4): 27-39. DOI: 10.5281/zenodo.3748888
11. Jaime PC. Pandemia de COVID19: implicações para (in)segurança alimentar e nutricional. *Ciência e Saúde Coletiva* 2020, 25(7). DOI: 10.1590/1413-81232020257.12852020
12. Butler J, Barrientos RM. The impact of nutrition on COVID-19 susceptibility and long-term consequences. *Brain, behavior, and immunity*, 2020 87: 53-54. DOI: 10.1016/j.bbi.2020.04.040
13. Finer N, Garnett SP, Bruun JM. Covid-19 and obesity. *Journal Clinical Obesity* 2020, 10: 1-2. DOI: 10.1111/cob.12365
14. Reents J, Seidel AK, Wiesner CD, Pedersen A. The Effect of Hunger and Satiety on Mood-Related Food Craving. *Frontiers in Psychology* 2020, 11: 2834. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.568908
15. Contento I. *Nutrition Education: Linking Research, Theory, and Practice*. Boston: Jones and Bartlett Publishers 2011, 17(1): 43-62.
16. Devonport TJ, Nicholls W, Fullerton C. A systematic review of the association between emotions and eating behaviour in normal and overweight adult populations. *Journal of Health Psychology*, 2019, 24(1):.3-24. DOI: 10.1177/1359105317697813
17. Alvarenga M *et al.* (Org.). *Nutrição comportamental*. 2 ed. Manole: Barueri; 2018.
18. Garcia GD, Pompeo DA, Eid LP *et al.* Relação entre sintomatologia ansiosa, depressiva e compulsão alimentar em pacientes com doenças cardiovasculares. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2018, 26:.3040. DOI: 10.1590/1518-8345.2567.3040
19. Natacci, L.C.; Ferreira Junior, M. The three factor eating questionnaire – R21: tradução para o português e aplicação em mulheres brasileiras. *Revista de Nutrição* 2011, 24, (3). DOI: 10.1590/S1415-52732011000300002
20. Biaggio AMB, Natalício L. *IDATE: Inventário de Ansiedade Traço-Estado Manual*. Rio de Janeiro: CEPA; 2003.
21. Zeigler Z. COVID-19 Self-quarantine and Weight Gain Risk Factors in Adults. *Current obesity reports*, 2021: s13679-021-00449-7. DOI: 10.1007/s13679-021-00449-7

22. Kriaucioniene V, Bagdonaviciene L, Rodríguez-Pérez C, Petkeviciene J. Associations between Changes in Health Behaviours and Body Weight during the COVID-19 Quarantine in Lithuania: The Lithuanian COVIDiet Study. *Nutrients* 2020, 12(10): 3119. DOI: 10.3390/nu12103119
23. Costa JWS, Silva KKM, Bezerra CMB *et al.* Estresse e comportamento alimentar durante a graduação de Enfermagem: estudo transversal. *Online Brazilian Journal of Nursing* 2017, 16: 41-43. DOI: 10.1590/S0080-623420140000300018
24. De Aro F, Pereira BV, Bernardo DNA. Comportamento alimentar em tempos de pandemia por Covid-19. *Brazilian Journal of Development*, 2021, 7(6):59736-59748. DOI: 10.34117/bjdv7n6-386
25. Enumo SRF, Weide JN, Vicentini ECC *et al.* Enfrentando o estresse em tempos de pandemia: proposição de uma Cartilha. *Estudos de Psicologia* 2020, 37: e200065. DOI: 10.1590/1982-0275202037e200065
26. Faro A, Bahiano MA, Nakano TC *et al.* COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. *Estudos de Psicologia* 2020, 37: e200074. DOI: 10.1590/1982-0275202037e200074
27. De Pasquale C, Sciacca F, Conti D *et al.* Relations between mood states and eating behavior during COVID-19 pandemic in a sample of Italian college students. *Frontiers in Psychology*, 2021, 12:684195. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.684195
28. Mcatamney K, Mantzios M, Egan E, Wallis DJ. Emotional eating during COVID-19 in the United Kingdom: Exploring the roles of alexithymia and emotion dysregulation. *Appetite* 2021, 161: 105-120. DOI: 10.1016/j.appet.2021.105120
29. Hussain A, Mahawar K, Xia Z *et al.* Obesity and mortality of COVID-19. Meta-analysis. *Obesity research & clinical practice* 2020, 14(4): 295-300. DOI: 10.1016/j.orcp.2020.07.002

Análise comparativa das diferentes ferramentas de triagem nutricional utilizadas em pacientes oncológicos: uma revisão

Comparative analysis of different nutritional screening tools used in cancer patients: a review

Bruna Paula de Assis Evangelista¹

Leticia Crestan Toneto² 

Carla Andressa Martins³ 

¹Nutricionista autora, Pós-graduanda em Nutrição Oncológica da Fundação Beneficente Rio Doce. Linhares, Espírito Santo, Brasil.

²Nutricionista orientadora, Pós-graduanda em Nutrição Materno Infantil e Nutrição Clínica, Nutricionista Clínica na Fundação Beneficente Rio Doce. Linhares, Espírito Santo, Brasil.

³Nutricionista Co-orientadora, Pós-graduanda em Gastronomia Hospitalar, Nutricionista de Produção na Fundação Beneficente Rio Doce. Linhares, Espírito Santo, Brasil.

Autor correspondente:

Bruna Paula de Assis Evangelista.
E-mail: brunapaula_11@hotmail.com

Recebido em 04/02/2022

Aprovado em 06/06/2022

RESUMO

Introdução: a triagem nutricional é o ponto de partida para se avaliar o estado nutricional. Visando contribuir para tornar o processo de escolha das triagens mais assertivo, o objetivo deste estudo foi realizar uma análise comparativa das diferentes ferramentas utilizadas em pacientes oncológicos.

Metodologia: trata-se de uma revisão sobre artigos cujas amostras utilizaram pacientes oncológicos e analisaram desfechos da aplicação de triagens. Doze estudos foram selecionados. A análise dos artigos se deu principalmente quanto à análise das ferramentas em comparação com uma referência.

Conclusão: foram avaliadas doze ferramentas, sendo as mais utilizadas a NRS 2002 e PG-SGA. Quanto aos desfechos, a MST e NRS 2002 se sobressaíram. Segundo a sensibilidade e especificidade a PG-SGA apresentou melhores resultados. Sugere-se que novos estudos sejam realizados em diferentes contextos e populações oncológicas. Aconselha-se que seja considerado particularidades do ambiente em que a ferramenta será utilizada para a escolha.

Palavras-chave: Avaliação Nutricional; Neoplasias; Desnutrição.

ABSTRACT

Introduction: nutritional screening is the starting point for assessing nutritional status. Aiming to help patients make the process of choosing the screenings more assertive, the objective of the study was to carry out a comparative analysis of the different tools used in oncology.

Methodology: this is a review of articles whose samples used performed cancer patients and analyzed outcomes of the application of screenings. Twelve studies were selected. The analysis of the articles was mainly related to the analysis of the tools in comparison with a reference.

Conclusion: some tools were used, the most used being NRS 2002 and PG-SGA. As for orders, MST and NRS 2002 stood out. According to sensitivity and specificity, PG-SGA showed better results. It is suggested that further studies be carried out in different contexts and oncological populations. It is advisable to consider particularities of the environment in which the tool will be used for the choice.

Keywords: Nutritional Assessment; Neoplasms; Malnutrition.

INTRODUÇÃO

Dentre as diversas patologias que ameaçam a vida humana está o câncer, essa enfermidade caracteriza-se pelo desenvolvimento desordenado de células com o material genético alterado, que podem se espalhar por tecidos e órgãos e formar tumores neoplásicos¹.

As alterações do perfil populacional e hábitos de vida nos últimos anos, como o aumento do consumo de bebidas alcoólicas, inatividade física e maus hábitos alimentares, favoreceram o aumento exponencial de novos casos de câncer no mundo. A World Health Organization (WHO), em seu relatório mundial publicado em 2020, estimou um aumento de 62% de novos casos nos próximos 20 anos, sobretudo em países onde os serviços para o tratamento do câncer são menos desenvolvidos².

A nutrição exerce um papel fundamental em todas as fases da vida, além de fornecer suporte para a manutenção da saúde e recuperação do indivíduo enfermo. O objetivo do nutricionista é garantir que o paciente tenha uma alimentação adequada, que assegure o aporte necessário de macro e micronutrientes, considerando a patologia e a individualidade, com o objetivo de preservar ou recuperar o estado nutricional, pois, esse será determinante para a evolução clínica³.

No entanto, a alimentação não está relacionada apenas aos fatores de risco para o desenvolvimento do câncer, sendo fator primordial também para o tratamento. O estado nutricional é uma das principais preocupações quando se trata dos pacientes acometidos por essa patologia, uma vez que o câncer desencadeia alterações sobre o metabolismo, como o aumento do gasto energético, maior produção de marcadores inflamatórios e liberação de substâncias catabólicas. Além disso, pacientes em tratamento oncológico, como a

quimioterapia e radioterapia, tendem a apresentar inúmeros sintomas que influenciam a alimentação e consequentemente o estado nutricional⁴.

Segundo o estudo de Capelare & Ceni, 2018⁵, sobre o comportamento alimentar de pacientes em tratamento oncológico, acima de 90% dos avaliados apresentaram algum sintoma gastrointestinal, tais como xerostomia, disgeusia, náuseas e mucosite⁵, contribuindo para que a desnutrição seja habitual nesses pacientes, uma vez que prevalência de desnutrição nesse grupo pode chegar a 80%, dos quais 10 a 20% dos óbitos na oncologia podem ser atribuídos à desnutrição⁶.

Sendo assim, a terapia nutricional busca minimizar os índices de desnutrição e suas consequências, por meio da triagem nutricional, que tem como objetivo identificar indivíduos em risco nutricional ou com quadro de desnutrição já instalado destacando pacientes que necessitam precocemente da terapia nutricional⁷.

Neste contexto, mesmo com algumas triagens disponíveis, a principal dificuldade encontrada no atendimento oncológico atualmente, é inespecificidade de algumas ferramentas e as limitações que apresentam quando usadas isoladamente, corroborando a ausência de um consenso sobre uma ferramenta que seja padrão ouro para esse público⁸.

Visto que, de uma forma geral, as principais características avaliadas em triagens nutricionais são seu grau de sensibilidade, que condiz com quantidade de resultados positivos para pacientes que sejam de fato desnutridos e especificidade, sendo essa a capacidade desta mesma ferramenta apresentar resultados negativos para aqueles que não apresentam desnutrição⁹ e, visando contribuir para tornar o processo de escolha do método de triagem mais assertivo, o objetivo do estudo foi realizar uma análise comparativa das diferentes ferramentas de triagem de risco nutricional especificamente para pacientes em tratamento oncológico.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, realizado por meio de uma revisão, referente ao trabalho de conclusão de residência multiprofissional em saúde (Figura 1).

Foram realizadas buscas de literatura nas bases de dados científicas da Biblioteca Virtual em

Saúde: *Medline* (PubMed), na qual foram encontrados setenta artigos, *Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde* (LILACS), com trezentos e oitenta e oito artigos encontrados, e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), com quatro artigos, totalizando assim quatrocentos e sessenta e dois artigos.

Para a busca foram utilizados os seguintes Descritores em Ciência da Saúde (DeCS), 'avaliação nutricional', 'neoplasias' e 'desnutrição'; em inglês: 'nutrition Assessment', 'neoplasms' e 'malnutrition' e, em espanhol: 'evaluación Nutricional', 'neoplasias' e 'desnutrición'.

Os critérios de inclusão foram definidos previamente, sendo os seguintes: artigos dos quais a população da amostra fosse de pacientes diagnosticadas com câncer, no período de 2011 a 2021, que utilizaram triagens de risco nutricional e cuja língua fosse inglês, português ou espanhol.

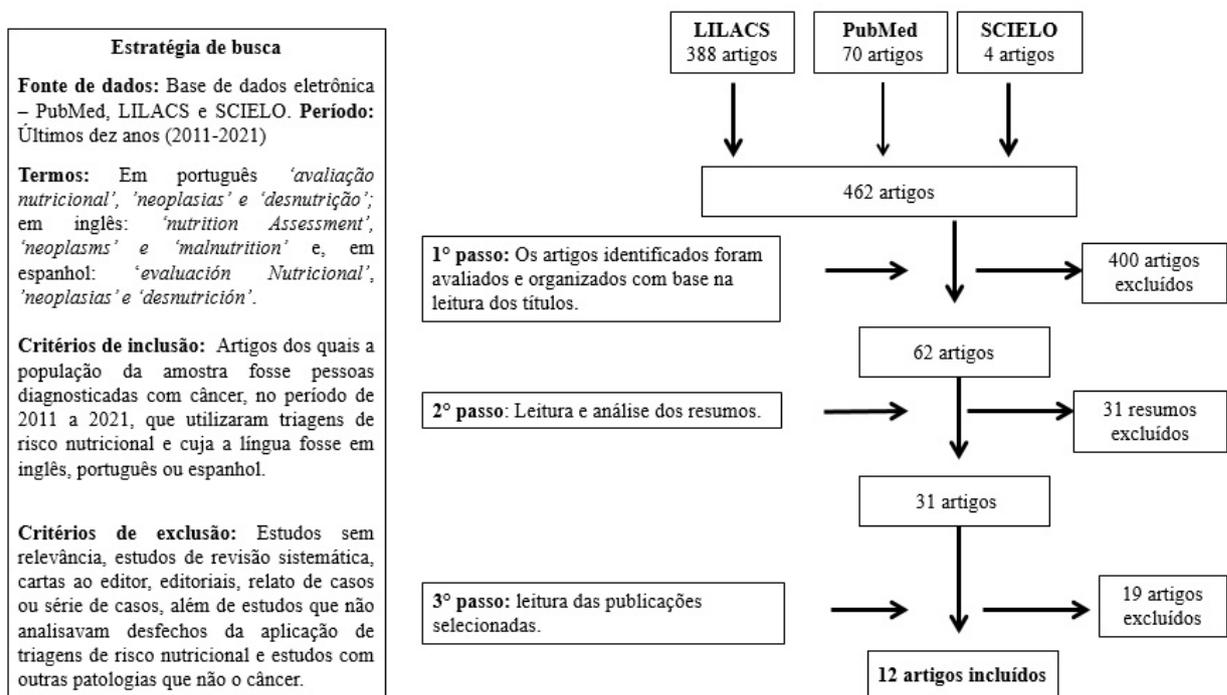
Foram excluídos estudos sem relevância, estudos de revisão sistemática, cartas ao editor, editoriais, relato de casos ou série de casos, além de estudos que não analisavam desfechos da aplicação de triagens de risco nutricional e estudos com outras patologias que não o câncer.

Utilizou-se a estrutura da ferramenta PICO para realizar o direcionamento da revisão. Em relação à população foram selecionados apenas artigos cuja amostra envolvia pacientes oncológicos. Já para a intervenção, foram eleitos artigos nos quais foi realizada triagem nutricional; além disso, deviam comparar mais de um tipo de triagem e que cujo desfecho sinalizassem risco nutricional ou não.

A seleção dos artigos transcorreu da seguinte forma, a primeira parte correspondeu à leitura de títulos para seleção das publicações. Nessa fase, foram encontrados um total de quatrocentos e sessenta e dois artigos, e destes, quatrocentos artigos foram excluídos. Em seguida, os artigos foram submetidos à leitura de resumos, sendo excluídos nessa fase, trinta e um artigos. As exclusões foram realizadas de acordo com os critérios. Por fim, realizou-se a leitura das publicações selecionadas, restando após essa fase doze artigos para a revisão.

A análise dos artigos se deu quanto à validade das ferramentas analisadas em comparação com um método de referência, além dos resultados quanto ao desfecho de risco nutricional ou não, e dos percentuais de sensibilidade e especificidade, quando apresentados.

Figura 1
Fluxograma da revisão de literatura.



RESULTADOS E DISCUSSÃO

A figura 1 apresenta o processo de levantamento das publicações e de seleção dos artigos, compondo assim a revisão de doze estudos.

A tabela 1 apresenta a distribuição dos artigos de acordo com o público estudado, contendo os autores, ano de publicação, local, número da amostra utilizada, idade média e grupo participante.

Dos 12 estudos selecionados, grande parte deles foram realizados na China (41,6%), e apenas um foi realizado no Brasil, sendo o único também na América do Sul. No que diz respeito às amostras, observou-se que apesar de todos serem pacientes oncológicos, os subgrupos abordados foram diversos, dentre pacientes atendidos ambulatorial-

mente ou em internação hospitalar, o tipo de tratamento também foi variável, contendo pacientes em radioterapia, quimioterapia, pré-cirúrgicos e em estágios avançados. Além disso, vários foram os tipos de tumores citados, como o gástrico, colorretal, de laringe e sistema nervoso central.

A tabela 2 dispõe sobre a distribuição dos artigos, contendo objetivo, as ferramentas de triagem utilizadas e os principais desfechos.

Ferramentas de Triagem

A amostra foi constituída por doze estudos que utilizaram as seguintes ferramentas de triagens nutricionais: Nutrition Risk Score 2002 (NRS 2002), Avaliação subjetiva global (ASG), Malnutrition Universal Screening Tool (MUST), Avaliação

Tabela 1

Característica dos artigos analisados segundo os locais, amostra, idade e grupos participantes. Brasília-DF, 2022.

Autor/Ano	Local	Amostra (N)	Idade (média)	Grupo participante
Chi <i>et al.</i> , 2014 ¹⁰	China	280	62,9	Pacientes oncológicos com câncer gástrico submetidos a cirurgia eletiva
Gallois <i>et al.</i> , 2019 ¹¹	França	168	70	Pacientes oncológicos com câncer colorretal metastático
Hettiarachchi <i>et al.</i> , 2018 ¹²	Sri Lanka	100	58,6	Pacientes oncológicos atendidos ambulatorialmente
Ye <i>et al.</i> , 2018 ¹³	China	255	76,5	Pacientes oncológicos idosos com câncer gastrointestinal
Ma <i>et al.</i> , 2020 ¹⁴	China	197	62,09	Pacientes oncológicos com câncer de laringe internados
Chen <i>et al.</i> , 2020 ¹⁵	China	1001	65	Pacientes oncológicos com câncer gástrico em estágio I a III
Yang <i>et al.</i> , 2019 ¹⁶	China	114	57,1	Pacientes oncológicos com câncer gástrico e obstrução pilórica em pré-operatório
Bella <i>et al.</i> , 2019 ¹⁷	Austrália	201	60	Pacientes oncológicos atendidos ambulatorialmente
Shaw <i>et al.</i> , 2014 ¹⁸	Alemanha	126	59	Pacientes oncológicos
Demirel <i>et al.</i> , 2018 ¹⁹	Turquia	124	52	Pacientes oncológicos com câncer de cabeça e pescoço ou tumores do sistema nervoso central que estão em radioterapia
Van <i>et al.</i> , 2019 ²⁰	Vietnã	270	56,3	Pacientes oncológicos
Peixoto <i>et al.</i> , 2017 ²¹	Brasil	65	58,53	Pacientes oncológicos atendidos ambulatorialmente

Tabela 2**Distribuição dos artigos relacionados à triagem nutricional em pacientes oncológicos.**

Autor/ Ano	Objetivo	Ferramentas de triagem	Principais resultados
Chi <i>et al.</i> , 2014 ¹⁰	Descrever o estado nutricional e comparar a facilidade de uso, diversidade e concordância entre triagens	NRS 2002; ASG	A NRS 2002 é mais adequada na prática de enfermagem do que o ASG e parece detectar mais pacientes com risco nutricional na faixa etária >70 anos
Gallois <i>et al.</i> , 2019 ¹¹	Comparar prospectivamente as triagens e sua correlação com as toxicidades relacionadas ao tratamento e sobrevida	NRI; ASG-PPP	O escore ASG-PPP parece ser a melhor ferramenta de avaliação nutricional por causa de sua forte associação com resultados oncológicos clinicamente relevantes
Hettiarachchi <i>et al.</i> , 2018 ¹²	Avaliar a concordância entre as triagens para detectar o risco de desnutrição	MUST; ASG-PPP	A MUST teve alto nível de concordância com ASG-PPP para detectar pacientes em risco de desnutrição
Ye <i>et al.</i> , 2018 ¹³	Avaliar e comparar três ferramentas de triagem comuns com os novos critérios de diagnóstico da ESPEN	NRS 2002; MUST; MNA-SF	A MUST foi considerada com melhor desempenho para identificar os pacientes idosos desnutridos
Ma <i>et al.</i> , 2020 ¹⁴	Comparar triagens e identificar qual é a mais precisa	NRS 2002; MUST; MST	A NRS 2002 identificou melhor os pacientes em risco de longa permanência e a MUST foi superior ao MST em relação aos parâmetros propostos no artigo
Chen <i>et al.</i> , 2020 ¹⁵	Avaliar se as ferramentas de triagem utilizadas poderiam ser usadas para identificar caquexia	MUST; NRS 2002; MST; SNAQ	O MST foi a ferramenta mais eficaz para detectar a caquexia do câncer nesta população
Yang <i>et al.</i> , 2019 ¹⁶	Comparar a eficácia da ASG-PPP e da NRS 2002 para avaliar o estado nutricional	ASG-PPP; NRS 2002	A ASG-PPP foi mais adequada para avaliar o estado nutricional com maior eficácia diagnóstica
Bella <i>et al.</i> , 2019 ¹⁷	Comparar a confiabilidade entre a ferramenta MST conduzido pelo paciente em relação à ASG	MST; ASG	O MST conduzido pelo paciente demonstrou ser um método confiável e válido de triagem nutricional
Shaw <i>et al.</i> , 2014 ¹⁸	Avaliar a sensibilidade de uma nova ferramenta de triagem- RMNST e do MST em relação ao ASG-PPP	RMNST; MST; ASG-PPP	RMNST teve uma ótima sensibilidade, embora tivesse uma especificidade pobre; o MST teve uma sensibilidade inferior de 66%
Demirel, <i>et al.</i> , 2018 ¹⁹	Comparar três ferramentas de triagem para desnutrição em pacientes	ASG; MNA; NRS 2002	A melhor concordância nas ferramentas foi observada entre ASG e MNA em todos os pacientes
Van <i>et al.</i> , 2019 ²⁰	Determinar a validade de uma nova triagem, a BBT em comparação com a ASG-PPP	BBT; ASG-PPP	O BBT foi validado tem boa sensibilidade e especificidade se comparado ao ASG-PPP
Peixoto <i>et al.</i> , 2017 ²¹	Comparar diferentes métodos de triagem nutricional	MST; NRS 2002; MNA-SF; NutriScore; ASG-PPP	A NutriScore e a NRS 2002 apresentaram associação estatisticamente significante com a ASG-PPP

Subjetiva Global Produzida Pelo Próprio Paciente (ASG-PPP), Mini Avaliação Nutricional (MNA), Malnutrition Universal Screening (MST), Short Nutritional Assessment Question (SNAQ), Mini Avaliação Nutricional Simplificada (MNA SF), Nutritional Risk Indicator (NRI), NutriScore, além de duas novas propostas de ferramentas para utilização específica em pacientes oncológicos, a Royal Marsden Nutrition Screening Tool (RMNST)¹⁸ e a Bach Mai Boston Too (BBT)²⁰, ambas validadas de acordo com o artigo correspondente.

As ferramentas que foram mais comumente utilizadas foram a NRS 2002, utilizada em sete dos doze artigos, além da ASG-PPP, utilizada em seis artigos, sendo em alguns deles utilizada como 'padrão ouro'. Seguida pela MST, MUST, ASG e MNA.

Quanto aos desfechos, os resultados se mostraram distintos, grande parte pelo fato de que várias ferramentas foram utilizadas. No entanto, algumas das ferramentas destacadas foram a MST, NRS 2002 e ASG-PPP, descritas mais detalhadamente a seguir.

Nutrition Risk Score 2002 (NRS 2002)

A NRS 2002 foi desenvolvida com a finalidade de identificar pacientes que necessitam de suporte nutricional, sendo direcionada para utilização em pacientes hospitalizados. É uma ferramenta recomendada pela Sociedade Europeia de Nutrição Clínica e Metabolismo (ESPEN)^{10,13-14,16,19,21,22}.

Essa ferramenta é estruturada em duas etapas, contendo informações sobre perda de peso não intencional, ingestão de alimentos, índice de massa corporal (IMC), gravidade da doença, além do acréscimo de um ponto se o paciente tiver idade superior a 70 anos. Ao final, se a pontuação total for menor que 3 o indivíduo é classificado como 'sem risco' e se a pontuação for maior ou igual a 3, é definido como 'em risco de desnutrição'^{10,13-14,16,19,21,22}.

O estudo brasileiro que comparou a NRS 2002 com as ferramentas MST, MAN-SF, NutriScore e ASG-PPP em 65 pacientes oncológicos ambulatoriais, teve como resultado uma associação estatisticamente significativa entre a ASG-PPP, que é considerada padrão ouro, a NRS 2002 e a NutriScore, no entanto, foram identificados um maior número de pacientes sem risco, logo a hipótese de que há um maior número de pacientes em risco entre hospitalizados do que atendidos ambulatorialmente²¹.

O estudo de Chi *et al.*, 2014¹⁰, por sua vez, foi realizado em pacientes oncológicos hospitalizados, submetidos a cirurgia. A amostra continha 230 pacientes e as triagens utilizadas foram NRS 2002 e ASG, sendo que destes a NRS 2002 classificou 53,2% como em risco de desnutrição e a ASG avaliou apenas 33,9%, como desnutridos. A concordância observada entre as duas foi de 76,4% indicando uma alta prevalência de risco nutricional em pacientes hospitalizados e concluindo que a NRS 2002 é mais adequada do que o ASG para identificar o estado nutricional desses pacientes¹⁰.

Avaliação Nutricional Subjetiva Global (ASG)

A ASG é uma ferramenta desenvolvida por Detsky *et al.*, 1987²³. Por ser sucinta, é muito utilizada em âmbito hospitalar e tem como pontos fortes sua fácil utilização e baixo custo. É composta por questões referentes à ingestão alimentar, mudança de peso, questões gastrointestinais, além de capacidade funcional e exame físico^{17,19}. Suas classificações são A, B ou C, em que A classifica o indivíduo como bem nutrido, B desnutrição leve a moderada e C desnutrição grave¹⁷.

No entanto, essa ferramenta depende totalmente da capacidade do avaliador em detectar subjetivamente as alterações nutricionais que são significativas no paciente, sendo essa considerada em alguns casos como uma grande limitação²⁴.

Segundo o estudo de Demirel *et al.*, 2018¹⁹, realizado com uma amostra de 124 pacientes e que comparou a ASG com outras duas ferramentas de triagem (MNA e NRS 2002), com objetivo principal de estimar a diferença entre essas ferramentas, obteve como resultado uma concordância significativa entre a MNA e ASG. O risco nutricional foi encontrado em 31% dos pacientes, segundo a ASG, também 31% com MNA e 23% com NRS 2002¹⁹.

Já Bella *et al.*, 2019¹⁷ considerando a ASG como padrão ouro, identificou em seu estudo que dos 226 pacientes oncológicos ambulatoriais, 82% foram classificados como 'bem nutridos' e 18% como 'desnutridos'. Esse mesmo estudo utilizou a MST conduzida pelo paciente em comparação, que teve como resultado a especificidade e sensibilidade de 94%, trazendo a auto triagem do paciente como uma alternativa a ser considerada¹⁷.

Malnutrition Universal Screening (MST)

A ferramenta MST foi desenvolvida no Centro de Pesquisa em Saúde Pública da Universidade de Tecnologia de Queensland e é considerada uma das ferramentas mais simples e rápidas, apresentando boa sensibilidade e especificidade^{14,18}.

Essa ferramenta inclui dados relacionados ao estado físico, como a perda involuntária de peso, além de dados como o apetite do paciente¹⁵. Ao final, considera-se 'sem risco' aqueles que obtêm uma pontuação menor que 2 e 'em risco de desnutrição' aqueles com a pontuação maior ou igual a esse valor¹⁴.

Um estudo transversal, realizado com 197 pacientes com câncer de laringe, utilizou a MST em comparação com outras duas triagens, sendo essas a NRS 2002 e a MUST, onde a NRS 2002, foi utilizada como referência. Os resultados deste estudo identificaram que a MUST teve uma taxa de detecção de risco elevada (22,3%), seguida da NRS 2002 (14,7%), enquanto a MST (4,6%) apresentou a menor taxa¹⁴.

Em relação à especificidade e sensibilidade, a MUST se mostrou superior a NRS 2002 nos dois parâmetros, entretanto, a NRS 2002 identificou melhor os pacientes em risco de longa permanência e a MUST foi superior ao MST em relação aos parâmetros propostos no artigo¹⁴.

Outro estudo publicado em 2019 na China aplicou quatro ferramentas diferentes em 1.001 pacientes oncológicos, de modo a avaliar a aplicabilidade dessas ferramentas na avaliação da caquexia¹⁵.

Dentre os resultados, a MUST teve maior relevância para a desnutrição (45,9%), enquanto a NRS 2002 apresentou 37,8%, e MST de 31,5%. A ferramenta SNAQ classificou apenas 22,3% dos pacientes desnutridos. Com despeito à sensibilidade a MUST teve melhor resultado, no entanto, a ferramenta que mais se sobressaiu por ter boa sensibilidade e especificidade foi a MST, apresentando 84,3% e 98,6%, respectivamente¹⁵.

Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)

A MUST ou Ferramenta Universal para Rastreamento da Malnutrição, foi desenvolvida pela Associação Britânica de Nutrição Parenteral e Enteral (BAPEN) para avaliar o risco de desnutrição em adultos¹².

Esta é uma ferramenta que utiliza métodos como o IMC, a perda de peso indesejada e a alteração da ingestão alimentar. Sua pontuação obtém como resultado baixo risco, se a somatória for zero, médio risco, no caso de pontuação igual a um e alto risco para aqueles cujo resultado for maior que dois^{13,25}.

Um artigo realizado no Sri Lanka utilizou a MUST para comparação de triagens em pacientes oncológicos em um ambulatório de oncologia, incluindo 100 pacientes, que foram submetidos à aplicação da MUST e ASG-PPP. Como resultado concluiu-se que a MUST apresentou alto nível de concordância com a ASG-PPP, sendo que a MUST também apresentou boa sensibilidade (86,7%) e especificidade (94,5%)¹².

Outro estudo realizado por Ye *et al.*, 2018¹³, que avaliou 255 pacientes submetidos a cirurgia curativa de câncer gastrointestinal em dois hospitais, utilizou como ferramenta de triagem, para comparação a NRS 2002, MUST e MNA-SF, os resultados demonstraram que 52,2% e 37,6% apresentaram risco de desnutrição, segundo a NRS 2002 e MUST, respectivamente. Sobre a sensibilidade e especificidade, a MUST e MNA-SF apresentaram a sensibilidade de 94,1%, enquanto a NRS 2002 apresentou 92,2%, já a especificidade foi maior segundo a MUST (76,5%), sugerindo que a MUST é uma boa escolha para avaliação do risco nutricional, quando comparada a essas triagens¹³.

Avaliação Nutricional Subjetiva Global Produzida Pelo Próprio Paciente (ASG-PPP)

Uma ferramenta amplamente utilizada para pacientes oncológicos é a ASG-PPP ou Patient Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) em inglês. Ela foi desenvolvida a partir da modificação de outra ferramenta já utilizada, a ASG²⁵.

A ASG-PPP é dividida em duas partes, sendo a primeira parte um questionário autoaplicável e a segunda parte se trata da avaliação da doença, respondido pelo profissional da saúde, em que os resultados são pontuados e a somatória dos pontos indicam ou não o risco nutricional²⁶.

Apesar de extensa, a ASG-PPP aborda tópicos importantes para pacientes oncológicos, como informações sobre a sintomatologia dos pacientes, além do exame físico e dados sobre a doença de base. Por isso é uma ferramenta amplamente in-

dicada, padrão ouro em oncologia na Austrália, Estados Unidos, China, inclusive Brasil^{11,16,20,21}. Vale ressaltar ainda que no Brasil, é a ferramenta comumente utilizada em pacientes oncológicos, validada para esse público e recomendada pela Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (BRASPEN)²¹.

Segundo Gallois *et al.*, 2019¹¹, a ASG-PPP parece ser a melhor ferramenta de avaliação nutricional por causa de sua forte associação com resultados oncológicos clinicamente relevantes. Esse estudo avaliou 168 pacientes oncológicos e tinha como objetivo principal comparar essa ferramenta com a NRI e sua correlação com as toxicidades relacionadas ao tratamento e sobrevida desses pacientes¹¹.

Já Yang *et al.*, 2019¹⁶ comparou a ASG-PPP com a NRS 2002 com objetivo de encontrar um método eficaz de avaliar o estado nutricional de pacientes oncológicos, e obteve como resultado a ASG-PPP como a mais adequada e com maior eficácia diagnóstica. Sua amostra continha 114 pacientes com câncer gástrico, e a triagem NRS 2002 sinalizou uma prevalência de 61,4% de risco nutricional, enquanto na ASG-PPP a prevalência de desnutrição foi de 66,7%. Em relação à sensibilidade e especificidade a ASG-PPP também se mostrou superior, concluindo que a ASG-PPP apresenta maior eficácia nesses quesitos¹⁶.

Outras ferramentas

Além das ferramentas abordadas acima, outras ferramentas também foram avaliadas, tais como a NRI, que se mostrou inferior à ferramenta comparada em seu estudo¹¹, a MNA que apresentou o mesmo fim, além de ferramentas que apesar de apresentarem bons resultados, como a SNAQ e NutriScore, não são comumente utilizadas na oncologia.

Alguns artigos ainda trouxeram ferramentas novas, criadas especificamente para esse público, como é o caso da RMNST que foi comparada a MST e a ASG-PPP, que foi utilizada como referência¹⁸.

Os resultados dessa pesquisa com 280 pacientes oncológicos foram que existe uma alta prevalência de desnutrição nesse grupo. Além disso, a MST, também apresentou baixa sensibilidade nessa pesquisa (66%), enquanto a triagem proposta RMNST, apresentou excelente sensibilidade (93%)¹⁸.

Van *et al.*, 2019²⁰ também validou uma nova ferramenta, a BBT foi aplicada em comparação com a ASG-PPP em 270 pacientes. A BBT apresentava questões sobre ingestão oral, perda de peso dos últimos três meses, e IMC. Em relação aos resultados segundo a BBT a prevalência de desnutrição foi de 38,9%, ao passo que a ASG-PPP foi de 24,1%, apresentando ainda bons resultados quanto à especificidade e sensibilidade, sendo validada de acordo com o estudo²⁰.

CONCLUSÃO

Este estudo apresentou algumas limitações, visto que a heterogeneidade entre os estudos, a utilização de várias ferramentas de triagem e o público abordado em cada artigo, ainda que fosse representado por pacientes oncológicos, impossibilitou uma análise criteriosa dos resultados. Além disso, o tamanho das amostras utilizadas e os testes estatísticos são pontos essenciais nos resultados.

Assim, é importante destacar as ferramentas MST, NRS 2002 e ASG-PPP, que apresentaram bons resultados para sinalizar o risco nutricional nesse público.

A ASG-PPP, contudo, apresenta algumas limitações, como todas as outras ferramentas. Seu principal fator limitante é a necessidade de ser aplicada por um avaliador extremamente bem treinado devido sua complexidade em relação às questões, sua extensão, impossibilitando sua aplicação em um curto período, além da necessidade de que o paciente ou acompanhante tenha condições de respondê-la, já que muitos podem apresentar dificuldades.

Ainda assim, essa foi a ferramenta que se destacou por bons resultados para sinalizar o risco, além de valores consistentes de sensibilidade e especificidade, sendo a ferramenta considerada padrão ouro em muitos estudos. Portanto continua sendo a principal ferramenta validada e específica para uma avaliação nutricional em oncologia.

No entanto, sugere-se que novos estudos devem ser realizados utilizando diferentes contextos e populações oncológicas. Por fim, aconselha-se ainda a utilização de métodos combinados para avaliação nutricional mais completa do paciente, e para a triagem de risco, devem-se considerar também as particularidades do ambiente, seja hospital, ambulatório ou outras unidades de saúde em que a ferramenta de triagem será utilizada.

REFERÊNCIAS

1. Lima JDS, Pontes DL, Miranda TVD. Avaliação do estado nutricional de pacientes com câncer em um hospital da cidade de Belém/Pará. *BRASPEN J* 2018 jul; 33(1):166-170. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-910145>.
2. WHO. Relatório mundial sobre o câncer. Nota descritiva, nº 279, fev. 2020. [Internet]. Disponível em: <https://www.iarc.fr/featured-news/new-world-cancer-report/>.
3. Zanin AFDF, *et al.* Relevância do nutricionista na diminuição de reinternações hospitalares. *Arq. Ciênc. Saúde* 2017 jun; 24(2):51-59. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/589>.
4. Pereira PL, Nunes ALS, Duarte SFP. Qualidade de Vida e Consumo Alimentar de Pacientes Oncológicos. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2015 set; 61(3):243-251. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/site/arquivos/n_61/v03/pdf/07-artigo-qualidade-de-vida-e-consumo-alimentar-de-pacientes-oncologicos.pdf.
5. Capelari P, Ceni GC. Comportamento alimentar e perfil nutricional de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico. *Demetra* [Internet]. 2018 abr; 13(1):223-240. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/demetra.2018.30309>.
6. Horie LM, *et al.* Diretriz BRASPEN de terapia nutricional no paciente com câncer. *BRASPEN J* 2019 mar; 34(1):2-32. Disponível em: https://www.braspen.org/_files/ugd/a8daef_19da407c192146e085edf67dc0f85106.pdf.
7. Burgos GPA, *et al.* Triagem Nutricional por meio do MUST no Paciente Oncológico em Radioterapia. *Revista Brasileira de Cancerologia*[Internet]. 2016 mar; 61(2):27-34. Disponível em: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2016v62n1.176>.
8. Fruchtenicht AVG, *et al.* Avaliação do risco nutricional em pacientes oncológicos graves: revisão sistemática. *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet]. 2015 fev; 1(1): 1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20150032>.
9. Vale FCR, Logrado MHG. Estudos de validação de ferramentas de triagem e avaliação nutricional: uma revisão acerca da sensibilidade e especificidade. *Comun. Ciênc. Saúde* 2012 ago; 23(1): 31-46. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/revista_ESCS_v23_n1_a03_estudos_validacao_ferramentas.pdf.
10. Chi J, Yin S, Zhu Y, Gao F, Song X, Song Z, Li M. A Comparison of the Nutritional Risk Screening 2002 Tool With the Subjective Global Assessment Tool to Detect Nutritional Status in Chinese Patients Undergoing Surgery With gastrointestinal Cancer. *Gastroenterology Nursing*[Internet]. 2017 jan 40(1):19-25. DOI: <https://doi.org/10.1097/sga.0000000000000157>.
11. Gallois C, *et al.* Evaluation of two nutritional scores' association with systemic treatment toxicity and survival in metastatic colorectal cancer: an AGEO prospective multicentre study. *Eur J Cancer* [Internet]. 2019 aug(19):35-43. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2019.07.011>.
12. Hettiarachchi J, Madubhashini P, Miller M, Agreement between the Malnutrition Universal Screening Tool and the Patient-Generated Subjective Global Assessment for Cancer Outpatients Receiving Chemotherapy: A Cross-Sectional Study. *Nutr Cancer* [Internet]. 2018 nov 70(8):1275-1282. DOI: <https://doi.org/10.1080/01635581.2018.1539186>.
13. Ye XJ, *et al.* Comparison of three common nutritional screening tools with the new European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) criteria for malnutrition among patients with geriatric gastrointestinal cancer: a prospective study in China. *BMJ Open* [Internet]. 2018 apr 8(4):1-8. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019750>.

14. Ma J, *et al.* A comparative study of three nutritional risk-screening tools in surgical inpatients with laryngeal cancer. *Asia Pac J Clin Nutr* [Internet]. 2020 29(2):227-233. DOI: [https://doi.org/10.6133/apjcn.202007_29\(2\).0003](https://doi.org/10.6133/apjcn.202007_29(2).0003).
15. Chen XY, *et al.* A comparison of four common malnutrition risk screening tools for detecting cachexia in patients with curable gastric cancer. *Nutrition* [Internet]. 2020 70(1):1-4. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nut.2019.04.009>.
16. Yang D, *et al.* Patient-generated subjective global assessment versus nutritional risk screening 2002 for gastric cancer in Chinese patients. *Future Oncol* 2019 [Internet]. 16(3):4475-4483. DOI: <https://doi.org/10.2217/fon-2019-0539>.
17. Bella A, *et al.* The Concurrent Validity and Interrater Reliability of Patient-Led Screening Using the Malnutrition Screening Tool in the Ambulatory Cancer Care Outpatient Setting. *J Acad Nutr Diet* [Internet]. 2019 jul 120(7):1210-1215. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jand.2019.10.015>.
18. Shaw C, *et al.* Comparison of a novel, simple nutrition screening tool for adult oncology inpatients and the Malnutrition Screening Tool (MST) against the Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA). *Support Care Cancer* [Internet]. 2014 23(1):47-54. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2319-8>.
19. Demirel B, Atasoy BM. Comparison of Three Nutritional Screening Tools to Predict Malnutrition Risk and Detect Distinctions Between Tools in Cancer Patients Receiving Radiochemotherapy. *Nutr Cancer* [Internet]. 2018 sep 70(6):867-873. DOI: <https://doi.org/10.1080/01635581.2018.1491606>.
20. Van BP, *et al.* Comparison of Novel, Bach Mai Boston Tool (BBT) and the Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) for Oncology Inpatients. *Cancer Control* [Internet]. 2019 Jun 26(1):1-6. DOI: <https://doi.org/10.1177/1073274819863767>.
21. Peixoto MI, *et al.* Comparação entre diferentes métodos de triagem nutricional em pacientes oncológicos ambulatoriais. *Nutr. Clín. Diet. hosp.* [Internet]. 2017 jul; 37(3):35-43. DOI: <https://doi.org/10.12873/373>.
22. Marques ACS, *et al.* Triagem de risco nutricional em pacientes internados em uma unidade de cuidados intensivos. *BRASPEN J* 2018 set; 33(4):391-394. Disponível em: <http://arquivos.braspen.org/journal/out-dez-2017/10-Triagem-nutricional.pdf>.
23. Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP, Johnston N, Whittaker S, *et al.* What is subjective global assessment of nutritional status? *J Parenter Enteral Nutr* [Internet]. 1987 Jan; 11(1):118-13. DOI: <https://doi.org/10.1177/014860718701100108>.
24. Poziomyck AK, Weston AC, Lameu EB, Cassol OS, Coelho LJ, Moreira L. Preoperative nutritional assessment and prognosis in patients with foregut tumors. *Nutr Cancer* [Internet]. 2012; 64(8):1174-81. DOI: <https://doi.org/10.1080/01635581.2012.721157>.
25. Lima GES, Silva BYC. Ferramentas de triagem nutricional: um estudo comparativo. *BRASPEN J* 2017 set; 32(1):20-25. Disponível em: <http://www.braspen.com.br/home/wp-content/uploads/2017/04/04-AO-Ferramentas-de-triagem.pdf>.
26. Khoshnevis N, *et al.* Nutritional assessment of cancer patients in Tehran. *Asian Pac J Cancer Prev* [Internet]. 2012;13(4):1621-6. DOI: <https://doi.org/10.7314/apjcp.2012.13.4.1621>.

Fatores sociodemográficos, sintomas e comorbidades associados à covid-19 em município do Sul do Brasil

Sociodemographic factors, symptoms and comorbidities associated with covid-19 in a city in Southern Brazil

Laura Rodolpho Petry¹ 

Carla Ferreira Gomes^{1,2} 

Mariana Hellwig Valério¹ 

Kelly El Ammar Camera¹ 

Marcela Nedel¹ 

Isabela Slomp Bettoni¹ 

Lincon Camargo² 

Vanessa Backes² 

Juliana Nichterwitz Scherer^{1,3} 

RESUMO

Introdução: pandemia de covid-19 evidenciou a Vigilância Epidemiológica como recurso essencial no acompanhamento temporal de indicadores de saúde.

Objetivo: identificar fatores sociodemográficos e sintomatológicos associados à infecção por covid-19 e verificar diferenças temporais nos casos de um município do Sul do Brasil.

Métodos: trata-se de levantamento epidemiológico, com análise de dados secundários obtidos pela ficha de notificação da Vigilância Epidemiológica do município. Incluíram-se sujeitos notificados por suspeita de covid-19 no período de 12 meses.

Resultados: 37,9% tiveram resultado positivo para covid-19. Características sociodemográficas foram semelhantes entre sujeitos positivos e negativos para covid-19 e 27,3% relataram ter ao menos uma comorbidade prévia, sem apresentar diferença no diagnóstico da infecção. Percebeu-se associação de infecção ao sintoma de anosmia e ageusia. Verificaram-se diferenças de distribuição nas três ondas epidemiológicas.

Conclusões: infecção por covid-19 no município foi homogênea na população, sem grupo socioeconômico com maior potencial de positividade, com sintomas amplos da infecção.

Palavras-chave: Covid-19; Epidemiologia; Monitoramento Epidemiológico.

ABSTRACT

Introduction: covid-19 pandemic highlighted Epidemiological Vigilance as an essential resource for the temporal monitoring of health indicators.

¹Liga Acadêmica de Epidemiologia e Bioestatística, Faculdade de Medicina, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, RS, Brasil.

²Centro de Vigilância em Saúde, Secretaria de Saúde Pública de São Leopoldo, São Leopoldo, RS, Brasil.

³Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, RS, Brasil.

Autor correspondente:

Juliana Nichterwitz Scherer
E-mail: julianascherer@unisinos.br

Recebido em 22/04/2022

Aprovado em 13/09/2022

Objective: identify sociodemographic and symptomatological factors associated with covid-19 infection and verify temporal differences within cases of a city in the South of Brazil.

Methods: epidemiological survey, with analysis of secondary data obtained from the Epidemiological Vigilance's notification form of the city. Subjects notified for suspected covid-19 in a 12 month period were included.

Results: 37.9% tested positive for covid-19. Sociodemographic characteristics were similar between subjects who tested positive and negative for covid-19, and 27.3% reported having at least one previous comorbidity, without difference in diagnosing of infection. Association of infection with symptoms of anosmia and ageusia was noticed. There were differences in distribution among the three epidemic waves.

Conclusions: covid-19 infection in the city was similar within the population, without socioeconomic group with greater potential for positivity, with broad symptoms of infection.

Keywords: Covid-19; Epidemiology; Epidemiological Monitoring.

INTRODUÇÃO

A pandemia da doença coronavírus de 2019 (covid-19), causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, gerou cerca de 455 milhões de casos confirmados mundialmente, e mais de 6 milhões e 300 mil mortes no mundo até 26 de julho de 2022¹⁻². No Brasil são mais de 33 milhões de casos confirmados acumulados, números que seguem crescendo diariamente, mesmo após dois anos do início da doença². É importante salientar, entretanto, que o avanço da pandemia apresentou muita heterogeneidade quanto à sua disseminação no Brasil e no mundo, principalmente devido às diferentes estratégias utilizadas para mitigação da doença, incluindo ações políticas, sociais e de saúde³.

Como forma de enfrentamento da pandemia, o Ministério da Saúde brasileiro adotou diferentes critérios para definição de casos suspeitos. São eles: confirmação laboratorial independente de sintomas; inclusão de critério clínico-epidemiológico, considerando suspeitos os casos de contato próximo com caso confirmado laboratorialmente, somado a febre ou pelo menos um sintoma respi-

ratório nos 14 dias após o contato, e sem possibilidade de realizar investigação laboratorial; e casos confirmados como positivos laboratorialmente independentemente de sinais e sintomas, ou por critério clínico-epidemiológico no evento de contato com caso confirmado laboratorialmente nos 7 dias antes do aparecimento dos sintomas, e sem possibilidade de exame do caso suspeito⁴⁻⁵. Estas variações de critérios contribuíram como fator de atraso à prevenção da população brasileira ao coronavírus, já que geraram a falsa noção de que a disseminação do vírus não foi tão rápida e assim, ocorreu aumento súbito no número de infectados e uma progressão de diferentes ondas da doença⁴.

Verificar a significância da epidemia e seus sintomas pode ajudar a analisar a transmissibilidade e suscetibilidade do vírus, criando a possibilidade de antever medidas de ações públicas para o seu controle. Mesenburg MA *et al.*⁶ realizaram um estudo de base populacional com 18 mil participantes, cujo objetivo foi avaliar a prevalência de relato de sintomas característicos de covid-19 no Rio Grande do Sul. Os resultados demonstraram que a proporção de indivíduos assintomáticos foi de 19,9% entre participantes com anticorpos e 49,7% entre aqueles sem anticorpos. Todos os sintomas foram relatados por indivíduos com presença de anticorpos contra a doença, com maior frequência alterações de olfato e/ou paladar, febre e dificuldade respiratória. Com resultados do estudo, foi possível auxiliar na identificação de casos prováveis, contribuindo para o diagnóstico clínico e triagem da doença⁶.

Outra estratégia importante no combate às epidemias é a identificação de grupos de risco, visando aumentar as medidas de prevenção entre essas populações⁷. Nesse sentido, diversos estudos foram realizados mundialmente para identificar os grupos de risco para uma maior severidade da doença, para necessidade de internação e para mortalidade⁸⁻⁹⁻¹⁰. Entre os principais achados, destacam-se a presença de comorbidades e grupos populacionais de maior idade como importantes fatores de risco para os desfechos negativos da covid⁸⁻⁹⁻¹⁰. A literatura brasileira, entretanto, ainda carece de estudos que demonstrem a associação desses fatores com o desfecho bruto da infecção por covid-19 – e não apenas na hospitalização e na mortalidade, especialmente em cidades metropolitanas e do interior dos estados. Assim, inferências baseadas em estudos epidemiológicos com análises de dados populacionais tornam-se cruciais para vigilância epidemiológica, uma vez que são geradas informa-

ções importantes para o direcionamento das políticas públicas específicas a partir dessas metodologias, além de contribuir para o monitoramento e evolução da doença^{11,12,13}.

No início da pandemia eram feitas coletas de amostras das unidades de saúde que suspeitavam do caso e encaminhadas ao Laboratório Centro do Estado do Rio Grande do Sul (LACEN). Com o passar do tempo, a limitação dos critérios de envio ao laboratório do Estado e o aumento de casos, o município de São Leopoldo coletou e analisou testes de todos os casos suspeitos. Para alguns casos, RT-PCR e outros testes rápidos (anticorpo e antígeno, conforme critérios de coleta estabelecidos previamente), bem como contactantes diretos passaram a ser testados.

Sendo assim, o presente artigo tem o propósito de identificar fatores sociodemográficos, clínicos e sintomatológicos presentes nos casos suspeitos de covid-19 notificados na cidade de São Leopoldo entre abril de 2020 e março de 2021, e associá-los à presença da infecção. Além disso, buscou-se avaliar as possíveis diferenças nos casos positivos para a doença nas três diferentes ondas epidemiológicas identificadas no município durante o período analisado.

MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de um estudo de levantamento epidemiológico, que analisou dados secundários fornecidos pela Vigilância Epidemiológica do Município de São Leopoldo, Rio Grande do Sul. Foram utilizados dados de 60.197 indivíduos moradores do Município, que realizaram algum tipo de teste para covid-19 no período de abril de 2020 e março de 2021.

Os dados foram coletados pelos estabelecimentos de saúde do Município, por meio da ficha de notificação compulsória baseada na ficha de notificação Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) do Ministério da Saúde. A ficha contém variáveis sociodemográficas, como idade, sexo, raça/etnia, escolaridade, status ocupacional; presença de comorbidades, como diabetes mellitus (DM), doenças renais, doenças hepáticas, imunossupressão, doença cardiovascular, incluindo hipertensão arterial sistêmica (HAS), doença neurológica ou neuromuscular, neoplasia, infecção pelo HIV, doença pulmonar, incluindo asma, obesidade declarada e outras comorbidades não especificadas; sintomas apresentados, incluindo presença de um

ou mais sintomas, febre, dor de garganta, dispnéia, tosse, cefaleia, diarreia, náusea/vômito, adinamia/cansaço, coriza, mialgia/artralgia, anosmia/augeusia; tipo de teste realizado e resultado do teste para covid-19. As variáveis foram analisadas conforme recebidas da Vigilância Epidemiológica, sendo obtidas através de autorrelato dos participantes. Desta forma, não foi possível discriminar algumas subcategorias de comorbidades, como separar HAS das doenças cardiovasculares, para a realização das análises. Além disso, em algumas variáveis houve queda no tamanho da amostra pela presença de *missings*, que estão representados nas tabelas dos resultados ao colocar o “n” da variável que teve perda, por mais que mínima.

Os dados foram recebidos no formato Comma-separated values, e transformados em um novo banco de dados no programa SPSS, versão 18.0. Foi considerada como variável de desfecho o resultado do teste para covid-19 (positivo ou negativo), a partir do exame de PCR e teste rápido, incluindo teste de antígeno e sorologia, não especificada modalidade na ficha. Os fatores de associação considerados foram os relativos às condições sociodemográficas, sintomas apresentados, comorbidades e possíveis contatos com casos suspeitos ou confirmados. A data de notificação do teste foi utilizada para a separação temporal dos casos nas respectivas ondas epidêmicas. A separação das ondas foi realizada a partir de metodologia descrita anteriormente⁷. Assim como o estudo de referência, utilizou-se como ponto de corte para definição das ondas um aumento na notificação com um pico até seu vale. Para São Leopoldo, foram estabelecidas três ondas epidêmicas dentro do presente período de análise: entre 01/02/2020 e 15/10/2020, primeira onda; entre 16/10/2020 até 07/02/2021, segunda onda; e entre 08/02/2021 e 04/08/2021, terceira onda.

As variáveis qualitativas estão descritas por frequências absolutas e relativas, enquanto as variáveis quantitativas com distribuição assimétrica estão representadas por mediana e intervalo interquartil. A distribuição das variáveis quantitativas foi verificada através do teste de Kolmogorov-Smirnov. Variáveis quantitativas foram comparadas entre os sujeitos positivos e negativos para covid-19 pelo teste de Mann-Whitney. As associações entre as variáveis categóricas e o resultado do teste de covid-19 foram verificadas através do teste de qui-quadrado ou mensuradas através do cálculo das Razões de Prevalência (RP). Os testes de qui-quadrado cujas análises apresentaram três ou

mais graus de liberdade foram analisados também pelo teste de resíduos padronizados ajustados, a fim de identificar quais categorias apresentaram diferenças significativas. Para o cálculo da RP entre o resultado do teste para covid-19 e os sintomas, o resultado do teste foi definido como exposição e o sintoma como desfecho. Já para o cálculo do RP entre as comorbidades e o resultado do teste de covid-19, foi estabelecida a presença das comorbidades como fator de exposição e o resultado do teste como desfecho. O tamanho de efeito das RPs foi mensurado por meio do cálculo do intervalo de confiança de 95%. A análise da tendência da ocorrência dos sintomas nas três diferentes ondas da covid-19 no município foi avaliada pelo teste de tendência linear. Todas as análises estatísticas foram realizadas pelo programa SPSS versão 23, e consideraram um $\alpha = 0,05$.

O presente estudo foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos) (CAEE: 40310720.6.0000.5344) e não recebeu nenhum tipo de auxílio financeiro.

RESULTADOS

Descrição dos casos suspeitos de covid-19

Foram registrados um total de 60.197 suspeitos para covid-19 entre abril de 2020 e março de 2021 na cidade de São Leopoldo. Destes, 60.188 tiveram resultados conclusivos para o teste e foram incluídos nesse estudo. A maioria dos casos suspeitos era do sexo feminino, com idade média de 38,6 anos, de etnia branca e em trabalho ativo. Do total de suspeitos, 62,1% (IC95%: 61,7% – 62,5%) tiveram resultado negativo para coronavírus e 37,9% (IC95%: 37,5% – 38,3%) tiveram resultado positivo. A tabela 1 apresenta as comparações das variáveis sociodemográficas entre os sujeitos que testaram positivo e os que testaram negativo para a covid-19 durante o período de análise do estudo.

Sintomas relatados entre casos suspeitos e comparação entre sujeitos positivos e negativos para covid-19

Em relação às variáveis de sintomas, observa-se que 70,1% (IC95% 67,9 – 70,5) dos suspeitos para covid-19 apresentaram pelo menos um sintoma da doença, sendo os mais prevalentes: cefaleia (43,8%; IC95%: 43,4% – 44,3%); tosse (40,1%; IC95%: 39,7% – 40,5%); dor de garganta (33,8%; IC95%:

33,4% – 34,2%); febre (32,7% ; IC95%: 32,3% – 33,1%); e mialgia/artralgia (35,8%; IC95%: 35,3% – 36,2%) (Tabela 2). Sujeitos com sintomas apresentaram 30% a mais de resultados positivos do que aqueles sem sintomas. Além disso, os sujeitos negativos também apresentaram prevalência considerável de sintomas gripais (62,7%; IC95%: 62,2% – 63,2%), principalmente cefaleia e mialgia, com a mediana de dois sintomas no grupo. Mais de 80% dos sujeitos positivos apresentaram pelo menos um sintoma, com mediana igual a três sintomas.

Os sintomas que apresentaram uma maior força de associação com o resultado positivo para covid-19 foram febre, tosse, cefaleia, diarreia, náusea/vômito, adinamia/cansaço, mialgia/artralgia, anosmia/ageusia e coriza (Tabela 2). Dentre estes, a anosmia e ageusia foram os sintomas que apresentaram maior associação com o resultado positivo: este sintoma foi relatado por 31,8% dos indivíduos positivos e em 10,7% dos indivíduos negativos (RP: 2,78, IC95%: 2,67 – 2,90).

Presença de comorbidades entre casos suspeitos e comparação entre sujeitos positivos e negativos para covid-19

Um total de 72,7% (IC95% 72,3 – 73,0) dos suspeitos incluídos nessa análise não possuía nenhuma comorbidade relatada. Entre os sujeitos positivos e os sujeitos negativos, 26,9% (IC95% 26,4 – 27,6) e 27,5% (IC95% 27,1 – 28,0) apresentavam pelo menos uma comorbidade, respectivamente. Apresentar pelo menos uma comorbidade não teve associação com o resultado do teste (Tabela 3).

Doença cardiovascular, incluindo HAS, foi a comorbidade mais prevalente, estando presente em 15,4% (IC95% 14,9 – 15,9) dos sujeitos positivos e 13,5% (IC95% 13,1 – 13,9) dos sujeitos negativos para covid-19. Doença pulmonar, incluindo asma, estava presente em 5% (IC95% 4,7 – 5,3) dos sujeitos positivos e 6,2% (IC95% 5,4 – 6,4) dos sujeitos negativos para covid-19. Em relação a doenças metabólicas, 5,8% (IC95% 5,4 – 6,1) dos sujeitos positivos para covid-19 e 4,7% (IC95% 4,5 – 4,9) dos sujeitos negativos tinham diabetes. A infecção pelo HIV estava presente em 0,5% (IC95% 0,4 – 0,5) dos sujeitos positivos e 1% (IC95% 0,9 – 1,0) dos sujeitos negativos para covid 19. Outras comorbidades não especificadas estavam presentes em 5,7% (IC95% 5,4 – 6,0) dos sujeitos positivos e 6,6% (IC95% 6,4 – 6,9) dos sujeitos negativos para covid-19.

Tabela 1**Características sociodemográficas da amostra e comparação entre os sujeitos que apresentaram testes positivos e testes negativos para a covid-19. São Leopoldo, RS, Brazil, 2020-2021.**

Variável	Total n=60.188	Positivo para covid-19 n=22.760	Negativo para covid-19 n=37.240	p-valor
Idade^a (n=60.009)	37 [IIQ 25,00; 51,00]	39 [IIQ 27,00; 52,00]	37 [IIQ 25,00; 50,00]	<0,001
Sexo^b (n=60.110)				<0,001
Homem	26.532 (44,1%; IC95% 43,8-44,6)	10.262 (45%; IC95% 44,3-45,7)	16.270 (43,6%; IC95% 43,1-44,2)	
Mulher	33.569 (55,9%; IC95% 55,5-56,3)	12.553 (55%; IC95% 54,3-55,7)	21.016 (56,4%; IC95% 55,8-56,9)	
Raça^b (n=55.260)				<0,001
Branca	46.422 (84,0%; IC95% 83,7-84,3)	17.422+ (84,6%; IC95% 84,0-85,1)	29.000- (83,7%; IC95% 83,3-84,1)	
Parda	5.568 (10,1%; IC95% 9,8-10,3)	2.039 (9,9%; IC95% 9,5-10,3)	3.529 (10,2%; IC95% 9,9-10,5)	
Preta	2.931 (5,3%; IC95% 5,1-5,5)	1.062 (5,2%; IC95% 4,9-5,5)	1.869 (5,4%; IC95% 5,1-5,6)	
Indígena	244 (0,4%; IC95% 0,4-0,5)	50- (0,2%; IC95% 0,2-0,3)	194+ (0,6%; IC95% 0,5-0,6)	
Amarela	87 (0,2%; IC95% 0,1-0,2)	31 (0,2%; IC95% 0,1-0,2)	56 (0,2%; IC95% 0,1-0,2)	
Escolaridade (n=52.696)				<0,001
Analfabeto	466 (0,9%; IC95% 0,8-1,0)	150- (0,8%; IC95% 0,6-0,9)	316+ (0,9%; IC95% 0,8-1,1)	
Ensino fundamental	17337 (32,9%; IC95% 32,5-33,3)	6.689+ (34,4%; IC95% 33,8-35,1)	10.648- (32%; IC95% 31,5-32,5)	
Ensino médio	22834 (43,3%; IC95% 42,9-43,8)	8.655+ (44,6%; IC95% 43,9-45,3)	14.179- (42,6%; IC95% 42,1-43,1)	
Ensino superior	10524 (20%; IC95% 19,6-20,3)	3.431- (17,7%; IC95% 17,1-18,2)	7.093+ (21,3%; IC95% 20,9-21,8)	
Não se aplica (crianças com menos de 7 anos)	1529 (2,9%; IC95% 2,8-3,1)	493- (2,5%; IC95% 2,3-2,8)	1.036+ (3,1; IC95% 2,9-3,3)	
Status ocupacional^b (n=52.690)				<0,001
Desempregado	1178 (2,2%; IC95% 2,1-2,4)	540+ (2,8%; IC95% 2,5-3,0)	638- (1,9%; IC95% 1,8-2,1)	
Empregado	36445 (69,2%; IC95% 68,8-69,6)	13133- (67,9%; IC95% 67,2-68,5)	23312+ (69,9%; IC95% 69,4-70,4)	
Aposentado/pensionista	5036 (9,6%; IC95% 9,3-9,8)	2073+ (10,7%; IC95% 10,3-11,1)	2963- (8,9%; IC95% 8,6-9,2)	
Institucionalizado	157 (0,3%; IC95% 0,3-0,3)	69 (0,4%; IC95% 0,3-0,4)	88 (0,3%; IC95% 0,2-0,3)	
Não se aplica (crianças, estudantes e donas de casa)	9870 (18,7%; IC95% 18,4-19,1)	3535- (18,3%; IC95% 17,7-18,8)	6335+ (19%; IC95% 18,6-19,5)	

^a Representação por mediana e intervalo interquartilico, comparação pelo teste Mann-Whitney.^b Representação por frequência absoluta (frequência relativa) e intervalo de confiança, comparação pelo teste Qui-Quadrado de associação.

+ Resíduo padronizado ajustado maior que 1,96, indicando associação positiva.

- Resíduo padronizado ajustado menor que -1,96, indicando associação negativa.

Ter diabetes e doenças cardiovasculares foi positivamente associado com a presença de teste positivo, porém apresentou uma força baixa de associação. Ter doenças neurológicas, HIV, doenças pulmonares e/ou outras comorbidades apresentou associação negativa para o teste positivo. As demais comorbidades não apresentaram diferença entre os grupos positivos e negativos para covid-19.

Comparação de características sociodemográficas, sintomas e comorbidades entre os casos confirmados positivos para covid-19 nas diferentes ondas observadas no Município de São Leopoldo

Foi confirmado um total de 7.055 casos positivos na primeira onda, 9.317 casos na segunda onda e 6.422 casos na terceira onda da pandemia

Tabela 2

Prevalência e comparação dos sintomas apresentados pelos casos suspeitos positivos e negativos para covid-19. São Leopoldo, RS, Brasil, 2020-2021.

Variável	Total n=60.188	Positivo para covid-19 (IC95%) n=22.760	Negativo para covid-19(IC95%) n=37.240	Razão de Prevalência (IC95%) ^a
Presença de um ou mais sintomas (n=59.966)	42024 (70,1%; 67,9-70,5)	18680 (82,3%; 81,7-82,8)	23344 (62,7%; 62,2-63,2)	1,31 (1,30 – 1,33)
Febre (n=59.959)	19598 (32,7%; 32,3-33,1)	9693 (42,7%; 42,0-43,7)	9905 (26,6%; 26,1-27,0)	1,60 (1,57 - 1,64)
Dor de garganta (n=59.954)	20274 (33,8%; 33,4-34,2)	8341 (36,7%; 36,1-37,4)	11933 (32%; 31,5-32,5)	1,22 (1.19 - 1.25)
Dispneia (n=59.947)	10596 (17,7%; 17,4-18,0)	4346 (19,1%; 18,6-19,7)	6250 (16,8%; 16,4-17,2)	1,14 (1,10 – 1,18)
Tosse (n=59.945)	24034 (40,1%; 39,7-40,5)	11202 (49,4%; 48,7-50,0)	12832 (34,4%; 33,9-34,9)	1,43 (1,40 – 1,46)
Cefaleia (n=46.914)	20564 (43,8%; 43,4-44,3)	8857 (53,1%; 52,3-53,8)	11707 (38,7%; 38,2-39,3)	1,37 (1,34 – 1,40)
Diarreia (n=40.190)	7656 (19%; 18,7-19,4)	3125 (22,8%; 22,1-23,5)	4531 (17,1%; 16,7-17,6)	1,33 (1,28 – 1,39)
Náusea/Vômito (n=38.235)	4017 (10,5%; 10,2-10,8)	1761 (13,7%; 13,1-14,3)	2256 (8,9%; 8,5-9,2)	1,54 (1,46 – 1,64)
Adinamia/Cansaço (n=39.034)	7971 (20,4%; 20,0-20,8)	3768 (28,4%; 27,6-29,2)	4203 (16,3%; 15,6-16,8)	1,74 (1,67 – 1,81)
Coriza (n=40.621)	8006 (19,7%; 19,3-20,1)	3203 (23,4%; 22,7-24,1)	4803 (17,8%; 17,4-18,3)	1,31 (1,26 – 1,37)
Mialgia/Artralgia (n=44.550)	15930 (35,8%; 35,3-36,2)	7650 (47,4%; 46,6-48,2)	8280 (29,1%; 28,6-29,7)	1,63 (1,59 – 1,67)
Anosmia e Ageusia (n=40.463)	7419 (18,3%; IC95% 18,0-18,7)	4643 (31,8%; IC95% 31,0-32,5)	2776 (10,7%; IC95% 10,3-11,1)	2,78 (2,67 – 2,90)
Outros (n=40.195)	6637 (16,5%; 16,1-16,9)	3093 (22,3%; 21,6-22,9)	3544 (13,5%; 13,1-13,9)	1,65 (1,58 – 1,72)

Todas as variáveis representadas por frequência absoluta (frequência relativa).

^a Razão de prevalência foi calculada utilizando o resultado positivo para covid-19 como exposição e a presença do sintoma como desfecho.

no município analisado. De forma geral, as três ondas da doença apresentaram prevalências heterogêneas nas características demográficas entre os casos confirmados. A principal diferença apresentada foi em relação ao sexo, pois na segunda onda houve uma maior proporção de mulheres (56,2%) em relação à primeira (54,7%) e terceira onda (53,6%, $p=0,003$), enquanto a proporção de homens foi maior na terceira onda (46,4%) em relação à primeira (45,3%) e à segunda onda (43,8%, $p=0,003$). Outro ponto importante foi que entre os 50 indígenas que apresentaram resultado positivo no período analisado, 80% (IC95%: 67,0% – 88,8%) foi registrado durante a primeira onda. O mesmo aconteceu para pessoas institucionalizadas ou apenas: dos 67 positivos durante o período, 97% (IC95%: 90,0% – 99,2%) ocorreu durante a primeira onda. Para

as demais características, não se observou diferenças epidemiológicas relevantes.

Com exceção da dispneia, observou-se um aumento na prevalência de relato de todos os sintomas entre os casos positivos se compararmos a primeira e a terceira onda. A perda de olfato e/ou paladar foi o sintoma que mais teve diferença entre as ondas: passou de 13,4% na primeira onda para 76,1% na terceira onda, seguido de cansaço, que passou de 4,2% na primeira onda para 35,5% na terceira onda ($p < 0,001$). A mediana de sintomas entre os casos positivos foi de 3 na primeira e na segunda onda, e de 4 sintomas na terceira onda.

Ter pelo menos uma comorbidade não apresentou associação com o resultado do teste na primeira

Tabela 3

Prevalência e comparação das comorbidades apresentadas pelos casos suspeitos positivos e negativos para covid-19. São Leopoldo, RS, Brazil, 2020-2021.

Variável	Total n=60.188	Positivo para covid-19 (IC95%) n=22.760	Negativo para covid-19 (IC95%) n=37.240	Razão de Prevalência (IC95%)
Presença de uma comorbidade	16430 (27,3%; 27,0-27,7)	6145 (26,9%; 26,4-27,6)	10285 (27,5%; 27,1-28,0)	0,98 (0,96 – 1,00)
Diabetes	3055 (5,1%; 4,9-5,3)	1312 (5,8%; 5,4-6,1)	1743 (4,7%; 4,5-4,9)	1,14 (1,09 – 1,19)
Doenças renais	435 (0,7%; 0,7-0,8)	172 (0,8%; 0,6-0,9)	263 (0,7%; 0,6-0,7)	1,04 (0,93 – 1,17)
Doença hepática	174 (0,3%; 0,3-0,3)	59 (0,3%; 0,2-0,3)	115 (0,3%; 0,2-0,4)	0,89 (0,73 – 1,10)
Imunossupressão	383 (0,6%; 0,6-0,7)	136 (0,6%; 0,5-0,7)	247 (0,7%; 0,6-0,7)	0,94 (0,81 – 1,07)
Doença cardiovascular incluindo HAS	8539 (14,2%; 13,9-14,5)	3505 (15,4%; 14,9-15,9)	5034 (13,5%; 13,1-13,9)	1,10 (1,07 – 1,13)
Doença neurológica ou neuromuscular	557 (0,9%; 0,8-1,0)	178 (0,8%; 0,7 -0,9)	379 (1,0%; 0,9-1,1)	0,84 (0,74 – 0,95)
Neoplasia	218 (0,4%; 0,3-0,4)	80 (0,4%; 0,3-0,4)	138 (0,4%; 0,3-0,4)	0,97 (0,81 – 1,15)
Infecção pelo HIV	460 (0,8%; 0,7-0,8)	105 (0,5%; 0,4-0,5)	355 (1,0%; 0,9-1,0)	0,60 (0,51 – 0,71)
Doença pulmonar crônica incluindo asma	3455 (5,7%; 5,6-5,9)	1142 (5%; 4,7-5,3)	2313 (6,2%; 5,4-6,4)	0,86 (0,82 – 0,91)
Obesidade declarada (n=30237*)	702 (2,3%; 2,1-2,5)	289 (2,4%; 2,1-2,7)	413 (2,2%; 2,0-2,5)	1,05 (0,96 – 1,15)
Outras	3781 (6,3%; 6,1-6,5)	1306 (5,7%; 5,4-6,0)	2475 (6,6%; 6,4-6,9)	0,91 (0,87 – 0,95)

Todas as variáveis representadas por frequência absoluta (frequência relativa).

* n reduzido, pois essa comorbidade foi incluída na ficha de avaliação SRAG tardiamente.

^a Razão de prevalência foi calculada utilizando como exposição a presença de comorbidades e desfecho o resultado positivo para covid-19.

onda, apresentou associação negativa com o resultado positivo na segunda onda e associação positiva com o resultado positivo na terceira onda. Entretanto, as prevalências de positividade entre os sujeitos com comorbidades específicas não variaram muito entre as ondas.

DISCUSSÃO

A partir da investigação epidemiológica realizada neste estudo, foi possível identificar e avaliar possíveis características associadas à infecção por SARS-CoV-2 em residentes do município de São Leopoldo, RS, nas três primeiras ondas de covid-19 que ocorreram na cidade. Três componentes principais foram avaliados: características sociodemográficas, sinais e sintomas e comorbidades apresentadas por pessoas com suspeita da doença.

Na literatura, o impacto das questões demográficas no contágio da covid-19 é bastante heterogêneo, e parece variar de acordo com questões geográficas e culturais¹⁴. No presente estudo, apesar de terem sido encontradas diferenças estatísticas entre variáveis sociodemográficas em indivíduos com resultado positivo e negativo para covid-19, possivelmente em decorrência do grande número de sujeitos analisados e da falta de controle para variáveis de confusão, as relevâncias práticas dessas diferenças são pequenas, uma vez que a diferença nas medidas encontradas entre os dois grupos é mínima¹⁵. De forma geral, ambos os grupos tinham maior prevalência de indivíduos do sexo feminino, com idade entre 20 e 40 anos, ensino médio completo e eram trabalhadores ativos. Importante notar que isso mostra uma maior tendência desses grupos populacionais de procurar atendimento e testagem, não necessariamente que esta seja a população mais afetada pela doença. Em relação à propensão de contaminação segundo características demográficas, a literatura ainda é bastante heterogênea. Um estudo ecológico com dados secundários realizado em Fortaleza e estudo de coorte retrospectivo realizado nos Estados Unidos verificaram uma maior prevalência de mulheres entre os casos com covid-19¹⁶⁻¹⁷. Uma revisão sistemática que analisou dados de 148 artigos e um estudo retrospectivo com pacientes hospitalizados na França apontou, por outro lado, uma maior proporção de infectados adultos do sexo masculino¹⁸⁻¹⁹. No entanto, uma pesquisa, com dados desagregados por sexo de países do mundo inteiro, demonstrou números semelhantes de casos em mulheres e homens, apesar de um aumento dos casos fatais em homens²⁰. Segundo autores, essa diferença entre o sexo se daria devido a diferenças de comportamento

entre homens e mulheres em relação a orientações em saúde, com uma menor atenção dada ao distanciamento social pelo sexo masculino²¹.

Entre os indivíduos que buscaram atendimento, o estudo aponta que a faixa etária entre 20 e 55 anos foi a mais acometida pela covid-19 durante o primeiro ano da pandemia, o que também é observado em outros estudos, uma vez que essa faixa etária tende a ter uma maior proporção de sujeitos com trabalho ativo e com maior interação social¹⁹⁻²². É de se esperar que os indivíduos de faixas etárias maiores tenham adotado de forma mais rigorosa comportamentos de proteção, tendo em vista as evidências de pior prognóstico nessas populações²³. Apesar das diferenças quanto às medidas de contenção entre países, como a implementação de *lockdown*, um estudo longitudinal na Suíça relata que a aceitação das medidas e comportamentos de proteção foi bastante alta entre idosos no início da pandemia, dado a consciência da ameaça²⁴. Esses resultados corroboram a hipótese de que pessoas mais velhas podem ter se conscientizado rapidamente tendo em vista a elevação das infecções e mortes relatadas diariamente após início da pandemia²⁵.

A análise dos sintomas realizada no presente estudo mostrou que a grande maioria dos suspeitos apresentava pelo menos um sintoma gripal, dificultando a possibilidade de identificação da covid-19 apenas por fatores sintomatológicos. Entretanto, foi possível identificar maior ocorrência de alguns sintomas, principalmente a perda de olfato e paladar, entre os sujeitos positivos, o que é similar ao estudo transversal italiano que demonstrou que as desordens de olfato e paladar foram muito frequentes em pacientes com covid-19 e podem preceder o início da doença clínica completa²⁶. Estudo norte-americano apresentou que mais de um terço dos indivíduos com perda de olfato ou paladar deram positivo para covid-19²⁷. Um estudo prospectivo no Irã demonstrou associação significativa entre sintomas como febre, dispneia, fraqueza, calafrios, fadiga, tosse seca, anorexia, anosmia, ageusia, tontura e sudorese, o que é semelhante aos resultados que encontramos de associação entre resultado positivo para covid-19 e alguns desses sintomas²². Uma revisão sistemática que avaliou a presença de sintomas associados à covid-19 em 9 países identificou a febre como o sintoma mais prevalente em adultos infectados, seguido por tosse e fadiga, enquanto o presente estudo demonstrou maior prevalência de cefaleia, seguido por tosse e mialgia/artralgia²⁸. Um estudo de coorte retrospectivo sobre atendimentos a covid-19 em serviços médicos de emergência em Washington

ressaltou que os sintomas mais frequentes foram febre, dispnéia, fadiga, tosse e estado mental alterado²⁹. Febre, tosse, dispnéia, cansaço e fadiga foram os sintomas mais frequentes segundo uma meta-análise³⁰. É possível que a febre não tenha sido reportada tão frequentemente no grupo dos positivos, porque não se sabe em que momento da doença os indivíduos incluídos nesse estudo procuraram por atendimento, e há evidência de que a presença da febre diminui rapidamente durante a primeira semana e a presença de sintomas como anosmia e ageusia sejam mais persistentes³¹.

A prevalência de comorbidades nos indivíduos notificados com suspeita de covid-19 no nosso estudo foi semelhante à da população geral no Brasil. Em relação às comorbidades, não foram verificadas diferenças nas prevalências destas entre os sujeitos com e sem diagnóstico para covid-19. No estudo ecológico de Fortaleza citado anteriormente, as comorbidades mais notificadas foram doenças cardiovasculares (6,5%) e diabetes (4,9%)¹⁶. No estudo de coorte retrospectivo com pacientes que precisaram de atendimento de emergência realizado em Washington, as comorbidades mais prevalentes nos casos foram doença cardíaca (33,1%) e diabetes (20,2%)²⁹. Tais pesquisas corroboram nossos resultados, nos quais tais comorbidades estão associadas positivamente com o resultado positivo no teste para covid-19. Outro estudo de coorte retrospectivo americano, conduzido na Califórnia, encontrou como comorbidades mais prevalentes entre os pacientes com resultado positivo a hipertensão arterial, a hiperlipidemia e a asma¹⁷. Importante ressaltar que os locais de notificação, como emergências, unidades de internação hospitalares ou unidades básicas de saúde, podem influenciar no perfil de comorbidades e sintomas dos pacientes por apresentarem diferentes níveis de assistência.

Salienta-se que a presença de doenças pulmonares, neurológicas e HIV foram negativamente associadas com a presença da infecção por SARS-CoV-2. Algumas hipóteses foram levantadas em relação a esses resultados: i) estes pacientes são considerados grupo de risco para a doença, gerando maior preocupação com o aparecimento de sintomas e maior busca por testagem para covid-19; ii) a possibilidade de que estes indivíduos usassem mais medidas de proteção contra a doença, determinando menor incidência da doença nesta população.

O presente estudo encontrou diferenças significativas entre as ondas quando analisados seus resultados. Ao analisar características sociodemo-

gráficas, percebe-se que grande parte dos casos da população indígena ocorreu na primeira onda da pandemia, assim como institucionalizados e apenados. Em estudo realizado com amostra da população hospitalizada por covid-19 de todo país, foi observado padrão semelhante em pessoas indígenas, apresentando maior porcentagem de casos no início da pandemia³². Importante notar que este estudo dividiu período semelhante de tempo em duas ondas ao invés de três. Dado o ambiente de aglomeração e certo confinamento, idosos e crianças institucionalizados e apenados são grupos vulneráveis e estão em maior risco de exposição à covid-19³³. Em relação aos indígenas, foi observado que, nos primeiros meses de pandemia, o alto risco para essa população se concentrava nos centros urbanos do Brasil, como é o caso do município estudado, localizado na região metropolitana de Porto Alegre. Em especial, as Regiões Sul-Sudeste e Centro-Oeste, que apresentam grande número de população autodeclarada indígena em área urbana, estiveram em risco desde o início da pandemia. No entanto, houve a rápida interiorização da covid-19 no país e o alcance da pandemia às demais terras indígenas³⁴. Além disso, esses resultados podem estar relacionados com a priorização da vacinação dessas populações em janeiro de 2021, durante a segunda onda³⁵. Quanto às políticas de saúde, dada a efetividade limitada de implementação, ações de organizações não governamentais e pesquisadores foram essenciais para mitigar a disseminação da doença na população indígena³⁶.

Verificou-se, na maioria dos sintomas elencados pela ficha de notificação municipal, um aumento em sua ocorrência conforme as ondas, havendo também aumento do número de sintomas que os indivíduos apresentavam. Em especial, a perda de olfato e paladar apresentou significativo aumento, sendo um sintoma comum e característico da doença a partir da segunda onda neste estudo. Na China, estudo com crianças e jovens, observou um comportamento diferente: menos indivíduos infectados apresentaram sintomas nas segunda e terceira onda, comparado com a primeira. Todavia, essa diferença não pareceu ser devido a mudanças nas medidas de saúde pública, visto que os critérios foram os mesmos durante as três ondas³⁷. É possível, entretanto, que essas mudanças estejam associadas à imunidade da população e também às diferenças nas propagações das variantes do vírus. No Brasil, houve a predominância de diferentes variantes durante as ondas da pandemia. Dessa forma, evidências sugerem que a segunda onda, que coincidiu

com o aumento da prevalência das variantes P.1 e P.2, foi mais severa que a primeira. Sugere-se que as mudanças na mortalidade e sintomas da primeira para a segunda onda foram relacionadas com a variante P.1³². Quanto à análise das comorbidades entre as ondas, não houve diferença significativa na associação ou não com resultado positivo do teste. Desta forma, percebemos diferentes padrões da doença conforme sua progressão em relação à sintomatologia clínica que o paciente apresentava, em concordância com outros estudos, embora não tenha sido encontrado diferenças clínicas e práticas relevantes quanto às comorbidades apresentadas pelos indivíduos positivos.

Limitações

Este estudo apresenta algumas limitações metodológicas que devem ser levadas em consideração na hora da interpretação dos resultados e da generalização dos achados. Primeiro, trata-se de um estudo que analisou dados secundários, podendo haver diferença de coleta das informações em cada unidade notificadora de saúde e abrindo margem para vieses de aferição e coleta. Além disso, as questões da ficha de notificação municipal são obtidas de forma autodeclarada, não havendo comprovação das mesmas. Também cabe salientar que houve alterações, durante o período de estudo, na ficha de notificação usada pelo Ministério da Saúde, gerando valores *missings* no banco de dados. Ademais, a coleta de dados era realizada por diversos profissionais de saúde no município, sem antes ter um treinamento ou supervisão durante a coleta, abrindo margem para divergências durante este processo.

Deve-se citar também a presença de viés de seleção do estudo, em especial viés de detecção, por ter como amostra apenas a população testada para covid-19 em São Leopoldo, podendo não ser representativa da população com infecção por covid-19 da cidade. Como evidenciado por estudo transversal com base de dados secundários do Ministério da Saúde, a subnotificação dos casos de covid-19 é frequente e significativa³⁸. A análise dos resultados deste estudo deve ser feita com cautela, pois a amostra contém somente aqueles indivíduos que foram realizar teste para covid-19, e não a população infectada em sua totalidade. Ademais, não sabemos em que momento da doença os indivíduos realizaram a coleta do teste, sendo possível que após este momento tenha surgido sintomas e agravamento de quadro clínico, não detectado pelo estudo, ou até mesmo resultados falso-negativos.

Da mesma forma, é necessário observar que não foram realizadas análises para mitigar possíveis variáveis de confusão, sendo, portanto, necessário levar em conta viés de confusão como limitação deste estudo. Apesar destas análises serem relevantes, o banco de dados disponibilizado para a realização do estudo era limitado às informações presentes na ficha de notificação, impossibilitando análises mais robustas. Ainda, salientamos que não foi realizado tratamento de dados para imputar *missings* e optou-se por não excluir estes sujeitos, para evitar mais vieses de seleção, além dos citados.

O estudo também possui alguns diferenciais. Abrange a população de um município com mais de 60 mil indivíduos testados para covid, apresentando um panorama sobre a busca por testagem e o comportamento da doença na cidade. É importante dizer que a presença de sintomas e comorbidades são fatores que levam os indivíduos a buscarem atendimento e testagem, podendo este estudo não representar o comportamento real da doença em absolutamente todos os indivíduos afetados, mesmo sem realizarem o teste para covid-19 e serem notificados.

CONCLUSÃO

O presente estudo avaliou características sociodemográficas, sintomatológicas e comorbidades que pudessem ter associação com apresentar teste positivo para covid-19. Não foram encontradas diferenças com relevância prática entre características sociodemográficas e comorbidades e o resultado do teste. O estudo encontrou associação entre a presença de sintomas gripais no momento da busca pelo teste, especialmente anosmia e ageusia, com o resultado do teste positivo, estes últimos apresentando aumento da prevalência em especial a partir da segunda onda da doença no Município de São Leopoldo. Além disso, dispneia foi o único sintoma a não ter sua ocorrência no momento da coleta do teste aumentada com o passar do tempo, em comparação com os demais sintomas.

Conclui-se que o perfil de quem buscou atendimento com suspeita de covid-19 no Município é muito similar entre aqueles que tiveram resultado positivo daqueles com resultado negativo. Logo, ressalta-se a importância da confirmação da infecção a partir de testes acurados e do monitoramento epidemiológico das situações de saúde a partir da vigilância epidemiológica.

REFERÊNCIAS

1. Ritchie H, Mathieu E, Rodés-Guirao L, Appel C, Giattino C, Ortiz-Ospina E, *et al.* Coronavirus Pandemic (COVID-19) [Internet]. 2020 [acesso 29 jul 2022]. Disponível em: <https://ourworldindata.org/coronavirus>. Acesso em jul 2022.
2. World Health Organization. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard [Internet]. 2021 [accessed 29 jul 2022]. Available from: <https://covid19.who.int>. Accessed: jul 2022.
3. Gaudart J, Landier J, Huiart L, Legendre E, Lehot L, Bendiane MK, *et al.* Factors associated with the spatial heterogeneity of the first wave of COVID-19 in France: a nationwide geo-epidemiological study. *The Lancet Public Health* [Internet]. 2021 [accessed 29 jul 2022], 6(4):e222-e231. Available from: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00006-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00006-2). Accessed: jul 2022.
4. Brasil, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Volume 2 – Planejamento e Gestão [Internet]. Brasília, DF, 2021 [acesso 29 jul 2022]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/volume-2-planejamento-e-gestao/>. Acesso em jul 2022.
5. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de Vigilância Epidemiológica: Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019 [Internet]. Brasília, DF, 03/04/2020 [acesso 29 jul 2022]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/GuiaDeVigiEp-final.pdf>. Acesso em jul 2022.
6. Mesenburg MA, Hallal PC, Menezes AMB, Barros AJD, Horta BL, Hartwig FP, *et al.* Prevalence of symptoms of COVID-19 in the state of Rio Grande do Sul: results of a population-based study with 18,000 participants. *Revista de Saúde Pública* [Internet]. 2021 [accessed 29 jul 2022], 55(82): 1-7. Available from: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055004030>. Accessed: jul 2022.
7. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de Vigilância Epidemiológica [Internet]. Brasília, DF, 2009 [acesso 29 jul 2022]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf. Acesso em jul 2022.
8. Naveed M, Naeem M, Rahman M, Hilal MG, Kakakhel MA, Ali G, *et al.* Review of potential risk groups for coronavirus disease 2019 (COVID-19). *New Microbes and New Infections* [Internet]. 2021 [accessed 29 jul 2022], 41(222): 100849. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.nmni.2021.100849>. Accessed: jul 2022.
9. Sepandi M, Taghdir M, Alimohamadi Y, Afrashteh Sima, Hosamirudsari H. Factors Associated with Mortality in COVID-19 Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Iran Journal of Public Health* [Internet]. 2020 [accessed 29 jul 2022], 49(7): 1211-1221. Available from: <https://doi.org/10.18502/ijph.v49i7.3574>. Accessed: jul 2022.
10. Chidambaram V, Tun NL, Haque WZ, Majella MJ, Sivakumar RK, Kumar A, *et al.* Factors associated with disease severity and mortality among patients with COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE* [Internet]. 2020 [accessed 29 jul 2022], 15(11): 1-29. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241541>. Accessed: jul 2022.
11. Lipsitch M, Swerdlow DL, Finelli L. Defining the Epidemiology of Covid-19 – Studies Needed. *New England Journal of Medicine* [Internet]. 2020 [accessed 29 jul 2022], 382(13): 1194-1196. Available from: <https://doi.org/10.1056/nejmp2002125>. Accessed: jul 2022.
12. Nature [Internet]. 2021 [accessed 29 jul 2022], 589(7843): 491-492. Available from: <https://doi.org/10.1038/d41586-021-00183-z>. Accessed: jul 2022.

13. Oremus M, Taylor-Wilson R, Aldrich M, Bell K, Gaudino J, Palevsky S, *et al.* The role of epidemiologists in SARS-CoV-2 and COVID-19 research. *Public Health* [Internet]. 2021 [accessed 29 jul 2022], 190(1): e3-e4. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.10.006>. Accessed: jul 2022.
14. Castro RR, Santos RSC, Sousa GJB, Pinheiro YT, Martins RRIM, Pereira MLD, *et al.* Spatial dynamics of the COVID-19 pandemic in Brazil. *Epidemiology and Infection* [Internet]. 2021 [accessed 29 jul 2022], 149(e60): 1-9. Available from: <https://doi.org/10.1017/S0950268821000479>. Accessed: jul 2022.
15. Ferreira JC, Patino CM. O que realmente significa o valor-p?. *Jornal Brasileiro de Pneumologia* [Internet]. 2015 [acesso 29 jul 2022], 41(5): 485. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1806-37132015000000215>. Acesso em jul 2022.
16. Cestari VRF, Florêncio RS, Sousa GJB, Garces TS, Maranhão TA, Castro RR, *et al.* Social vulnerability and COVID-19 incidence in a Brazilian metropolis. *Ciencia e Saude Coletiva* [Internet]. 2021 [accessed 29 jul 2022], 26(3):1023-1033. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.42372020>. Accessed: jul 2022.
17. Tartof SY, Qian L, Hong V, Wei R, Nadjafi RF, Fischer H, *et al.* Obesity and mortality among patients diagnosed with COVID-19: Results from an integrated health care organization. *Annals of Internal Medicine* [Internet]. 2020 [accessed 29 jul 2022], 173(10):773-781. Available from: <https://doi.org/10.7326/m20-3742>. Accessed: jul 2022.
18. Jutzeler CR, Bourguignon L, Weis CV, Tong B, Wong C, Rieck B, *et al.* Comorbidities, clinical signs and symptoms, laboratory findings, imaging features, treatment strategies, and outcomes in adult and pediatric patients with COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Travel Medicine Infectious Disease* [Internet]. 2020 [accessed 29 jul 2022], 37:101825. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2020.101825>. Accessed: jul 2022.
19. Rahi M, Le Pluart D, Beaudet A, Ismaël S, Parisey M, Poey N, *et al.* Sociodemographic characteristics and transmission risk factors in patients hospitalized for COVID-19 before and during the lockdown in France. *BMC Infectious Diseases* [Internet]. 2021 [accessed 29 jul 2022], 21(1):4-9. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12879-021-06419-7>. Accessed: jul 2022.
20. Global Health 50/50. The COVID-19 sex-disaggregated data tracker [Internet]. Available from: <https://globalhealth5050.org/the-sex-gender-and-covid-19-project/>. Accessed: jul 2022.
21. Rashedi J, Poor BM, Asgharzadeh V, Pourostadi M, Kafil HS, Vegari A, *et al.* Risk factors for covid-19. *Infezioni in Medicina* [Internet]. 2020 [accessed 29 jul 2022], 28(4):469-474. Available from: https://www.infezmed.it/media/journal/Vol_28_4_2020_2.pdf. Accessed: jul 2022.
22. Alizadehsani R, Alizadeh Sani Z, Behjati M, Roshanzamir Z, Hussain S, Abedini N, *et al.* Risk factors prediction, clinical outcomes, and mortality in COVID-19 patients. *Journal of Medical Virology* [Internet]. 2021 [accessed 29 jul 2022], 93(4):2307-2320. Available from: <https://doi.org/10.1002/jmv.26699>. Accessed: jul 2022.
23. Batista S, Souza ASS, Nogueira J, Andrade FB, Thumé E, Teixeira DSC. Comportamentos de proteção contra COVID-19 entre adultos e idosos brasileiros que vivem com multimorbidade: iniciativa ELSI-COVID-19. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2020 [acesso 29 jul 2022], 36(3): 1-14. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00196120>. Acesso em jul 2022.
24. Bearth A, Luchsinger L, Siegrist M. Reactions of Swiss adults to the COVID-19 pandemic: A longitudinal survey on the acceptance of and adherence to public health measures. *Social Science and Medicine* [Internet]. 2021 [accessed 29 jul 2022], 280: 114039. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114039>. Accessed: jul 2022.

25. Kim JK, Crimmins EM. How does age affect personal and social reactions to COVID-19: Results from the national Understanding America Study. PLoS ONE [Internet]. 2020 [accessed 29 jul 2022], 15(11): 1-16. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241950>. Accessed: jul 2022.
26. Giacomelli A, Pezzati L, Conti F, Bernacchia D, Siano M, Oreni L, *et al.* Self-reported Olfactory and Taste Disorders in Patients With Severe Acute Respiratory Coronavirus 2 Infection: A Cross-sectional Study. Clinical Infectious Diseases [Internet]. 2020 [accessed 29 jul 2022], 71(15): 889-890. Available from: <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa330>. Accessed: jul 2022.
27. Wohl DA, Barzin AH, Napravnik S, Davy-Mendez T, Smedberg JR, Thompson CM, *et al.* COVID-19 symptoms at time of testing and association with positivity among outpatients tested for SARS-CoV-2. PLoS ONE [Internet]. 2021 [accessed 29 jul 2022], 16(12): 1-13. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260879>. Accessed: jul 2022.
28. Grant MC, Geoghegan L, Arbyn M, Mohammed Z, McGuinness L, Clarke EL, *et al.* The prevalence of symptoms in 24,410 adults infected by the novel coronavirus (SARS-CoV-2; COVID-19): A systematic review and meta-analysis of 148 studies from 9 countries. PLoS ONE [Internet]. 2020 [accessed 29 jul 2022], 15(6): e234765. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234765>. Accessed: jul 2022.
29. Yang BY, Barnard LM, Emert JM, Drucker C, Schwarcz L, Counts CR, *et al.* Clinical Characteristics of Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Receiving Emergency Medical Services in King County, Washington. JAMA Network Open [Internet]. 2020 [accessed 29 jul 2022], 3(7):1-8. Available from: <https://doi.org/10.1001%2Fjamanetworkopen.2020.14549>. Accessed: jul 2022.
30. Khalili M, Karamouzian M, Nasiri N, Javadi S, Mirzazadeh A, Sharifi H. Epidemiological Characteristics of COVID-19: A Systematic Review and Meta-Analysis. Epidemiology and Infection [Internet]. 2020 [accessed 29 jul 2022], 148: e130. Available from: <https://doi.org/10.1017/S0950268820001430>. Accessed: jul 2022.
31. Scheneider A, Kirsten H, Lordick F, Lordick F, Lubbert C, Braun A. Covid-19 in outpatients – Is fever a useful indicator for SARS-CoV-2 infection?. PLoS ONE [Internet]. 2021 [accessed 29 jul 2022], 16(2): 1-12. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246312>. Accessed: jul 2022.
32. Zeiser FA, Donida B, da Costa CA, Ramos G de O, Scherer JN, Barcellos NT, *et al.* First and second COVID-19 waves in Brazil: A cross-sectional study of patients' characteristics related to hospitalization and in-hospital mortality. Lancet Regional Health – Americas [Internet]. 2021 [accessed 29 jul 2022], 6: 100107. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100107>. Accessed: jul 2022.
33. Wang J, Yang W, Pan L, Ji JS, Shen J, Zhao K, *et al.* Prevention and control of COVID-19 in nursing homes, orphanages, and prison. Environmental Pollution [Internet]. 2020 [accessed 29 jul 2022], 266(1): 115161. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.envpol.2020.115161>. Accessed: jul 2022.
34. Lana RM, Codeço CT, Santos RV, Cunha B, Coelho FV, Cruz OG, *et al.* Vulnerabilidade das populações indígenas à pandemia de Covid-19 no Brasil e os desafios para o seu monitoramento. In: Freitas CM, Barcellos C, Villela DAM. Covid-19 no Brasil: cenários epidemiológicos e vigilância em saúde [Internet]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2021, 127-142. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9786557081211.0008>. Acesso em jul 2022.
35. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Informe técnico: Campanha Nacional de Vacinação contra a COVID-19 [Internet]. Brasília, DF, 2021 [acesso 29 jul 2022]. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/01/1611078163793_Informe_Tecnico_da_Campanha_Nacional_de_Vacinacao_contra_a_Covid_19-1.pdf. Acesso em jul 2022.

36. Machado FCG, Ferron MM, Barddal MTM, Nascimento LA, Rosalen J, Avelino-Silva VI. COVID-19 vaccination, incidence, and mortality rates among indigenous population compared to the general population in Brazil: Describing trend over time. *The Lancet Regional Health – Americas* [Internet]. 2022 [accessed 29 jul 2022], 0: 100319. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100319>. Accessed: jul 2022.
37. Chua GT, Wong JSC, Lam I, Ho PPK, Chan WH, Yau FYS, *et al.* Clinical characteristics and Transmission of COVID-19 in Children and Youth During 3 waves of Outbreaks in Hong Kong. *JAMA Network Open* [Internet]. 2021 [accessed em 29 jul 2022], 4(5): e218824. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8094012/>. Accessed: jul de 2022.
38. Prado MF, Antunes BBP, Bastos LSL, Peres IT, Silva AAB, Dantas LF, *et al.* Análise da subnotificação de COVID-19 no Brasil. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva* [Internet]. 2020 [acesso 29 jul 2022], 32(2): 224-228. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20200030>. Acesso em jul de 2022.

Princípios de comunicação em Odontogeriatría: uma revisão de escopo

Communication principles in Geriatric Dentistry: a scoping review

Gabriel Schmitt da Cruz¹ 

Eduardo Trota Chaves² 

Otávio Pereira D'Ávila³ 

Eduardo Dickie de Castilhos³ 

¹Graduação em Odontologia,
Faculdade de Odontologia,
Universidade Federal de Pelotas – UFPel.

²Cirurgião-dentista, Doutorando em
Clínica Odontológica – Ênfase em
Cariologia/Dentística,
Faculdade de Odontologia,
Universidade Federal de Pelotas – UFPel.

³Professor de Saúde Coletiva,
Faculdade de Odontologia,
Universidade Federal de Pelotas – UFPel.

Autor correspondente:

Gabriel Schmitt da Cruz

E-mail: gabsschmitt@gmail.com

Recebido em 11/02/2022

Aprovado em 19/08/2022

RESUMO

Introdução: comunicação em odontologia pode ser negligenciada, dada dificuldade da obtenção de um canal paciente-profissional eficaz.

Objetivo: investigar práticas de comunicação no cuidado odontológico ao idoso.

Metodologia: realizada revisão de escopo, buscando trabalhos indexados nas principais bases e portais de dados em saúde, considerando estudos em qualquer idioma ou ano de publicação. Avaliação do risco de viés foi realizada pelo ‘CASP Checklist para estudos qualitativos’.

Resultados: 3.257 estudos foram investigados, 12 corresponderam aos critérios estabelecidos. Dois estudos apresentaram metodologia observacional participativa e os demais via entrevistas, 42% da amostra abordou somente a comunicação verbal (audível) e 2 mencionaram a prática à distância. A avaliação do risco de viés apontou dez estudos de nível A e dois de nível B. As práticas de teleatendimento ou questionários apresentam-se como aplicações da comunicação em odontogeriatría.

Conclusões: sugerem-se princípios comunicativos com o idoso através de interprofissionalidade e atenção, que devem ser exploradas e consolidadas.

Palavras-chave: Comunicação; Odontologia Geriátrica; Comunicação em Saúde; Competência em Informação.

ABSTRACT

Introduction: communication in dentistry can be neglected, considering the difficulty of obtaining an effective patient-professional channel.

Objective: to investigate communication practices in dental care for the elderly.

Methodology: a scope review was performed, seeking studies indexed in the main health databases and portals, considering studies in any language or year of publication. Risk of bias assessment was performed using 'CASP Checklist for Qualitative Studies'.

Results: 3,257 studies were investigated, 12 of which met the established criteria. Two studies presented participatory observational methodology and the others via interviews, 42% only addressed verbal communication (audible) and 2 mentioned distance practice. The assessment of the risk of bias pointed to ten studies at level A and two at level B. The teleservice practices or questionnaires are presented as applications of communication in geriatric dentistry.

Conclusions: communicative principles with the elderly through interprofessional and care are suggested, which should be explored and consolidated.

Keywords: Communication; Geriatric Dentistry; Health Communication; Information Literacy.

INTRODUÇÃO

O cuidado com a pessoa em sua totalidade, facilita o movimento de integração e transformação, mediante encontro genuíno com o outro¹. Deve-se trabalhar com inovação no modelo de atenção, adotando e investindo na implementação de ferramentas como autocuidado, plano de cuidados, interdisciplinaridade, mudança do modelo tradicional de referência e contrarreferência².

Episódios de descontentamento nos vínculos entre usuários e cirurgiões-dentistas, demasiado uso de expressões técnicas, e até mesmo indiferença do profissional perante determinadas situações de vida relatadas pelos pacientes, com ausência de acolhimento, escuta e diálogo, são frequentes³.

O cuidado não pode ser reduzido a uma dimensão técnica. Em detrimento disso, diferentes estratégias têm sido exploradas pela área da saúde para fortalecimento das relações de comunicação, preconizando solucionar o desafio que as vivências reflexivas e participativas trazem aos vários cenários de assistência à saúde, com a finalidade de um compartilhamento de saberes que conduza ao entendimento entre os indivíduos envolvidos no ato comunicativo⁴.

Fundando relações refinadas com conhecimentos e habilidades nas áreas da comunicação em saúde, mediação de conflitos e resolução de problemas, criatividade, além de um vasto campo de competências sociais que tornam o profissional da saúde um ser humano com uma dimensão e visão holística profunda do paciente e do seu contexto^{5,6}. Os profissionais de saúde devem ter amplas competências técnicas, inclusive os pacientes desejam profissionais especializados e capacitados tecnicamente, entretanto almejam o aspecto humano nas interações sociais⁷⁻⁸. Assim, fundamenta-se explorar a comunicação como ferramenta ativa ao cuidado.

O princípio da comunicação é estabelecido pela perspectiva do diálogo e troca de informação entre seres. É através da comunicação que os seres humanos compartilham diferentes informações, porque desta forma estabelecem relações⁷. Não obstante, o ato da comunicação não é limitado ao audível, não necessita ser verbalizado⁸⁻⁹.

A todo o momento, interpretamos mensagens do ambiente externo e enviamos para o cérebro, o que permite gerar pensamentos e respostas por meio de comportamentos e atitudes¹⁰. A comunicação é definida como um ato intencional ou não, e que se pode ter por objetivo obter um determinado efeito, observável, suscetível de ser avaliado na medida em que gera um comportamento que, de certa forma, pode associar a esse objetivo, ou seja, finda-se relacionar com o meio¹¹, afinal o ser humano é um ser social, indissociável entre corpo, linguagem e psiquismo¹⁰.

O processo de receber-interpretar-emitir-responder, de forma cíclica, é o mecanismo fundamental do *feedback*. No entanto, as emoções estão no centro deste processo, assim a 'leitura' das emoções é a 'chave' para a regulação das interações pessoais¹⁰.

Desde a prática baseada em evidência científica, houve a compreensão da existência de uma distância vertical de atendimento. Há profissionais formados por um ensino que não comunica, de escuta surda e do especialismo: 'falam pelo sujeito, falam do sujeito, mas não falam com os sujeitos escutando e problematizando necessidades e projetos de vida'¹². Porém, a comunicação estrutura a saúde e permite estabelecer relações entre as pessoas⁶.

A comunicação verbal e não verbal (ou audível e não audível) se faz importante, haja visto que essa habilidade pode contribuir para alcançar um desfecho favorável na compreensão do processo de saúde-doença⁶. Existem muitas barreiras para uma comunicação efetiva, incluindo os fatores

particulares de cada paciente, fatores clínicos e os fatores do próprio sistema de saúde, mas existem ferramentas e estratégias para lidar com essas barreiras, melhorar a comunicação e envolver os pacientes em seus cuidados¹³. A comunicação em saúde, ao nível interpessoal, grupal, societal e mediático permite o compartilhamento de mensagens verbais e não verbais com vista à sua compreensão pelos envolvidos e a uma consequente ação promotora de saúde⁶.

Os profissionais da saúde devem ter consciência, conhecimento, competências e atitudes singulares em relação aos mais diversos pacientes. Sobretudo aos pacientes que têm uma baixa literacia em saúde. Segundo a OMS, a literacia em saúde configura-se pelo conjunto de 'competências cognitivas e sociais e a capacidade do indivíduo para compreender as informações de maneira que promovam e mantenham boa saúde'¹⁴.

A comunicação interpessoal é o coração da qualidade dos cuidados de saúde, configura-se como a base relacional entre o paciente e o profissional⁶. Habilidades de comunicação eficazes podem ser ensinadas e melhoradas por meio de pesquisa, treinamento e conscientização¹³.

População idosa: envelhecimento e covid-19

Desde 1940, em decorrer do processo de queda das taxas de mortalidade e de fecundidade, o grupo de idosos é o que mais cresce proporcionalmente na população¹⁵. Com o envelhecimento populacional há uma inversão da pirâmide etária e, os idosos se tornam o grupo mais vulnerável à multimorbidade e mortalidade devido ao processo de senilidade, o envelhecimento patológico¹⁶. Não obstante, observa-se um aumento das doenças crônicas não transmissíveis (doenças cardiovasculares, diabetes e neoplasias, por exemplo), aquelas que aliadas a um conjunto de fatores levam à deterioração progressiva da saúde, sendo as principais causas de mortalidade no país. Essas são responsáveis pela maior demanda de consultas ambulatoriais, consumo de medicamentos e internações hospitalares. Em relação ao uso de medicamentos, estudos apontam que os idosos são os principais usuários desta terapêutica, sendo 75,4% o percentual estimado de idosos que fazem uso de medicamentos regulares ou contínuos, receitados por médicos, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde realizada pelo IBGE¹⁷.

Mundialmente estima-se que a população idosa alcance 2 bilhões de pessoas em 2050¹⁸. Apesar

do Brasil ter uma das economias mais fortes do mundo, apresenta uma das piores distribuições de renda, sendo esta, uma das maiores responsáveis pela pobreza que atinge uma parcela considerável da população idosa¹⁹. Há então, uma transição demográfica rápida e característica de países em desenvolvimento²⁰. A projeção do crescimento do número de idosos de 917%, entre 1960-2025, foi alertado na década de 80, gerando um necessário enfrentamento de implicações sociais e de saúde decorrentes desse processo¹⁵.

A esperança de vida ao nascer é um dos indicadores que mostra o fenômeno da longevidade, que em 2013 era de 74,9 anos e passou para 76,6 anos em 2019^{15,17,19-20}. O envelhecimento da população traz consigo alguns desafios relativos à saúde. Nesse contexto, a PNS 2019 investigou alguns fatores relacionados à saúde das pessoas de 60 anos ou mais de idade, estimados em 16,4% da população, totalizando 34,4 milhões de pessoas (em 2013 eram 13,2% da população ou 26,3 milhões de pessoas)¹⁷. Segundo a PNS (2019), 9,5% dos idosos possuíam limitação funcional e 23,5% da população de 60 anos ou mais de idade recebiam ajuda para realizar Atividades Instrumentais de Vida Diária¹⁷.

Devemos nos preparar para lidar com um país de número majoritário de idosos, o IBGE (2018) alerta que a projeção de crescimento populacional deverá cessar em 2047, quando terá cerca de 29% de idosos (acima de 60 anos)²¹. Contudo, há também uma transição epidemiológica, caracterizada pelo aumento de doenças crônicas degenerativas e redução das infecto-contagiosas^{19,22}, resultando em processos heterogêneos e associados¹⁹.

Entretanto, a longevidade se configura como um grande desafio do milênio, pois não têm sido acompanhadas modificações socioeconômicas compatíveis com as consequências advindas do aumento da expectativa média de vida¹⁹. Representações sociais de saúde e de cuidados em saúde diferem entre as construções destas representações em diferentes gêneros, ou seja, há maior mortalidade masculina em todas as faixas etárias, uma vez que os homens procuram menos pelos serviços de saúde e expõem-se mais a fatores de risco (álcool e o fumo), aos acidentes de trabalho e homicídios, aumento de mortes por câncer de pulmão, doenças cardiovasculares entre outras. Por outro lado, as mulheres possuem maiores taxas de prevalência de demências, depressão e dependência funcional, sendo reduzida as suas expectativas de vida livre de incapacidades²³. Mundialmente a longevidade tem-

se mostrado maior entre as mulheres do que entre os homens, apesar de participarem do mercado de trabalho, o sexo feminino recebe em média apenas 63% dos salários dos homens. Nesse sentido, segundo autores constitui-se uma tríade: a solidão, decorrente do maior tempo de sobrevivência, a pobreza e a maior incidência de doenças nas fases avançadas da vida, resultando no processo chamado de 'feminização da velhice'^{19,24}. As mulheres correspondem à maioria nos dados demográficos populacionais, ou seja, elas são 52,2% (109,4 milhões) da população residente do Brasil e maioria entre a população idosa, um total de 56,7%, assim como as principais usuárias do sistema de saúde¹⁷.

A queda é um evento comum entre as pessoas mais velhas, podendo levar a algum tipo de lesão de maior ou menor gravidade. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2019) investigou que no Brasil, 15,5% das pessoas de 60 anos ou mais de idade, sofreu alguma queda nos 12 meses anteriores à entrevista¹⁷. Esse percentual foi maior entre as mulheres (18,6%)¹⁷.

Os idosos tornaram-se o centro da discussão na pandemia da covid-19, especialmente aqueles mais vulneráveis, os com doenças crônicas e, com isso, ascenderam-se preocupações com a diversidade do envelhecimento e com o idoso²⁵⁻²⁶. Grande parte dos idosos apresentou comorbidades associadas ao maior risco de desenvolvimento da forma grave de covid-19²⁶. Segundo Hammerschmidt *et al.* (2020) a pandemia destacou a saúde dos idosos, incitando a necessidade de proteção, respeito, zelo, dignidade e rede de apoio, mas também aflorou o ageísmo, julgamentos e ridicularização²⁵. Sentimentos de solidão, ansiedade e tristeza foram frequentes entre os idosos, especialmente entre as mulheres²⁶.

Interações sociais, autoestima, escolhas alimentares e nutrição são aprimoradas por uma boa saúde bucal. A complexidade do tratamento odontológico em idosos é maior devido aos efeitos de doenças crônicas, aos medicamentos prescritos e seus efeitos adversos. Conquanto, populações de idosos são mais frequentemente afetados pela hipossalivação e xerostomia, devido a uma maior prevalência de doenças sistêmicas e o aumento do uso de medicamentos prescritos²⁷. Cerca de 400 medicamentos comumente utilizados por esta população podem causar boca seca, o que aumenta o risco de doença oral²⁸. Não só há evidências de associações de doença periodontal com condições crônicas, mas também diabetes, doenças cardíacas e derrame. Sendo assim, condições de saúde bucal

entre idosos com condições crônicas são frequentemente exacerbados pelo uso de medicamentos²⁸.

Idosos que perderam todos ou a maioria de seus dentes muitas vezes terminam evitando frutas frescas e vegetais – elementos básicos de uma dieta saudável. Contando com alimentos 'soft' que são facilmente mastigáveis, resultam em um declínio na nutrição e saúde. Além de dor e dificuldade de falar, a falta de dentes muitas vezes leva ao constrangimento e perda de autoestima contribuindo para solidão e isolamento social²⁸. Além disso, o número de dentes, função oral (mastigatória), acúmulo de problemas de saúde bucal (número de dentes, habilidade mastigatória, habilidade motora oral, pressão da língua, dificuldade para comer e dificuldade de engolir) e sintomas de boca seca são correlacionadas com a fragilidade de idosos²⁹.

Segundo Perez *et al.* (2008) a população idosa é responsável por grande pressão sobre o sistema de saúde, tanto em relação à demanda quanto aos custos³⁰. No entanto, uma parcela considerável desta população se faz responsável pelo uso desproporcional de recursos, principalmente à custa de hospitalizações. Por outro lado, a maior parcela dos indivíduos idosos vive bem a despeito de ser portadora de alguma doença crônica. São os idosos caracterizados como frágeis os que demandam cuidados mais específicos e complexos, muitas vezes em ambiente hospitalar³⁰.

A população de idosos com maior tempo de diabetes, pressão alta e obesidade apresenta uma probabilidade significativamente maior de ter doença periodontal²⁷. Estima-se que (53%) dos idosos possuem doença periodontal moderada ou severa²⁸.

O índice de dentes cariados perdidos e obturados (CPO-D) composto pela soma dos dentes afetados pela cárie, em idosos, no ano de 2010 foi de 27,1 enquanto que, em 2003, a média era de 27,8, com a maioria correspondendo ao componente 'extraído'³⁰.

Em termos populacionais, os problemas gengivais aumentam, de modo geral, com a idade. Somente 1,8% do grupo de idosos não demonstrou possuir problema periodontal³². Quanto à necessidade de prótese, o total de 23% do grupo de idosos necessitam de prótese total em pelo menos um maxilar e 15% necessitam de prótese total dupla, ou seja, nos dois maxilares³⁰.

Assim, nota-se que doenças sistêmicas podem influenciar a saúde bucal, e a saúde bucal tem um impacto sobre a saúde geral²⁷. Doenças e condi-

ções bucais que estão associadas ao envelhecimento resultam concomitantemente em um aumento da necessidade de prevenção, tratamentos restauradores e terapia periodontal²⁸.

Todas as pessoas têm a necessidade de se comunicar, porque afinal, compreendem-se singularidades nos seres biopsicossociais e espirituais que compõem o universo multifacetado da comunicação humana¹. A comunicação pertence aos sistemas funcionais principais dos idosos (cognição, humor, mobilidade e comunicação) e é a capacidade dos idosos estabelecerem um relacionamento produtivo com o meio, trocarem informações, manifestarem desejos, ideias, sentimentos; e está intimamente relacionada à habilidade de se comunicar, dependente assim da visão, audição, fala, voz e motricidade orofacial³¹. Porém, a comunicação muitas vezes se faz negligenciada por parte dos profissionais nos serviços de atenção à saúde, gerando uma lacuna no cuidado aos que procuram esses serviços³²⁻³³.

Diante a isso, diferentes métodos podem abrir um canal de comunicação como forma terapêutica³⁴. Uma revisão sistemática que compõe a comunicação com idosos através da música como intervenção terapêutica sugere o aumento na humanização, na sensibilidade, na espiritualidade, na motivação, na própria comunicação e expressão intra e interpessoal, nas relações sociais e funções cognitivas³⁵. Impreterivelmente, a escuta como forma terapêutica é um dos exemplos explorados em diversos modelos na literatura científica³⁶⁻³⁹, porque além do sentido fundamental de ouvir, exige também a capacidade de fazer uma leitura subjetiva e simbolizada pelo sujeito 'escutante'⁴⁰.

É crescente o grupo de idosos que necessitam de ferramentas facilitadoras do cuidado e competências por parte dos profissionais de saúde compatíveis com o aumento da expectativa média de vida. Ademais, considerando a comunicação como forma ativa de humanização e a importância da sua caracterização ao cuidado da pessoa idosa, o objetivo deste estudo foi de investigar as práticas de comunicação no cuidado odontológico ao idoso.

MÉTODOS

Caracterização da pesquisa

Trata-se de uma revisão de escopo, cuja finalidade foi reunir e sintetizar resultados de pesquisas so-

bre a delimitada questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento acerca do tema.

Consiste em seis etapas: 1) Identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa; 2) Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou pesquisa de literatura; 3) Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados / categorização dos estudos; 4) Avaliação dos estudos incluídos na revisão de escopo; 5) Interpretação dos resultados, e; 6) Apresentação da revisão / síntese do conhecimento.

Busca e critérios de aplicação

Para a primeira etapa elaborou-se a estratégia PCC (onde 'P' corresponde a população, 'C' de conceito e 'C' de contexto. Dessa forma: P (idosos), C (comunicação em odontogeriatrics) e C (literatura científica mundial)⁴¹. Porquanto, a seguinte questão norteadora foi construída: Quais são as evidências científicas acerca das práticas de comunicação no cuidado odontológico ao idoso?

A estratégia básica de busca aplicada encontra-se no Quadro 1, sendo adaptada segundo características de busca das diferentes bases.

Levantamento bibliográfico e critérios de busca

As bases de dados eletrônicas empregadas para seleção dos artigos foram: PubMed, LILACS, COCHRANE, Scopus, Embase e Web of Science e o portal SciELO. Utilizou-se a plataforma de fluxo de seleção de estudos Rayyan⁴².

Quadro 1

Termos, descritores e operadores de busca utilizados nas bases e portais de dados da área da saúde, agosto de 2021.

(Old Age Assistance) OR (Aged) OR (Frail Elderly) OR (Elderly) OR (Homes For The Aged) OR (Health Services For The Aged) OR (Old Adults) OR (Pessoa De Idade) OR (Pessoa Idosa) OR (Pessoas De Idade) OR (Pessoas Idosas) OR (População Idosa)) AND ((Interpersonal Relations) OR (Professional-Patient Relations) OR (Communication Patient Care) OR (Health Communication) OR (Communication) AND ((Oral Health) OR (Saúde Bucal) OR (Dentistry) OR (Oral Medicine) OR (Dental Medicine) OR (Odontologia))

Adicionalmente, foi realizado o levantamento na literatura cinzenta pela busca manual na plataforma *GoogleScholar.com*, onde os cem primeiros títulos foram avaliados.

Compondo a segunda etapa da revisão, os critérios estabelecidos de inclusão foram: estudos que abordaram ou referiram a comunicação no atendimento em odontogeriatrics; estudos em qualquer idioma; estudos de quaisquer anos; estudos qualitativos e quantitativos; foram considerados estudos observacionais e experimentais.

Os critérios de exclusão foram: estudos *in vitro*, estudos inegáveis ou em demais línguas, estudos que não abordavam o campo da odontologia, estudos experimentais que não compunham majoritariamente idosos, estudos observacionais que não envolviam a população idosa.

Após exportação para o *software Rayaan*, a fase de seleção dos estudos foi conduzida em duas etapas: na fase 1 os artigos foram selecionados com base na análise do título e leitura do resumo; na fase 2 foi realizada a leitura completa dos artigos incluídos, sempre levando em consideração os critérios de inclusão pré-estabelecidos no protocolo. Dois pesquisadores independentes e cegados (G.C.S. e E.T.C.) executaram a triagem dos trabalhos e, em caso de discordâncias, consultou-se um terceiro pesquisador experiente no assunto abordado (E.D.C.), para definir o estado do trabalho, frente esta revisão. Para indisponibilidade de texto completo, foram realizadas três tentativas de contato com o autor correspondente, por via correio eletrônico ou registro na plataforma *Researchgate.com*. Trabalhos em que não foram obtidas respostas para as tentativas de contato, foram excluídos da amostra, não contemplando a fase de coleta de dados.

Instrumentos, protocolo e registro

Na terceira etapa, categorizaram-se os estudos conforme a técnica de pesquisa⁴³: observação participante ou entrevista qualitativa. A quarta etapa teve como objetivo a avaliação da qualidade metodológica dos estudos posteriormente à seleção dos artigos. Optou-se pelo instrumento *Critical Appraisal Skills Programme – CASP Qualitative Studies Checklist*⁴⁴ permitindo a tabulação e apresentação do risco de viés de cada estudo, esse instrumento possui 10 itens que são pontuados, incluindo: 1) objetivo; 2) adequação do método; 3) apresentação dos procedimentos teórico-metodo-

lógicos; 4) critérios de seleção da amostra; 5) detalhamento da amostra; 6) relação entre pesquisadores e pesquisados; 7) respeito aos aspectos éticos; 8) rigor na análise dos dados; 9) propriedade para discutir os resultados; e 10) contribuições e limitações da pesquisa. Ao final do instrumento, o estudo foi classificado em nível A (6 a 10 pontos), significando possuir boa qualidade metodológica e viés reduzido; ou nível B (até 5 pontos), indicando qualidade metodológica satisfatória, porém com tendência a viés.

Esta revisão se baseou nos protocolos de reporte PRISMA (extensão para revisões de escopo)⁴¹ e Joanna Briggs para *Scoping Reviews*⁴⁵. Assim, a revisão foi registrada na base de dados Open Science Framework (OSF) no mês de novembro de 2021.

Procedimento para análise dos dados

Para a quinta etapa, foi utilizada a sintetização e organização dos dados, os quais foram coletados por meio de um instrumento de tabulação, os resultados que respondiam aos objetivos do estudo e assim, compondo a última etapa, foi realizada a análise dos dados. Com a tabulação, agrupou-se as informações de cada estudo: os nomes dos autores, título original, ano de publicação, número da amostra, objetivo do estudo, método, principais achados e conclusão. Posteriormente foi realizada a exploração das particularidades dos estudos, análise dos dados em discussão com a literatura já existente correlacionando ao objetivo desta pesquisa.

RESULTADOS

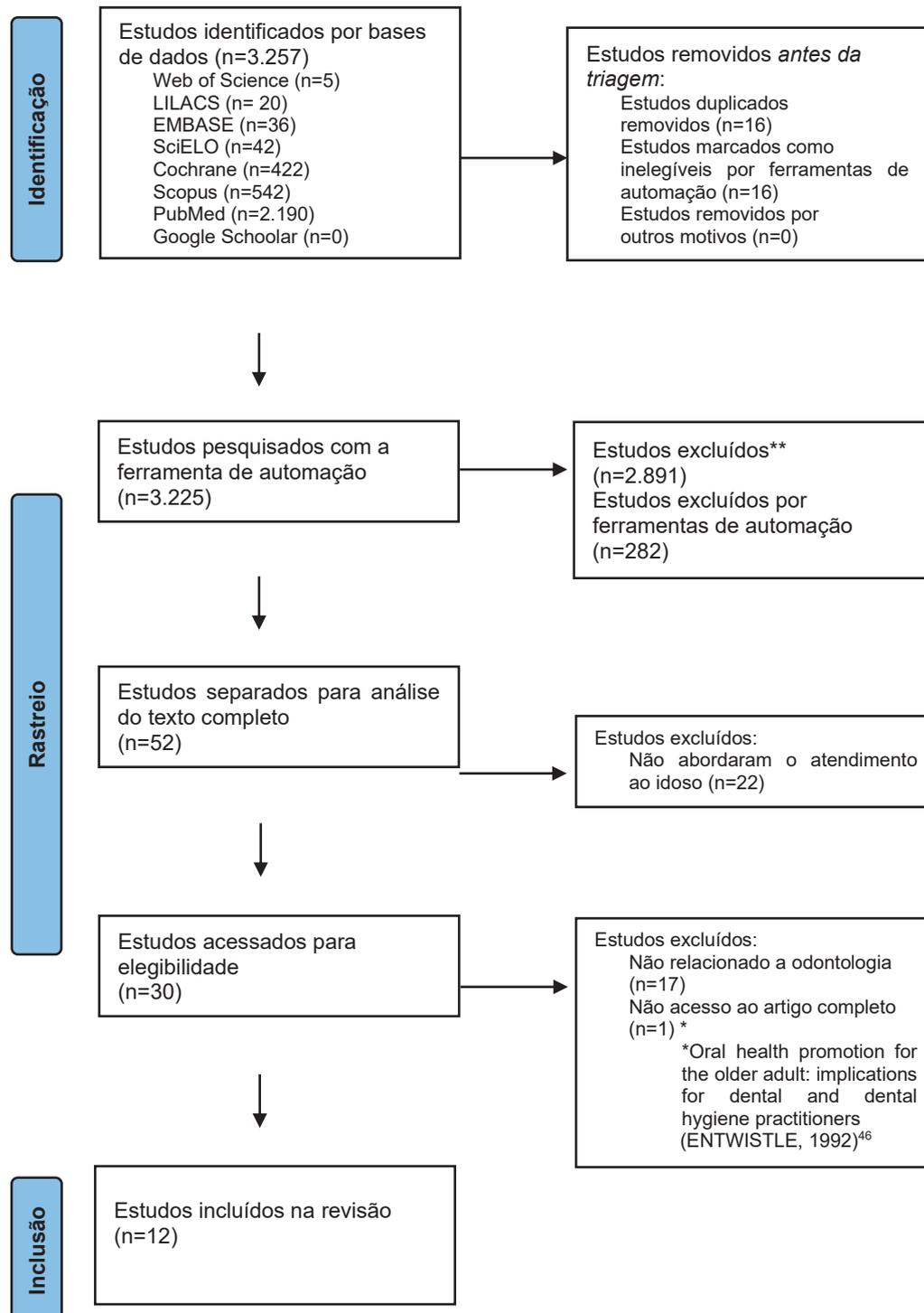
O desenho de pesquisa foi submetido à plataforma OSF com DOI:10.17605/OSF.IO/SGHXM. A busca foi realizada entre os dias 30 de agosto de 2021 até 11 de outubro de 2021. Foi identificado um total de 3.257 estudos nas bases de dados. Usando a plataforma Rayaan (web aplicativo de automação para revisões)⁴², dezesseis estudos foram automaticamente acusados como duplicatas e outros dezesseis estudos foram removidos da busca por serem considerados ilegíveis. Assim, na etapa de rastreamento, três mil duzentos e vinte e cinco estudos foram pesquisados por título e resumo, dos quais, três mil cento e setenta e três foram excluídos manualmente por não corresponderem aos critérios da busca. Foram separados para análise de texto completo cinquenta e dois estudos, sendo que destes,

vinte e dois foram excluídos por não abordarem o atendimento ao idoso. Ao seguir a etapa de rastreamento, dezessete outros estudos foram excluídos por não abordarem os campos da odontologia. Não foi possível o acesso ao texto completo de ENTWISTLE *et al.*, 1992, sendo assim

excluído⁴⁶. Finalmente, na etapa de inclusão, doze estudos responderam os critérios de elegibilidade e foram incluídos nesta revisão conforme demonstrado no fluxograma do quadro 2 e a tabulação dos achados encontra-se expressa no quadro 3 (vide **Apêndice**).

Quadro 2

Fluxograma das etapas de inclusão de estudos na revisão, realizadas entre os meses de agosto e outubro de 2021.



Todos os estudos incluídos nesta revisão foram qualitativos. Deste total, 25%⁴⁷⁻⁴⁹ dos estudos foram delineados com a metodologia de observação participativa⁴³ e os demais⁵²⁻⁶¹ com a metodologia de entrevista qualitativa⁴³. Os estudos que usaram a comunicação como intervenção em odontogeriatrics foram 5, 42% do total^{47,50-51,57-58}, os outros estudos observaram positivamente a comunicação em seus desfechos. Todos os estudos referiram somente a comunicação verbal (ou audível). Apenas dois estudos mencionaram a prática à distância.

No que diz respeito ao país de origem dos estudos, existe uma predominância de países do continente europeu (Grécia⁵⁰, Suécia⁵¹, Escócia⁵², Reino Unido⁵⁶), sendo um estudo de cada país. Os países que apresentaram maior número de estudo foram: Brasil⁴⁹⁻⁵⁴ e Estados Unidos⁴⁷⁻⁵⁷, com dois estudos cada. O espectro temporal encontrado, data do ano de 1983⁴⁸, como estudo mais antigo até 2020⁵⁷, estudo mais recente. A amostra dos estudos apresentou variações, partindo de trabalhos com 2 indivíduos avaliados⁴⁷ até amostras maiores atingindo até 129 participantes⁵¹.

Assim, a avaliação do risco de viés foi realizada pelo 'CASP Checklist para estudos qualitativos' e encontra-se expressa na **tabela 1** (vide Apêndice) a tabulação dos resultados. Todos os estudos abordaram um desenho apropriado para com os objetivos da pesquisa. Dois estudos foram considerados de nível B⁴⁸⁻⁴⁹, por não alcançarem pelo menos 6 pontos na avaliação de risco de viés devido à falta de exposição de critérios metodológicos. Todos os estudos foram considerados apropriados na síntese do conhecimento, assim foram inclusos tanto os de nível A, como os de nível B.

DISCUSSÃO

O objetivo desta revisão de escopo foi realizar o levantamento e mapeamento da evidência disponível nas bases de dados e portais de saúde sobre aspectos importantes na comunicação em odontologia, com ênfase em pessoas idosas. Nesse contexto, foram elencados estudos que apresentaram temática concordante com os objetivos e proposições deste trabalho. Dentre os estudos componentes da amostra final (n=12), diferentes abordagens e temáticas incluídas no tópico de comunicação em saúde odontológica com pacientes idosos, foram apresentadas e discutidas. Todos os delineamentos foram aceitos pelos pesquisadores, incluindo trabalhos de diferentes tipos, localidades e métodos comunicativos.

Os idosos requerem uma visão holística de abordagem, não apenas a de 'um órgão infectado ou tecido patológico'⁴⁸. Observamos um sistema de ações programáticas, centradas no tratamento efetuado mecanicamente, onde curetam-se cavidades e restauram-se dentes, conferindo um 'tratamento de sucesso'⁵⁸.

A comunicação é o caminho que os seres humanos trazem sentido ao mundo em sua volta, realizada através de padrões. O processo de interrelação pessoal é multidirecional, envolve duas ou mais pessoas e pode ocorrer por métodos verbais, não verbais, presenciais ou à distância⁵⁹⁻⁶⁰.

Apesar dos profissionais de saúde reconhecerem a carência de conhecimento sobre recursos de comunicação e a importância do desenvolvimento destas habilidades⁶¹, é escassa a busca de estratégias na assistência prestada por parte dos mesmos⁶². Inobstante, nos estudos pesquisados, a literatura demonstrou inexistentes as práticas de comunicação não verbal em odontogeriatrics.

O primeiro estudo publicado que abordou o tema⁴⁸ sugeriu que, de certa forma, há uma ideia errônea sobre desperdício de tratamento, ou 'terapia desperdiçada', a qual indica uma avaliação tendenciosa vista também em outras áreas da saúde, como se apenas a 'cura' indicaria sucesso clínico. A comunicação falha em odontogeriatrics também deriva de recuos ou resistências inconscientes de muitos dentistas, ligada à ansiedade sobre seu próprio envelhecimento, conflitos com a imagem de seus pais, e talvez com um sentir que está 'desperdiçando' suas habilidades e sua energia em pacientes que não podem ser curados, logo, tratados.

Boas práticas de comunicação são descritas principalmente nos casos em que profissionais demonstraram empatia com a pessoa⁵². Profissionais de saúde alegam dificuldades enfrentadas no convívio e tratamento ao idoso e relações com o cuidador²⁰, além de dificuldades acerca de atender expectativas de diagnóstico com uma explicação clara e plausível a alguns idosos⁵². No entanto, o paciente idoso deve ter no profissional de saúde como 'aquele que o vê, escuta e entende'^{20,52}. Deve-se considerar que a prática do cuidado em saúde deveria ser caracterizada por uma formação pela escuta e produção de diálogo, vínculo e subjetividades, de compartilhamento e construção de planos terapêuticos, com uma visão integral e humanizada da atenção à saúde bucal⁶³⁻⁶⁴. Por meio da comunicação e empatia, deve-se encontrar uma correlação entre as vivências e com-

preensões das desordens de saúde e dos meios terapêuticos, bilateralmente.

A empatia gera um suporte satisfatório e consultas bem-sucedidas⁵². No entanto, os participantes nem sempre sentem que são ouvidos ou escutados⁵¹. Isso faz um contraste com o desejo, por parte dos idosos, pela oportunidade de contarem sua história em detalhes suficientes e sua antipatia por serem solicitados a darem descrições abreviadas de sua dor e seus efeitos. Assim, o estudo sugere que os profissionais de saúde deveriam se comunicar e se envolver com idosos a fim destes esclarecerem suas expectativas sobre a dor e seu manejo, que podem ser influenciadas por percepções sobre a idade; e para encorajar a expressão de suas preocupações, que também podem ser afetadas por suas percepções⁵².

Compartilhar a importância da comunicação e escuta ativa no cuidado envolve tratar o paciente por inteiro, assim, uma equipe experiente de provedores de cuidado alcança o melhor resultado clínico juntos, empregando respeito⁵⁷. Deve-se adaptar o conhecimento para que haja um entendimento entre os pares. Sobretudo, devem ser avaliados os campos da autonomia e independência da pessoa idosa, que são, respectivamente a capacidade de gerenciar/tomar decisões e capacidade de realizá-las⁵⁸.

Embora sejam sugestivos os resultados, cinco estudos abordaram métodos de aplicação da comunicação como intervenção em odontogeriatrics^{47,50,52,57,58}.

Questionários de caracterização da importância da comunicação no desfecho clínico foram utilizados para avaliar as experiências com próteses^{50,55}; explorar o impacto na comunicação e de qualidade de vida nos pacientes com perda dentária⁵⁵; a importância da comunicação na interprofissionalidade e interdisciplinariedade⁵⁷. Todavia, apenas o estudo de Anastassiadou *et al.* 2004 apresentou um teste de confiabilidade (SPSS)⁵⁰.

Pode-se perceber ressalvas acerca de avaliar a comunicação em odontogeriatrics no meio científico. Compreendem-se limitações na aplicação de forma terapêutica, por meio de questionários por exemplo. Apesar da necessidade de reprodutibilidade para a 'cientificação', a essência do processo comunicativo terapêutico e humanizado é a de não ser fundamentalmente tecnicista⁵.

Apontando a dimensão da comunicação entre os cuidadores e membros da família, que se fazem

valorizados e incluídos na prestação de cuidados e na tomada de decisões de tratamento, outros estudos pontuaram a importância da interprofissionalidade de modelo colaborativo, como sucesso ao atendimento de idosos^{47,49,57}. Sugere-se que comunicação coordenada odontológica de idosos se faça não só com a família ou cuidadores, mas também com a equipe médica e de enfermagem, psicólogos, fisioterapeutas, farmacêuticos, assistentes sociais, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, para manter uma boa higiene bucal e a maior autonomia possível de pacientes com distúrbios cognitivos e motores^{47,49}.

O grupo de idosos apresenta alta prevalência de doenças crônico-degenerativas ou incapacitantes, por exemplo os pacientes portadores de doença de Parkinson avançada, artrite deformante nas mãos, demência, hemiplegia, Alzheimer, esquizofrenia e etc.^{49,57}. Segundo Kaufman *et al.* (2016), competências baseadas na equipe interprofissional fornecem uma estrutura para os dentistas que colaboram com prestadores de cuidados de saúde gerais no cuidado de pacientes idosos e frágeis⁴⁷. Essas competências incluem a comunicação com a clara importância de integrar o atendimento odontológico ao plano geral de tratamento do paciente, a comunicação entre os prestadores de cuidados de saúde, a definição das funções de vários prestadores e a melhor forma de trabalharem juntos para um atendimento otimizado ao paciente.

Ao exemplo da comunicação à distância, autores sugerem a comunicação com outros membros da equipe de saúde ou com pacientes, por meio de teleconferências (teleatendimento)^{47,58} e que uma educação comunicativa interprofissional pode equipar os alunos com competência para abordar a saúde de pacientes idosos⁵⁷. No estudo de Tomuro (2004), abordou-se uma linha de videochamada, com comunicação interativa entre famílias e provedores de saúde⁵⁸. O teleatendimento doméstico pode capacitar profissionais de saúde para realizarem avaliações abrangentes de fatores físicos, psicossociais e ambientais para idosos acamados ou impossibilitados de saírem de casa, a fim de aconselhar os idosos de alto risco sobre questões de saúde e vida. Assumindo assim alguma das funções da 'visita domiciliar preventiva'⁵⁸. Compreende-se que devem ser observadas as condições socioeconômicas para aplicações destas práticas, porque o acesso à saúde integral e o domínio do conhecimento acerca de ferramentas digitais, é uma limitação culturalmente presente em grande parte da população idosa. Seja visto

que, com o excesso de tecnologias e de informações que cercam o mundo contemporâneo e o hábito de realizarem-se diversas tarefas ao mesmo tempo, ainda no âmbito do cuidado encontram-se dificuldades para uma comunicação ativa e livre de intercorrências.

Um estudo denota que os idosos valorizam a comunicação profissional representada por virtudes, estes tipificam um dentista 'atencioso e solidário'. Experiências assim promovem mudanças nas rotinas de saúde bucal e facilitam o pensar acerca de suas próprias condições de saúde⁵⁴.

Tampouco, discute-se acerca da importância da comunicação findando a descoberta do passado odontológico dos pacientes idosos. As vulnerabilidades individuais são condicionadas a experiências e suas esperanças para o futuro importam grandemente ao atendimento de idosos⁴⁷. Não há vivência em fatos clínicos isolados. Observa-se que em cada atendimento se refletem as múltiplas experiências ou relatos de experiências de outrem. Os estudos reportam a indissociabilidade da compreensão dos aspectos de saúde bucal e de saúde geral no atendimento ao idoso, ressaltando a importância do conhecimento através da troca de informações^{47,49}.

Retrata-se que quando as terapias de suporte e de higiene bucal não se mostram efetivas, através da comunicação deve ser realizada uma reorientação de procedimentos de higiene bucal considerando-se as limitações do indivíduo idoso (independência), aos exemplos de: adaptação de cabos de escovas, instrumentos para facilitar a passagem de fio dental, uso de substâncias preventivas e terapêuticas (principalmente fluoretos e clorexidina)^{49,58}.

Um estudo pontuou uma série de sugestões na comunicação para o atendimento a pacientes idosos, a fim de melhorar os resultados do tratamento: obtenha uma história de vida completa; ouça com atenção; seja honesto; considere a pessoa idosa como participante na decisão de fazer; tente reconhecer seus próprios preconceitos e conflitos; aumente a independência e o autorrespeito do paciente e preserve seu estilo de vida; estabeleça metas realistas e ideais; identifique os problemas a serem encaminhados a outro profissional; enfrente a atitude negativa de um paciente idoso e trate-a⁴⁸.

Pode-se observar algumas limitações quanto à metodologia e risco de viés dos estudos, visto que se

encontraram somente estudos qualitativos; e que esta revisão é composta majoritariamente por estudos que não tiveram a comunicação como prática de intervenção^{47-49,51,53-54,56}, mas que fizeram alusão a esta proposta.

A busca manual realizada na literatura cinzenta apresentou resultados pré-existent e captados pela busca sistemática.

A comunicação não é apenas o processo de transmissão de informação, conhecimentos e valores. O ato de transmissão e recepção de mensagens entre um ser que se comunica e que recebe, bem como a ação de emitir uma mensagem e, eventualmente, receber outra em resposta, tangem a sua definição por senso comum⁸. Porém, sob essa ótica, a comunicação fica restrita às figuras clássicas do emissor e do receptor. As concepções que definem a comunicação são diversas. Assim, qualquer processo de comunicação envolve repertórios culturais, agendas de prioridades, diferentes percepções do mundo⁸.

Autoras elencaram uma 'evolução' dos diferentes processos de comunicação em saúde, cita-se a 'comunicação em dois fluxos', 'protagonismo dos participantes', 'processo de produção dos sentidos sociais', mas considerado o mais adequado às discussões do campo da saúde, conceituam a polifonia: quando a comunicação deixa de ser vista apenas como transmissão de informações e passa a ser considerada um 'processo de produção dos sentidos sociais'⁸.

Os pontos fortes dessa revisão podem ser mencionados a partir do ineditismo de trabalhos que se proponham a revisar a escassa literatura sobre o tema. De forma geral, o presente estudo permite uma validação do conhecimento até aqui produzido, para novos avanços possam ser estudados e validados, por estudos futuros. Em vista da não aplicação de filtros temporais, de idioma ou delineamento, acredita-se que o objetivo proposto encontra seu fechamento de forma satisfatória, visto que os achados apresentados englobam um recorte bastante amplo da literatura, permitindo seu entendimento em panorama. Em contrapartida, como limitação do estudo, é possível apontar a dificuldade na síntese e análise sistematizada dos trabalhos, visto a ampla variabilidade metodológica, mesmo em estudos de delineamentos semelhantes.

A literatura carece de estudos odontológicos direcionados propriamente à comunicação ativa da

pessoa idosa. Recomenda-se que mais estudos sejam conduzidos a fim de sugerir e explorar práticas aplicadas aos cenários de: mediação de conflitos e resolução de problemas; compartilhamento de saberes a partir do acolhimento, escuta e diálogo; abordagens e interações sociais da pessoa idosa; comunicação como intervenção e ferramenta diligente do cuidado.

CONCLUSÃO

Compreende-se a partir deste estudo exploratório, que a literatura alude considerações benéficas da comunicação verbal, seja presencial ou até mesmo à distância.

Levantam-se princípios, fundados no ato comunicativo, que se associados a um entendimento das diversas mudanças dos fatores biológicos, psicológicos e sociais que vêm com os processos de senescência e senilidade do envelhecimento, podem compreender um tratamento odontológico mais apropriado a esta população.

Nota-se a importância da comunicação como pilar na interprofissionalidade colaborativa do cuidado à pessoa idosa, bem como o papel da comunicação com o idoso, familiares ou cuidadores através de empatia, escuta e atenção. Porém estratégias de comunicação em odontogeriatrics ainda devem ser exploradas, debatidas e consolidadas na literatura.

REFERÊNCIAS

1. Luczinski GF, Ancona-Lopez M. A psicologia fenomenológica e a filosofia de Buber: o encontro na clínica. *Estud Psicol.* 2010;27(1):75-82. doi:10.1590/s0103-166x2010000100009
2. Moura CN, Siqueira APF de, Olegário EA, Raimundo L da S, Lima RR de, Braga LAV. A importância da escuta terapêutica como ferramenta da educação popular em saúde. *Políticas Envelhec Popul* 3. 2019;179-85. Disponível em: https://www.editorarealize.com.br/editora/anais/cieh/2019/TRABALHO_EV125_MD4_SA11_ID3337_27052019213420.pdf. Acesso em 26 nov. 2020.
3. Ceron M. Habilidades de Comunicação: Abordagem centrada na pessoa. *UnasusUnifespBr* [Internet]. 2013;25. Disponível em: www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/.../Unidade_17.pdf. Acesso em 26 nov. 2020.
4. Coriolano-Marinus MW de L, de Queiroga BAM, Ruiz-Moreno L, de Lima LS. Comunicação nas práticas em saúde: Revisão integrativa da literatura. *Saude e Soc.* 2014;23(4):1356-69 doi:10.1590/s0104-12902014000400019
5. Araújo, M. Reflexões sobre a prática em Humanização no atendimento odontológico Odontologia. São Paulo: Artes Médicas; 2008. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/133477?show=full>. Acesso em 26 nov. 2020.
6. Inge *et al.* Modelo de comunicação em saúde ACP: As competências de comunicação no cerne de uma literacia em saúde transversal, holística e prática. *Occup Med (Chic Ill)*. 2013;53(4):130. Disponível em: https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/7662/1/Literacia%20em%20sa%C3%BAde%20na%20pr%C3%A1tica_43.pdf. Acesso em 26 nov. 2020.
7. Pontes AC, Leitão IMTA, Ramos IC. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *Rev Bras Enferm.* 2008;61(3):312-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000300006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 dez. 2020.
8. Araújo IS, Cardoso JM. Comunicação e saúde. Editora Fiocruz, 2007. doi: <https://doi.org/10.7476/9788575413098>
9. Sequeira C. Comunicação terapêutica em saúde mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 2014;12:6-8. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/82004/2/33990.pdf>. Acesso em 26 nov. 2020.

10. Virgem LAM, Aprendinsi: metodologia híbrida de ensino e aprendizagem baseada em problemas / projetos e escuta ativa para formação docente em educação profissional e tecnológica. 2017. 153 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bh, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/22950>. Acesso em: 06 dez. 2020.
11. Wolf M, de Figueiredo MJV. Teorias da comunicação. Presença; 1987. Disponível em: <https://www.inovaconsulting.com.br/wp-content/uploads/2016/09/teorias-da-comunicacao-by-mauro-wolf.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2020.
12. Heckert ALC. Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta? In: Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. 2007. p. 199-212. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/Raz%C3%B5es-P%C3%BAblicas-para-a-Integralidade-em-Sa%C3%BAde-o-cuidado-como-valor.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2020.
13. Bittner-Fagan H, Davis J, Savoy M. Improving Patient Safety: Improving Communication. *FP Essent*. 2017 Dec;463:27-33. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29210557/>. Accessed: 06 dec 2020
14. da Luz Antunes M. A literacia em saúde: investimento na promoção da saúde e na racionalização de custos. *As Bibl da Saúde Que Futur Actas das XI Jornadas APDIS [Internet]*. 2014;123-33. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.21/3582>
15. Ramos LR, Veras RP, Kalache A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. *Rev Saude Publica*. 1987;21(3):211-24. doi:10.1590/s0034-89101987000300006
16. Alves NMC, Ceballos AG da C de. Polifarmácia em idosos do programa universidade aberta à terceira idade. *J Heal Biol Sci*. 2018;6(4):412. Disponível em: <https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/1910>. Acesso em: 06 dez. 2020
17. Pesquisa Nacional De Saúde Bucal. Ministério Da Saúde. Ouvidoria do SUS 136 Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde Resultados Principais. Brasil, 2012. ISSN 20464924. Disponível em: <https://doi.org/10.3310/hta21210>
18. Lopes AOS, Pimentel SD, Oliveira AS de, Silva D dos S, Reis LA dos. Qualidade De Vida De Idosos Longevos Segundo Sua Caracterização Sóciodemográfica. *Políticas Envelhec Popul*. 2019;(1):135-40. ISSN: 2526-1908
19. Netto MP, Rodrigues Yuaso D, Kitadai FT. Longevidade: desafio no terceiro milênio. *O Mundo Da Saúde [Internet]*. 2005;29:594-607. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/32/13_Longevidad._desafios3mil.pdf
20. Veras RP. Desafios e conquistas advindas da longevidade da população: o setor saúde e as suas necessárias transformações. *Velhice numa perspectiva de futuro saudável*. p. 11-32, 2001. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-291182>. Acesso em: 06 dez. 2020
21. IBGE. Estatísticas Sociais. Projeção da População 2018: número de habitantes do país deve parar de crescer em 2047. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018-numero-de-habitantes-do-pais-deve-parar-de-crescer-em-2047>. Acesso em: 15 out. 2020.
22. Dutra CESV, Sanchez HF. Organização da atenção à saúde bucal prestada ao idoso nas equipes de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Geriatr e Gerontol*. 2015;18(1):179-88. doi:10.1590/1809-9823.2015.13184
23. Chaimowicz F. Saúde do Idoso. 2 ed.; Nescon UFMG, Belo Horizonte, 2013. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3836.pdf>. Acesso: 06 dez. 2020

24. Silva SPC, Menandro MCS. As representações sociais da saúde e de seus cuidados para homens e mulheres idosos. *Saude e Soc.* 2014;23(2):626-40. doi: 10.1590/S0104-12902014000200022
25. Hammerschmidt KS de A, Santana RF. Saúde do idoso em tempos de pandemia COVID-19. *Cogitare Enferm.* 2020;25. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/ce.v25i0.72849>
26. Romero DE, Muzy J, Damacena GN, De Souza NA, Da Silva de Almeida W, Szwarcwald CL, *et al.* Older adults in the context of the COVID-19 pandemic in Brazil: Effects on health, income and work. *Cad Saude Publica.* 2021;37(3). doi: 10.1590/0102-311X00216620
27. Tavares M, Lindefjeld Calabi KA, San Martin L. Systemic diseases and oral health. *Dent Clin North Am.* 2014;58(4):797-814. doi: 10.1016/j.cden.2014.07.005
28. Catão MHC de V, Souza AON de, Carvalho ACH de, Oliveira AC de, Pinheiro ECC. Tratamento da xerostomia e hipossalivação em pacientes idosos. *Res Soc Dev.* 2021;10(8):e42510817427. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i8.17427>
29. Hakeem FF, Bernabé E, Sabbah W. Association between oral health and frailty: A systematic review of longitudinal studies. *Gerodontology.* 2019;36(3):205-15. doi: 10.1111/ger.12406
30. Perez M. A População Idosa e o uso de Serviços de Saúde - The Elderly and the use of Health Services. *Rev Hosp Univ Pedro Ernesto.* 2008;7(1):30-7. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/9278/7184>. Acesso: 06 dez. 2020
31. Moraes EN. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. 2018. Disponível em: <https://apsredes.org/pdf/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>. Acesso: 06 dez. 2020
32. Júlia M, Ford H. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. *Rev Bioética.* 2009;10(2):73-88. Acesso em: 06 dez. 202
33. Stefanelli MC. Comunicação com paciente: teoria e ensino. 1993 Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/000864713>. Acesso em: 06 dez. 2020
34. Lima FC. Comunicação como instrumento de humanização do cuidado de enfermagem. 2021;11(34):78-87. Disponível em: <https://doi.org/10.24276/rrecien2021>. Acesso em: 06 dez. 2020
35. Vagetti, Gislaíne Cristina; Nemes MC. Revisão Sistemática Sobre Intervenções Com Idosos Na Área Da Musicoterapia. *Rev Bras Musicoter.* 2017;48-67. Disponível em: <https://musicoterapia.revistademusicoterapia.mus.br/index.php/rbmt/article/view/57>. Acesso em: 06 dez. 2020
36. Malta M, do Carmo ED. A escuta ativa como condição de emergência da empatia no contexto do cuidado em saúde. *Atas Ciências da Saúde (ISSN 2448-3753).* 2020;9(3):41-51. Disponível em: <https://revistaseletronicas.fmu.br/index.php/ACIS/article/download/2371/1611/8184>. Acesso em: 06 dez. 2020
37. Mesquita AC, de Carvalho EC. Therapeutic listening as a health intervention strategy: An integrative review. *Rev da Esc Enferm.* 2014;48(6):1122-30. doi:10.1590/s0080-623420140000700022
38. Oliveira MJS, Souza A De, Calvetti PÜ, Filippin LI. A escuta ativa como estratégia de humanização da assistência em saúde. *Saúde e Desenvolv Hum.* 2018;6(2):33. Disponível em: https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/saude_desenvolvimento/article/view/4732#:~:text=Resultados%3A%20Essa%20intera%C3%A7%C3%A3o%20profissional%20Dusu%C3%A1rio,de%20tornar%20a%20assist%C3%A2ncia%20de. Acesso em: 06 dez.2020
39. Andrade GB, Pedroso VSM, Weykamp JM, Soares L da S, Siqueira HCH, Yasin JCM. Cuidados Paliativos e a Importância da Comunicação entre o Enfermeiro e Paciente, Familiar e Cuidador. *Rev Pesqui Cuid é Fundam Online.* 2019;11(3):713-7. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-988180>. Acesso em: 06 dez. 2020

40. Miranda CF, Miranda ML de. Construindo a relação de ajuda. In: Construindo a relação de ajuda. 1989. p. 204. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-87044>. Acesso em: 06 dez. 2020
41. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, *et al.* PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Ann Intern Med.* 2018;169(7):467-73. doi:10.7326/m18-0850
42. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan-a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev.* 2016;5(1):1-10. doi:10.1186/s13643-016-0384-4
43. Bosi MLM. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: Panorama e desafios. *Cienc e Saude Coletiva.* 2012;17(3):575-86. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300002>
44. CASP, U. K. Critical appraisal skills programme (CASP): checklists. 2018. CASP CHECKLISTS- CASP-Critical Appraisal Skills Programme. Disponível em: <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>. Acesso em: 06 dez. 2020
45. Peters MDJ *et al.* Chapter 11: scoping reviews (2020 version). JBI manual for evidence synthesis, JBI, v. 2020, 2020. Available from: ETERS, Micah DJ *et al.* Chapter 11: scoping reviews (2020 version). JBI manual for evidence synthesis, JBI, v. 2020, 2020. Accessed: 06 dec 2020
46. Entwistle BA. Oral health promotion for the older adult: implications for dental and dental hygiene practitioners. *J Dent Educ.* 1992 Sep;56(9):636-9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1401471/>. Accessed: 06 dec 2020
47. Kaufman LB, Henshaw MM, Brown BP, Calabrese JM. Oral Health and Interprofessional Collaborative Practice: Examples of the Team Approach to Geriatric Care. *Dent Clin North Am.* 2016;60(4):879-90. doi: 10.1016/j.cden.2016.05.007
48. Lowenthal E. The elderly patient. *Pharmacological Basis of Acute Care*, [s. l.], p. 175-180, 1983. Available from: https://doi.org/10.1007/978-3-319-10386-0_21
49. Shinkai RSA, Del Bel Cury AA. O papel da odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral ao idoso. *Cadernos de Saúde Pública*, 2000;16(4):p1099-1109. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2000000400028>
50. Anastassiadou V *et al.* Validation of communication between elderly denture wearers and dentists: a questionnaire on satisfaction with complete dentures using semi-structured interviews. *Gerodontol*, 2004;21(4):p195-200. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2004.00038>.
51. Avlund K, Holm-Pedersen P, Morse DE, Viitanen M, Winblad B. Social relations as determinants of oral health among persons over the age of 80 years. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 31(6), 454-462. doi:10.1046/j.1600-0528.2003.00115.x
52. Clarke A, Martin D, Jones D, Schofield P, Anthony G, McNamee P, *et al.* "I try and smile, I try and be cheery, I try not to be pushy. I try to say 'I'm here for help' but I leave feeling? worried": A Qualitative study of perceptions of interactions with health professionals by community-based older adults with chronic pain. *PLoS One.* 2014;9(9):1-7. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0105450>
53. McKenzie-Green B, Giddings LS, Buttle L, Tahana K. Older peoples' perceptions of oral health: 'it's just not that simple'. *Int J Dent Hyg [Internet]*. 2009;7(1):31-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1601-5037.2008.00328.x>
54. Saintrain MV de L, de Souza EHA. Impact of tooth loss on the quality of life. *Gerodontology.* 2012;29(2):e632-6. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2011.00535.x>

55. Sbaraini A, Carter SM, Evans RW, Blinkhorn A. Experiences of dental care: What do patients value? *BMC Health Serv Res.* 2012;12(1). Available from: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-177>
56. Smith PA, Entwistle VA, Nuttall N. Patients' experiences with partial dentures: a qualitative study. *Gerodontology.* 2005;22(4):187-92. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2005.00084.x>
57. Tabrizi M, Lee WC. A Pilot Study of an Interprofessional Program Involving Dental, Medical, Nursing, and Pharmacy Students. *Front Public Heal.* 2020;8(December):1-8. Available from: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.602957>
58. Tomuro K. Oral home telecare tutorials for the community-dwelling elderly. *J Med Dent Sci.* 2004;51(3):165-71. Available from: <https://doi.org/10.11480/jmids.510303>
59. de Barros RS, Botazzo C. Subjectivity and a clinical approach in primary healthcare: narratives, life histories and social reality. *Cien Saude Colet.* 2011;16(11):4337. doi: 10.1590/s1413-81232011001200006.
60. Chambers M. Interpersonal relationships and communication as a gateway to patient and public involvement and engagement. *Heal Expect an Int J public Particip Heal care Heal policy.* 2018;21(2):407. doi: 10.1111/hex.12683
61. Newell S, Jordan Z. The patient experience of patient-centered communication with nurses in the hospital setting: a qualitative systematic review protocol. *JB I database Syst Rev Implement reports.* 2015;13(1):76-87. doi:10.11124/jbisrir-2015-1072
62. Santos L, Torres HC. Educational practices in diabetes mellitus?: práticas educativas em diabetes mellitus?: compreendendo as competências dos profissionais da saúde *Prácticas educativas en Diabetes Mellitus?: comprendiendo las competencias de los profesionales de la salud.* 2011;21(3):574-80. Doi:10.1590/S0104-07072012000300012
63. de Araújo MMT, da Silva MJP. O conhecimento de estratégias de comunicação no atendimento à dimensão emocional em cuidados paliativos. *Texto e Context Enferm.* 2012;21(1):121-9. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000100014>
64. Graff VA, Ceriotti Toassi RF. Produção do cuidado em saúde com foco na Clínica Ampliada: um debate necessário na formação em Odontologia. *Rev da ABENO.* 2018;17(4):63-72. doi: <https://doi.org/10.30979/rev.abeno.v17i4.516>

APÊNDICE

Quadro 3

Tabulação dos estudos que compreendem os resultados da busca.

Autor	Ano	País de origem	Objetivos do estudo	Métodos	Amostra	Principais achados	Conclusão
Anastassiadou	2004	Grécia	Validar uma entrevista semiestruturada (SSI) para comunicação entre usuários de próteses totais e dentistas.	Entrevista qualitativa	78	O método apresentou boa confiabilidade, valioso para uso clínico e para auxiliar no estabelecimento de medidas e resultados, com base em critérios subjetivos de satisfação.	O método de comunicação avaliado é confiável e pode ser usado para obtenção de boa repetibilidade para avaliação qualitativa da satisfação com o profissional de odontologia.
Avlund	2003	Estocolmo	Analisar a influência das relações sociais de residentes de Kungsholmen, (Estocolmo) com idade superior a 80 anos e suas condições de saúde bucal.	Entrevista qualitativa	129	Os resultados primários apontam que pessoas que moravam sozinhas ou que ficaram sozinhas durante os 7 anos anteriores ao exame odontológico apresentaram maiores taxas de cárie coronária do que aqueles que viviam continuamente com outros. Ainda, pessoas insatisfeitas com seus contatos sociais eram mais propensas a cárie radicular do que aqueles que relataram satisfação com seus contatos sociais.	O estudo sugere que as relações sociais são relacionadas ao estado de saúde bucal de idosos.
Clarke	2014	Escócia	Explorar como pessoas idosas que vivem com dor crônica percebem suas experiências de interação com os profissionais de saúde.	Entrevista qualitativa	23	Os resultados ilustram como idosos podem ou não procurar ajuda para a dor crônica e destaca o envolvimento potencial da comparação social. A importância do diagnóstico expressa o desejo de validação profissional de sua condição e aversão a orientações vagas ou incompletas.	Uma parceria eficaz entre o idoso com dor e profissionais da saúde é essencial para que a dor seja devidamente avaliada e tratada, visto à subjetividade da variável. A percepção inadequada sobre idade, é um fator que pode interferir nas relações paciente-profissional.
Kaufman	2016	Estados Unidos	Baseado em dois relatos de casos, ilustra-se a prática colaborativa interprofissional, sendo que o primeiro é um exemplo de colaboração médico-dentária bem-sucedida e o segundo caso é um exemplo mal sucedido.	Observação de participante	2	A maioria das profissões relacionadas à saúde e suas especialidades associadas se engaja no sucesso colaborativo. Deficiências funcionais e/ou cognitivas em pacientes idosos podem exigir a identificação por parte de familiares e cuidadores a fim de auxiliar o paciente a manter uma saúde bucal ideal.	Melhores resultados para pacientes idosos resultam de colaboração interprofissional em conjunto com o apoio da família do paciente e cuidadores. A comunicação frequente com outros membros da equipe ajuda a garantir uma saúde bucal ideal trazendo resultados a curto e longo prazo.

Autor	Ano	País de origem	Objetivos do estudo	Métodos	Amostra	Principais achados	Conclusão
Lowental	1983	Israel	Abordar as alterações fisiológicas e patológicas advindas do processo de envelhecimento, relacionando com o atendimento odontológico.	Observação de participante	Não se aplica	A idade dos pacientes afeta parâmetros biopsicossociais de suas doenças. A senilidade evoca um recuo multiforme nos dentistas, diretamente oposto à atitude terapêutica necessária. O princípio essencial em odontogeriatria é a cooperação dentista-paciente, atingível somente de forma holística e respeitosa.	Princípios associados ao entendimento dos fatores biológicos, psicológicos e sociais, assim como as mudanças que acompanham a idade avançada, devem resultar no aprimoramento do tratamento odontológico.
Mckenzie-Green	2009	Nova Zelândia	Explorar o ponto de vista dos idosos quanto às práticas de saúde bucal. Discutir a atuação da odontologia na atenção integral à saúde do idoso, considerando-se a necessidade da abordagem interdisciplinar.	Entrevista qualitativa	19	O cuidado odontológico dos idosos envolve estratégias complexas e pessoalmente significativas. Uma visita ao dentista traz à tona esperanças e medos, com base nas experiências passadas e presentes. A boca e os dentes representam o relacionamento social e relacional do 'self' de uma pessoa.	Os dentistas devem ser sensíveis aos contextos que afetam o estado de saúde bucal de idosos, visto que acompanham seu passado, experiências de saúde bucal e suas esperanças para o futuro. O tratamento no presente vulnerabiliza e traz consigo uma grande importância ao idoso.
Saintrain	2011	Brasil	Investigar o impacto da perda dentária na qualidade de vida de idosos.	Entrevista qualitativa	72	A grande maioria dos pacientes avaliados compareceram ao dentista para procedimentos de extração dentária. Ainda, uma ampla parcela relata dificuldades depois de perder seus dentes. Dentre elas: dificuldades na alimentação e interferência na comunicação com outras pessoas.	A perda dentária causa transtorno na qualidade de vida do indivíduo, principalmente quando afeta seu bem-estar e aparência.
Sbaraini	2012	Austrália	Reportar experiências dos pacientes idosos no atendimento odontológico, particularmente no relacionamento paciente-dentista, durante a prestação de cuidados preventivos e aconselhamento em práticas odontológicas gerais.	Entrevista qualitativa	17	Valorização, por parte do paciente, de profissionais de odontologia que prestam devida atenção e respeito. Ênfase na preocupação e cuidado dos dentistas, elencando procedimentos de prevenção e educação em saúde.	Dentistas e equipes odontológicas produziram mudanças profundas não apenas nas rotinas de saúde bucal dos pacientes, mas também na forma como os pacientes pensam sobre a própria saúde bucal e o papel do profissional da odontologia.

Autor	Ano	País de origem	Objetivos do estudo	Métodos	Amostra	Principais achados	Conclusão
Shinkai	2000	Brasil	Discutir a atuação da odontologia na atenção integral à saúde do idoso, considerando a necessidade da abordagem interdisciplinar.	Observação de participante	Não se aplica	Necessidade do conhecimento interdisciplinar, a compreensão da individualidade do idoso e do processo de envelhecimento para enxergar a singularidade em cada um.	Odontogeriatría e gerontología devem englobar uma visão geral do idoso e do envelhecer. Há a indissociabilidade dos aspectos de saúde bucal e de saúde geral no atendimento ao idoso, ressaltando a importância do conhecimento e da comunicação.
Smith	2005	Reino Unido	Entender as experiências de pacientes no momento de recebimento de próteses parciais.	Entrevista qualitativa	23	Aponta-se dificuldade no aceitação dos pacientes frente à necessidade de prótese parcial. Pessoas idosas perceberam que os principais benefícios das próteses parciais são a aparência e a confiança melhoradas, mas experimentaram dificuldades, muitas vezes somente utilizando para eventos/ocasiões sociais.	Próteses parciais podem ser difíceis de lidar. Uma comunicação informativa e de apoio, quando próteses parciais são necessárias, pode melhorar a qualidade das experiências dos pacientes e ajudar a promover o uso eficaz e a busca de ajuda adequada por usuários de próteses parciais.
Tabrizi	2020	Estados Unidos	Avaliar um programa piloto interprofissional de saúde bucal.	Entrevista qualitativa	13	Todos os alunos reconheceram a importância do programa interprofissional para melhorar seus conhecimentos e habilidades. O sucesso do programa é pautado em: educação interprofissional, que aumentou a consciência dos alunos de outros tipos de serviços e cenários que permitiram aos alunos resolver o caso e adquirir experiência prática.	Educação interprofissional pode equipar os alunos com competência para abordar a saúde de pacientes geriátricos. Os materiais aplicados no estudo podem ser compartilhados e adaptados, para preparar alunos para outros cenários, que requerem equipes interprofissionais.

Tabela 1

Avaliação do risco de viés dos estudos incluídos por meio do CASP Checklist. Estudos discriminados em: S (sim), N (não) e T (talvez), outubro de 2021.

Autores	Sbaraini	McKenzie-Green	Shinkai	Lowental	Tomuro	Anastassiadou	Avlund	Clarke	Kaufman	Tabrizi	Saintrain	Smith
<i>CASP Checklist</i>												
1. Houve uma declaração clara dos objetivos da pesquisa?	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S
2. É uma metodologia qualitativa apropriada?	S	S	S	T	T	S	S	S	N	S	S	T
3. O desenho da pesquisa foi apropriado para abordar os objetivos da pesquisa?	S	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S
4. A estratégia de recrutamento foi adequada aos objetivos da pesquisa?	S	S	S	N	S	S	S	N	T	S	S	S
5. Os dados foram coletados de forma a abordar a questão da pesquisa?	S	S	S	T	S	S	S	N		S	S	S
6. A relação entre pesquisador e participantes foi considerada de forma adequada?	N	T	T	T	N	S	S		S	S	S	S

Autores	Sbaraini	McKenzie-Green	Shinkai	Lowental	Tomuro	Anastassiadou	Avlund	Clarke	Kaufman	Tabrizi	Saintrain	Smith
CASP Checklist												
7. As questões éticas foram levadas em consideração?	S	S	S	S	S	S	S		S	S	S	S
8. A análise dos dados foi suficientemente rigorosa?	S	N	S	N	T	S	S	T		S	S	S
9. Existe uma declaração clara das descobertas?	S	T	S	T	S	S	S	N	S	S	S	S
10. Quão valiosa é a pesquisa?	Apro- priada	Apropriada	Apro- priada	Apro- priada	Apro- priada	Apropriada	Apro- priada	Apro- priada	Apro- priada	Apro- priada	Apro- priada	Apro- priada
Nível do estudo	A	A	A	B	A	A	A	A	B	A	A	A

Prática interprofissional em saúde: a compreensão de profissionais atuantes em centros especializados do SUS

Interprofessional practice in health: the understanding of professionals working in specialized centers of the SUS

Graziela Liebel¹ 

Camila Tavares²

Débora Frizzo Pagnossin¹ 

Rafael Silva Fontenelle³ 

Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima¹ 

¹Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho Universidade do Vale do Itajaí, SC, Brasil

²Graduanda, Universidade do Vale do Itajaí, SC, Brasil

³Coordenador do Centro Especializado em Reabilitação Física e Intelectual. Graduação em Fisioterapia, Universidade do Vale do Itajaí, SC, Brasil

Autor correspondente:

Graziela Liebel

E-mail: grazielalieber_fono@hotmail.com

Recebido em 21/03/2022

Aprovado em 12/05/2022

RESUMO

Objetivo: analisar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre a prática interprofissional em dois serviços especializados – Centro Especializado em Reabilitação Física e Intelectual e no Serviço de Atenção à Saúde Auditiva, serviços oferecidos pelo SUS.

Método: pesquisa qualitativa exploratória e descritiva. Dados coletados através de entrevista semiestruturada com 16 profissionais, gravadas e transcritas. Os relatos foram analisados por meio de análise temática ajustada.

Resultados: nos relatos dos profissionais de saúde foi possível observar que a sobrecarga de trabalho e os interesses dos usuários tem implicado nas práticas interprofissionais, e que, apesar de esforços recentes para implementação da educação interprofissional na graduação em saúde, isso ainda não está acontecendo efetivamente. Os profissionais de saúde apresentam o conhecimento teórico conforme as suas falas, porém este não é aplicado no dia a dia.

Conclusão: é importante repensar o processo de trabalho em saúde e a formação em saúde, tendo como base a construção de práticas interprofissionais colaborativas.

Palavras-chave: Pesquisa Qualitativa; Sistema Único de Saúde; Prática Interprofissional em Saúde.

ABSTRACT

Objective: to analyze the knowledge of health professionals about inter-professional practice in two specialized services – the Specialized Center for Physical and Intellectual Rehabilitation and the Hearing Health Care Service, services offered by the SUS.

Method: exploratory and descriptive qualitative research. Data collected through semi-structured interviews with 16 professionals, recorded and transcribed. Collections were analyzed using adjusted thematic analysis.

Results: in the reports of health professionals, it was possible to observe that the work overload, and the interests of users, have implied in inter-professional practices, and that despite recent efforts to implement interprofessional education in undergraduate health, this is still not happening effectively. Health professionals present theoretical knowledge according to their speeches, but this is not applied in everyday life.

Conclusion: it is important to rethink the health work process, as well as health training based on the construction of collaborative inter-professional practices.

Keywords: Qualitative Research; Unified Health System; Interprofessional practice in health.

INTRODUÇÃO

A prática interprofissional em saúde, conhecida sinteticamente por interprofissionalidade, foi apresentada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), na Conferência Internacional de Atenção Primária à Saúde, realizada na antiga cidade de Alma-Ata, hoje Astana, no Cazaquistão, em 1978. De cunho estratégico, visando à promoção de “Saúde para todos no ano 2000”¹, o termo ensejava a necessidade dos serviços de atenção primária à saúde (APS) priorizarem a educação interprofissional para uma prática colaborativa em saúde.

A estratégia consiste em uma pedagogia voltada para a melhoria dos resultados das práticas de saúde em todo o mundo², sobretudo porque contribui positivamente para a percepção, compreensão e eficácia das relações de trabalho em equipe³. A materialização desse caminho “ocorre quando estudantes de duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si, para possibilitar a colaboração eficaz e melhorar os resultados na saúde”⁴.

Para alcançar a prática interprofissional colaborativa em saúde é preciso executar alguns domínios essenciais: comunicação interprofissional, por meio de uso de prontuários, principalmente, cuidado centrado na pessoa e família, clarificação dos papéis profissionais, dinâmica de funcionamento

da equipe; resolução de conflitos interprofissionais e liderança colaborativa⁵.

No âmbito da academia brasileira, a interprofissionalidade tem se configurado como um dos caminhos para aprimorar o cuidado em saúde, por meio da formação de um profissional com capacidade de trabalhar em equipe, de forma colaborativa, nos serviços de APS⁶. Esse caminho tem como fulcro as práticas colaborativas que se caracterizam pela atuação profissional das diversas especialidades em saúde, juntamente com o paciente e/ou seus familiares, cuidadores e comunidade, mantendo o foco centrado no usuário(a), pois de tal forma, objetivam contribuir simultaneamente a fim de alcançar a integralidade, compondo um modelo qualificado de atenção ampliada à saúde⁷.

Na especificidade dos serviços de APS no Brasil, a prática interprofissional tem sido vista como ato que se realiza por meio da reflexão sobre os diferentes papéis profissionais e da tomada de decisão compartilhada, caminho pelos quais se constroem dialogicamente os saberes, com respeito às singularidades das diversas práticas profissionais⁸.

A literatura elucida que os modelos de práticas de saúde são delineados em conformidade às necessidades dos usuários. Visto que essas necessidades sofrem modificações constantemente, surge a premência de transformações de tais modelos em consonância com essa dinâmica⁹. Em decorrência das contínuas modificações na dinâmica do trabalho, a colaboração em ato (trabalho em equipe) vem sendo objeto de análise constante, uma vez que o tema acumula necessidades de concretização, no sentido de acompanhar as transformações dos serviços em saúde¹⁰, tradicionalmente executados na lógica individual. Essa perspectiva transformadora – a de um futuro desejado de colaboração nas práticas de saúde – é de cunho político e estratégico e nela se baseia a Educação Interprofissional (EIP)¹¹. Os programas Pró-Saúde e PET-Saúde consistem em políticas indutoras da prática interprofissional.

O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) foi lançado em 2005, pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em conjunto com o Ministério da Educação, Secretaria de Educação Superior (SESu) e Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), com o objetivo de estimular a transformação do processo de formação e do processo da produção de saberes¹².

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) foi criado, em 2010, por meio da Portaria Interministerial n.º 421, de 03 de março de 2010. Em seu Art. 2º, lê-se que o PET-Saúde “[...] tem como pressuposto a educação pelo trabalho, caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho, dirigido aos estudantes [...]”. Em perspectiva prática, o PET-Saúde assume a defesa “[...] das necessidades dos serviços como fonte de produção de conhecimento [...]”¹³.

Nesse sentido, o programa PET-Saúde surge com o objetivo de trazer uma mudança na formação dos profissionais de saúde, buscando a integração entre ensino, serviço e comunidade, ou seja, formar profissionais aptos a trabalharem na APS SUS. Quase dez anos depois, o PET-Saúde foi reeditado com o foco na Educação Interprofissional, para se configurar em uma estratégia educacional de qualificação dos serviços de atenção à saúde e da formação dos futuros profissionais da saúde. O projeto busca inter-relacionar ensino, serviço e comunidade, com o foco no direito à saúde¹⁴.

Se considerarmos a concretização da integralidade no SUS, as práticas de saúde interprofissional podem ser uma ferramenta nos níveis hierárquicos de complexidade do SUS – atenção primária, média complexidade e alta complexidade – assim, é razoável pensar que a realização do princípio integralidade requer práticas colaborativas/interprofissionais em seus três níveis de complexidade.

Nessa linha compreensiva, o objetivo do estudo foi analisar a prática interprofissional dos profissionais de saúde no Serviço Centro Especializado em Reabilitação Física e Intelectual e no Serviço de Atenção à Saúde Auditiva, serviços oferecidos pelo SUS.

MÉTODOS

Estudo qualitativo, de caráter exploratório-descritivo, apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Itajaí, sob o parecer de n.º 111536/2019, e CAAE 20119019.1.0000.0120, desenvolvido no ano de 2020.

A pesquisa foi realizada em dois centros de média e alta complexidade do SUS: Centro Especializado em Reabilitação Física e Intelectual (CER II) – média complexidade, cujas referências são os cur-

sos de graduação em Fisioterapia e Psicologia, da Escola de Ciências da Saúde, UNIVALI¹⁵, e no Serviço Ambulatorial de Saúde Auditiva (SASA) – média e alta complexidade, vinculado ao curso de graduação em Fonoaudiologia da UNIVALI¹⁶.

O CER II é uma referência no diagnóstico de Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) para os 11 municípios que compõem a Região de Saúde da Foz do Rio Itajaí. Foi credenciado pelo MS, em 2014, na representação de componente da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na integralidade de atenção à saúde. Os atendimentos são regulados pelo Sistema de Regulação do Ministério da Saúde (SisReg/MS) e o fluxo é pactuado entre os 11 municípios assistidos. A entrada do(a) usuário(a) se dá através de encaminhamento médico da Unidade Básica de Saúde (UBS) em que o usuário está cadastrado, bem como da rede hospitalar e de outros espaços institucionais de referência. Os serviços do CER II contam com profissionais, das seguintes áreas: médico neurologista, médico neuropediatra, médico clínico geral, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, fonoaudiólogos, assistente social, enfermeiro e nutricionista¹⁷.

O SASA, por sua vez, foi credenciado ao MS, inicialmente como um serviço de média complexidade do SUS (2005) e posteriormente como de alta complexidade (2011), quando inseriu crianças de 0 a 3 anos. É uma referência para 52 municípios de Santa Catarina e sua equipe é composta por fonoaudiólogos, médicos otorrinolaringologistas, psicólogos, assistente social e neuropediatra. Responde pelo cuidado ao(à) usuário(a) do diagnóstico à reabilitação¹⁸. Os atendimentos também são regulados pelo SisReg/MS e o fluxo dos(as) usuários(as) se dá da seguinte forma: o usuário entrega a documentação para atendimento no SASA na sua Unidade Básica de Saúde ou no Setor de Tratamento Fora do Domicílio (TFD) da Secretaria Municipal de Saúde, a depender do município de origem. Este encaminhamento é cadastrado no SisReg/MS e os agendamentos obedecem a uma fila de espera única, estadual, regulada por um sistema de classificação de risco¹⁹.

Para a composição dos grupos de participantes, solicitou-se às respectivas coordenações, as listagens dos profissionais atuantes em ambos os serviços. Em seguida, fez-se contato com todos os integrantes. Do total de 22 profissionais lotados no CER II, 11 compuseram o grupo participante,

sendo 2 fisioterapeutas, 2 psicólogos, 4 fonoaudiólogos, 1 nutricionista, 1 terapeuta ocupacional e 1 assistente social. Quanto ao SASA, dos 22 profissionais, 5 aceitaram participar da pesquisa e 2 recusaram.

O instrumento de coleta de dados foi a entrevista semiestruturada, com 16 perguntas. Elas foram realizadas por meio de ligações de áudio com vídeo, sendo gravadas e transcritas para análise.

A análise dos dados foi realizada por meio da análise temática ajustada. Optou-se por essa adaptação, uma vez que o estudo priorizou não a frequência com que os argumentos e ideias se repetiam, mas a significância²⁰.

Inicialmente, verificou-se se os textos brutos tinham representatividade e se eram pertinentes para responder aos objetivos do estudo, quanto à

análise da prática interprofissional em saúde nos dois centros pesquisados. Foram realizadas leituras livres sem compromisso com interpretação. A etapa seguinte consistiu em explorar as unidades de registro (termos, expressões, frases) e na sequência procedeu-se à codificação, à leitura transversal do material e à categorização²⁰. A categoria gerada foi: **Prática Interprofissional de Saúde: um processo em construção**.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A caracterização da amostra da pesquisa (Quadro 1) demonstra a heterogeneidade quanto ao tempo de formação e o tempo de atuação nos serviços especializados.

Todos os profissionais entrevistados do CER II foram do sexo feminino (100%), com tempo de

Quadro 1

Caracterização dos participantes da pesquisa nos serviços CER e SASA de Itajaí- SC/ Brasil, ano 2020.

Participantes	Idade/ sexo	Serviço	Área de formação	Tempo de formação	Tempo de experiência profissional	Tempo de trabalho no serviço
1	23/F	CER	Psicologia	1 ano e 6 meses	1 ano e 6 meses	1 ano e 2 meses
2	29/F	CER	Terapia Ocupacional	4 anos	4 anos	1 ano e 2 meses
3	34/F	CER	Fisioterapia	15 anos	15 anos	6 anos
4	32/F	CER	Fonoaudiologia	4 anos	4 anos	1 ano
5	43/F	CER	Nutricionista	20 anos	20 anos	2 anos e 6 meses
6	25/F	CER	Psicologia	3 anos	3 anos	1 ano e 2 meses
7	35/F	CER	Fonoaudiologia	12 anos	12 anos	4 anos
8	33/F	CER	Fisioterapia	10 anos	10 anos	6 anos
9	29/F	CER	Fonoaudiologia	7 anos	7 anos	1 ano e 6 meses
10	36/F	CER	Fonoaudiologia	15 anos	15 anos	2 anos
11	53/F	CER	Serviço Social	32 anos	20 anos	1 ano e 8 meses
12	37/F	SASA	Fonoaudiologia	15 anos	15 anos	11 anos
13	43/F	SASA	Pedagogia Fonoaudiologia	22 anos 8 anos	15 anos	7 anos
14	53/F	SASA	Serviço Social	30 anos	30 anos	25 anos
15	38/F	SASA	Fonoaudiologia	17 anos	16 anos	13 anos
16	40/F	SASA	Fonoaudiologia	13 anos	13 anos	9 anos

* CER – Serviço de Reabilitação Física e Intelectual

** SASA – Serviço de Atenção à Saúde Auditiva

atuação em suas áreas específicas variando de 1 ano e ½ a 32 anos. O tempo médio de trabalho dos profissionais é 2 anos e ½. Quanto aos profissionais do(a) SASA, a faixa etária variou gradualmente entre 37 e 53 anos, com a supremacia de mulheres, com tempo de experiência superior a 15 anos.

Ao serem questionados sobre as prováveis diferenças entre a prática multiprofissional e interprofissional e sobre o modo como os profissionais entendiam os dois conceitos, participantes que trabalham no CER II e no SASA relataram distintas percepções:

“O trabalho interprofissional vai além do multiprofissional, entendo como algo que vai dos saberes de cada profissão onde se interligam nas intervenções” (SASA 2).

“[...] interprofissional a gente [...] tenta focar no paciente, não lembro muito dos conceitos. O multidisciplinar eu acho que [...] a gente avalia de maneira independente e depois a gente conversa entre nós da equipe” (CER II 2).

“Eu acho que existe! Mas eu não tenho certeza se eu sei diferenciar as duas modalidades” (CER II 6). “Interprofissional eu já vejo como todos os profissionais numa causa só, por exemplo a questão do aparelho auditivo, todos trabalhando para esta causa do paciente” (SASA 3).

“[...] multiprofissional está mais voltado a várias profissões trabalhando, mas cada uma na sua especificidade, e o interprofissional também trabalha junto, mas uma atravessa a outra, tem mais diálogo, mais trocas no sentido interdisciplinar” (CER II 1).

“Interprofissionalidade são várias especialidades atuando em um mesmo caso” (CER II 10).

“[...] ainda existe uma dificuldade de compreensão entre os conceitos multi/inter, então há uma identidade não específica dentro do centro especializado” (CER II 7).

Percebe-se que os participantes CER II 2, CER II 6 e CER II 7 têm dúvidas, no âmbito teórico-prático, enquanto os participantes CER II 1, CER II 10, SASA 2 e SASA 3 demonstram entender o sentido da prática interprofissional de saúde historicamente configurado pela OMS. Ao relatar que o trabalho interprofissional tem “[...] mais trocas no sentido interdisciplinar [...]” o participante CER II 1 sinaliza que a concretização da prática interprofissional requer uma formação em saúde pautada

no intercâmbio disciplinar (grade curricular). Já, o participante SASA 2 expressa que na prática interprofissional de saúde, diferentes saberes interligam-se nas intervenções.

Em que pese a Constituição Federal de 1988 ter garantido que o ordenamento da formação em saúde cabe ao Sistema Único de Saúde (SUS)²¹, e as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos das Ciências da Saúde recomendarem um perfil reflexivo, crítico e humanista ao egresso²², o que está posto até hoje é que a grande maioria dos cursos de graduação em saúde continua estruturada por disciplinas, prevalecendo uma formação de saberes e fazeres específicos de cada categoria profissional, que restringem a interação entre acadêmicos de diferentes profissões. O efeito não poderia ser outro: os profissionais da saúde têm dificuldades para trabalhar em equipe, reproduzindo um modelo de cuidado baseado no corpo repartido, pouco resolutivo e que reforça o corporativismo e o isolamento profissional²³.

No entanto, faz-se oportuno refletir que a prática interprofissional colaborativa em saúde está em processo de construção no Brasil e tem sido inserida paulatinamente na formação profissional por meio da EIP, que é alcançada a partir da interação de duas ou mais profissões que aprendem “[...] com [...] a partir [...] e sobre o outro” para melhorar a colaboração e qualidade do cuidado⁴.

Ao serem indagados sobre como se deu a abordagem da EIP na graduação e o modo como foi abordado, parte dos depoimentos sinalizou positivamente para a abordagem interdisciplinar, com vistas a uma prática futura interprofissional; alguns disseram que essa abordagem se deu de maneira superficial (CER II 4) e outros, ainda, conforme depoimentos a seguir:

“Quando nós tínhamos aulas de saúde coletiva, os professores comentavam sobre questões mais multiprofissionais” (CER II 4).

“Foi abordado em [...] disciplinas [...] mais [...] voltadas para a prática do SUS, [...] saúde coletiva [...] mais na teoria” (CER II 1).

“[...] foi abordado de forma superficial durante a minha formação, o local que mais tive contato com serviço interprofissional foi no PET-Saúde” (CER II 4).

“[...] foi muito superficial [...]. O conceito foi trabalhado, mas não foi aprofundado” (CER II 4).

Na relação com os dados, observou-se que os participantes que mencionaram a existência do tema interprofissionalidade na formação de modo superficial são os que possuem maior tempo de formação; os que relacionaram o desenvolvimento de questões sobre o tema na teoria da Saúde Coletiva são os que se formaram recentemente. Esse fato é importante, pois, para interpretar essas falas é fundamental levar em conta o tempo histórico em que os profissionais se formaram, visto que a OMS lançou esse conceito em 1978, mas não foi instantânea a sua introdução na formação brasileira. Na realidade, o regime militar promoveu uma Reforma Universitária em 1968, nos moldes da formação estadunidense, baseada em especialidades, que até hoje tem traços na formação em saúde no Brasil. O investimento interprofissional no Brasil coincide com o processo de desenvolvimento do SUS, no contexto da redemocratização.

Quanto aos que passaram pelo tema das práticas interprofissionais na disciplina Saúde Coletiva, na Universidade, torna-se oportuno registrar um limite do estudo: o de não ter sido possível saber se os docentes que ministraram Saúde Coletiva para acadêmicos(as) dos cursos de Psicologia e Fisioterapia (vinculados ao CER II) foram os mesmos que assumiram a Saúde Coletiva na graduação em Fonoaudiologia (SASA). Esse limite precisa ser considerado, já que temos diferentes pensamentos no campo Saúde Coletiva.

A Saúde Coletiva é uma disciplina política, forjada no contexto de ditadura militar, em meados dos anos de 1970, vinculada à luta por democracia e ao Movimento de Reforma Sanitária^{22,24}. Ao contrário, por exemplo, de Anatomia, cuja identidade está consolidada desde o século XIII, quando dissecações para estudo se tornaram parte do ensino médico da Universidade de Bolonha, sob orientação do prof. Mondino de Luzzi (1270-1326)²⁵. Os docentes de Anatomia não são sujeitos socialmente constituídos, mas desde sempre sujeitos da Anatomia; já os da Saúde Coletiva, são constituídos/produzidos todos os dias.

Nessa linha, não é difícil compreender a heterogeneidade da produção, nos diferentes momentos históricos que se impuseram desde os anos de 1970²⁶. Logo, não é razoável pensar que a prática interprofissional foi aprofundada “pela” Saúde Coletiva, mas por docentes que estavam representando essa área, no dado contexto.

Ainda com base nas falas supracitadas, é possível pensar que em um ambiente em que a maioria dos profissionais estudou teoricamente e de modo não aprofundado a interprofissionalidade, impõe-se a necessidade de executar ações de educação profissional pelos serviços. Papel este que deve ser do PET-Saúde, para dar condições a um efetivo trabalho em equipe, com integralidade no cuidado, com os profissionais aprendendo uns com os outros e se comunicando, de modo qualificado e efetivo.

Nesse sentido, o atual modelo de formação dos profissionais de saúde tem criado mais um cenário de competição, com reduzido destaque na importância da comunicação, humanismo e outras habilidades. A partir disso, o tribalismo das profissões, ou silos das profissões, tem sido muito bem desenvolvido. Por tribalismo das profissões ou silos profissionais entende-se a tendência de cada profissão atuar separadamente, por conta da cultura neoliberal, da formação separada, construindo uma identidade profissional rígida, formando uma barreira para comunicação entre os profissionais de diferentes áreas²⁷.

Barr e Low²⁸ comentam que um grande desafio na realidade do trabalho e na formação em saúde interprofissional é o efetivo preparo para trabalhar em equipe e para as práticas colaborativas.

Em outra abordagem, na solidão de sua especificidade um profissional não é capaz de resolver as diferentes situações que surgem ao longo das práticas em saúde no SUS, mostrando como o trabalho em equipe é importante, pois as práticas profissionais se completam e buscam alcançar o objetivo comum: cuidar integralmente do usuário.

E, aqui, indagações são levantadas: o que significa “efetivo preparo”, como citam Barr e Low²⁸ senão formar agentes de saúde, com o auxílio das Ciências Sociais e Humanas? Quais são as prováveis determinações explicativas para a hegemônica formação em saúde na contracorrente da interprofissional? Por que é tão desafiador formar em saúde na lógica do trabalho em equipe, para fins de práticas colaborativas? Qual é o sentido de colaborar no momento histórico em que esta pesquisa se realiza? O que está em jogo?

O neoliberalismo é um pano de fundo do jogo. Parece, também, estar em jogo o que se quer, de fato, como finalidade na formação em saúde. Saúde como direito ou saúde como consumo?

Quando profissionais do CER II foram indagados sobre como veem o trabalho cotidiano no serviço, algumas participantes responderam que o veem como interprofissional e outras demonstraram que a lógica de trabalho no Centro corresponde à multiprofissional:

“[...] no CER o trabalho é mais voltado à interprofissionalidade. [...] os momentos de avaliação e discussão de caso são feitos em conjunto. [No entanto] algumas pessoas ainda têm um pouco de dificuldade em se desprender do seu saber específico” (CER II 6).

“[...] buscamos sempre manter o trabalho interprofissional” (CER II 5).

“O trabalho multiprofissional é praticamente a rotina diária” (CER II 10).

“[...] hoje eu considero que eu trabalho dentro de uma equipe multi, mas com o desejo de uma equipe inter” (CER II 7).

Os relatos sinalizam uma disjunção conceitual por profissionais atuantes no mesmo espaço de trabalho. Enquanto CER II 6 expressa uma busca que os profissionais do CER II pretendem para manter o trabalho interprofissional, a participante CER II 5 aponta para a prática multiprofissional como praticada na rotina diária. A ausência de conformidade entre o modelo teórico que sustenta a prática, e a própria prática, acaba restringindo a possibilidade de elaborar um percurso integral para o exercício do cuidado resolutivo.

Não ter uma prática comum nos serviços pode ser prejudicial, tanto para os profissionais, quanto para os pacientes e seus familiares. Para os profissionais pode haver prejuízo do relacionamento entre os membros e a equipe, pois não estarão alinhados ao mesmo propósito. Para o paciente e sua família, a ausência de uma prática sintonizada pode gerar resultados demorados e não tão resolutivos, de forma que muitas vezes o paciente terá que voltar para procurar novos atendimentos, pois suas necessidades não foram totalmente resolvidas. Considerando que saúde é socialmente determinada e que as condições de vida de usuários e usuárias do SUS têm sido profunda e cotidianamente afetadas pelas questões macroeconômicas nacionais, a necessidade de organizar os serviços por meio de um balizamento conceitual tem se tornado um imperativo, como sinalizado neste estudo.

Sobre as questões com as quais se buscou conhecer os elementos facilitadores e dificultadores da prática interprofissional, o entendimento sobre interprofissionalidade foi o fator mais citado como facilitador da prática interprofissional, e a incompreensão desta prática também foi citada como dificultadora do exercício futuro na lógica interprofissional. Além disso, participantes comentaram que ofertar cursos, formações ou capacitações, sobre o tema, seria algo a agregar positivamente, conforme ensejam as falas:

“[...] o fortalecimento da equipe, a educação no sentido do que é o trabalho interprofissional e o objetivo dele [...]” (CER II 3).

“Eu acho que é importante o profissional ter a compreensão da importância do compartilhamento de saberes [...]. A maior dificuldade é quando o profissional não é flexível e quer deter o conhecimento somente para ele” (CER II 6).

“Eu acho que uma identidade para o serviço, onde a gente entenderia como o serviço funciona, entenderia o conceito da interprofissionalidade e os benefícios dele [...]” (CER II 7).

Depoimentos também mencionaram que o melhor relacionamento em equipe, melhor comunicação e melhor trabalho em equipe seriam facilitadores das práticas interprofissionais, conforme o exemplo transcrito a seguir: “[...] a própria comunicação entre equipe e bom relacionamento com os membros da equipe. [...] talvez o mau relacionamento entre os membros da equipe seja um dificultador” (CER II 9).

É na educação interprofissional que os profissionais irão compreender a melhor forma de comunicação e interação entre si, fazendo com que o relacionamento mútuo seja criativo, o que é essencial para a efetiva comunicação em tomadas de decisões e compartilhamento de saberes²⁹. Percebe-se, ao longo das falas, que o desejo das entrevistadas para um efetivo trabalho em equipe e uma melhor comunicação encontra-se à espera de condições para sua consecução, uma vez que elas não tiveram contato efetivo com a educação interprofissional.

Badwin³⁰ considera que para a efetiva comunicação, os profissionais devem permitir a abertura do canal de comunicação, o que facilita a interlocução e a escuta da opinião do outro, a fim de melhorarem os resultados em saúde. Além disso, um canal de comunicação aberto dá a oportunidade

de os profissionais conversarem sobre os desafios e as conquistas do dia a dia.

Sendo assim, é essencial fortalecer o entendimento de que as especialidades das profissões são complementares e que a lógica da prática interprofissional é uma estratégia para melhorar a qualidade da atenção à saúde³¹.

Quanto às competências individuais para o trabalho interprofissional, observaram-se nas falas, que o trabalho interprofissional envolve ainda muitos desafios no dia a dia dos profissionais. Conseqüentemente, a interdisciplinaridade na formação em saúde é uma competência que resulta de um conjunto de habilidades, atitudes e conhecimentos³¹. Ao questionar os participantes sobre quais as competências necessárias para o efetivo trabalho interprofissional, foram citados o conhecimento sobre o tema e sobre a própria profissão, assim como saber trabalhar em equipe e entender a importância do compartilhamento de saberes, como transcrito:

“Saber trabalhar em equipe [...], respeitar o outro e saber escutar” (CER II 4).

“Domínio da própria profissão [...], abertura para interprofissionalidade” (CER II 5).

“É importante a gente ter flexibilidade e saber da importância de compartilhar seus saberes” (CER II 6).

“[...] é necessário [...] abertura dos profissionais nas relações interpessoais; um conhecimento aprofundado sobre o tema; profissional aberto a compartilhar seu saber específico” (CER II 7).

“Bom relacionamento com as pessoas, [...] disposição, conhecimento sobre as demais áreas dos outros profissionais, conhecer os profissionais que você tem contato [...], mas principalmente o conhecimento” (CER II 9).

O bom relacionamento está intrinsecamente ligado com o respeito entre os profissionais, o que é essencial para uma boa comunicação, citado também nas entrevistas. Quando essa comunicação é efetiva e de qualidade, possibilita a articulação das ações e a cooperação entre os profissionais³². A empatia é a capacidade de se colocar no lugar do outro. Ao trabalhar na área da saúde, essa habilidade é essencial. Os profissionais do CER II, por exemplo, precisam escutar os pacientes com atenção e fazer com que o pouco tempo das consultas, uma das di-

ficuldades citadas, seja proveitoso. Além disso, precisam acolher os pacientes e seus familiares, conforme citado a seguir por CER II 9: “[...] habilidades de empatia, se colocar no lugar do outro, [...], ser flexível para ouvir o outro, ser aberto a receber as críticas construtivas sobre o trabalho”.

Nessa linha compreensiva a pesquisa pode retratar profissionais sobrecarregados e com dificuldades de implementar o conhecimento teórico das práticas interprofissionais, evidenciando que o processo de formação precisa ser mais dinâmico e didático, para que se possa implementar um processo de trabalho em saúde com base em práticas colaborativas e interprofissionais. Importante destacar que esse estudo é um produto da experiência de acadêmicos no projeto PET-Saúde Interprofissionalidade da Universidade do Vale do Itajaí, SC.

CONCLUSÃO

Este estudo apontou que a prática interprofissional não está acontecendo efetivamente, e que a sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde tem contribuído. A formação também foi relatada pelos profissionais de saúde como pouco efetiva no processo de mudança dos processos de trabalhos, pois não se apresenta de forma dinâmica com foco em experiências práticas. Apesar dos esforços recentes para implementação da educação interprofissional na graduação, esse modelo de atuação se apresenta de forma incipiente nos serviços especializados do SUS.

De acordo com os profissionais dos serviços pesquisados, o que existe é o conhecimento teórico, porém, isso não é aplicado no dia a dia, principalmente pela sobrecarga de trabalho. Isso demonstra a importância que o Programa de Educação pelo Trabalho tem na qualificação desses profissionais.

É preciso que se avalie constantemente a implementação da educação interprofissional, para que o Sistema Único de Saúde seja contemplado com profissionais de saúde qualificados para o trabalho em rede de forma colaborativa, provendo assim um cuidado integral e resolutivo aos seus usuários. Espera-se que este estudo possa contribuir com a qualificação profissional para SUS.

REFERÊNCIAS

1. Barr H. Interprofessional education: the Genesis of a global movement. London: Centre for Advancement of Interprofessional Education; 2015. [accessed Nov 05, 2020]. Available from: <https://www.caipe.org/resources/publications/barr-h-2015-interprofessional-education-genesis-global-movement>
2. Dow AW, Zhu X, Sewell D, Banas CA, Mishra V, Tu S. Team work on the rocks: rethinking interprofessional practice as networking. *J Interprof Care* [Internet] 2017 [accessed Nov 05, 2020]; 31(6): 677-678. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/13561820.2017.1344048>
3. Fleischmann N, Tetzlaff B, Werle J, Geister C, Scherer M, Weyerer S, *et al*. Interprofessional collaboration in nursing homes (interprof): a grounded theory study of general practitioner experiences and strategies to perform nursing home visits. *BMC FamPract* [Internet] 2016 [accessed Nov 05, 2020]; 17(123): 1-13. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12875-016-0522-z>
4. Organização Mundial de Saúde. Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa. Genebra: OMS; 2010. [acesso em Nov 05, 2020]:10. Disponível em: <file:///C:/Users/HP/Downloads/Marco%20para%20a%20A%20C3%A7%C3%A3o%20em%20Educa%C3%A7%C3%A3o%20Interprofissional%20e%20Pr%C3%A1tica%20Colaborativa%20-%20OMS.pdf>
5. Canadian Interprofessional Health Collaborative. A National Interprofessional Competence Framework. Vancouver: CIHC; 2010. [accessed Nov 05, 2020]. Available from: <http://ipcontherun.ca/wp-content/uploads/2014/06/National-Framework.pdf>
6. Silva JAM, Peduzzi M, Orchard C, Leonello VM. Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária em Saúde. *Rev Esc Enferm USP* [Internet] 2015 [acesso em Nov 05, 2020]; 49(Esp 2): 16-24. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000800003>
7. Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface* [Internet] 2016 [acesso em Nov 05, 2020]; 20(59): 905-916. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0511>
8. Araújo TAM, Vasconcelos ACCP, Pessoa TRRF, Forte FDS. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. *Interface* [Internet] 2017 [acesso em Nov 05, 2020]; 21(62): 601-613. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0295>
9. Fertoni HP, Pires DEP, Biff D, Scherer MDA. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet] 2015 [acesso em Nov 05, 2020]; 20(6): 1869-1878. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>
10. Peduzzi M, Agreli HF. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface* [Internet] 2018 [acesso em Nov 05, 2020]; 22(Suppl 2): 1525-1534. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>
11. Costa MV. A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. *Interface* [Internet] 2016 [acesso em Nov 05, 2020]; 20(56): 197-198. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0311>
12. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde PRÓ-SAÚDE. Brasil: 2007. [acesso em Nov 05, 2020]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0323_M.pdf
13. Brasil. Portaria Interministerial nº 421, de 03 de março de 2010. Institui o Programa de Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. [acesso em Nov 05, 2020]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/pri0421_03_03_2010.html

14. Brasil. Ministério da Saúde. Edital nº 10, 23 de julho 2018 Seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde PET-SAÚDE/INTERPROFISSIONALIDADE – 2018/2019. 27 jul. 2018. [acesso em Nov 05, 2021]. Disponível em: https://in.gov.br/materia/-/asset_publisher/KujrwoTZC2Mb/content/id/33889041/do3-2018-07-24-edital-n-10-23-de-julho-2018-selecao-para-o-programa-de-educacao-pelo-trabalho-para-a-saude-pet-saude-interprofissionalidade-2018-2019-33889037
15. Vieira NU. CER II da Univali é referência no diagnóstico de autismo na região. 2019. [acesso em Nov 05, 2020]. Disponível em: <https://www.univali.br/noticias/Paginas/cer-ii-da-univali-e-referencia-no-diagnostico-de-autismo-na-regiao.aspx>
16. Pagnossin DF, Belmiro FCP, Filho IM, Schillo R, Portes JRM, Dias A, *et al.* Serviço Ambulatorial de Saúde Auditiva (SASA). Cartilha informativa. Itajaí: Univali; 2016. [acesso em Nov 05, 2020]. Disponível em: <https://www.univali.br/noticias/Documents/cartilha%20sasa%2028%20nov%202016.pdf>
17. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Sem Limite. Instrutivos de reabilitação auditiva, física, intelectual e visual (CER e serviços habilitados em uma única modalidade). Ref. Portaria GM 793 de 24 de abril de 2012 e Portaria GM 835 de 25 de abril de 2012. 2013. [acesso em Nov 05, 2020]. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20171010/13131007-portaria-793.pdf>
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Relatório final da oficina de alinhamento conceitual sobre educação e trabalho interprofissional em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. [acesso em Nov 05, 2020]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-965134>
19. Santa Catarina. Secretaria Estadual de Saúde. Área Técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência. Serviço de Saúde Auditiva. Protocolo de acesso para consulta em saúde auditiva. Documento impresso. Florianópolis; 2020.
20. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
21. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. [acesso em Nov 05, 2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
22. Da Ros MA, Lima RCGS, Massimo C. Fundamentos da Promoção da Saúde requerida pelo SUS. In: Farhat EMP, Dittrich MG. Educação e saúde: políticas públicas e vivências dialógicas. Itajaí: Ed. da Univali; 2016. p. 97-115.
23. Reeves S, Perrier L, Goldman J, Freeth D, Zwarenstein M. Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes (update). *Cochrane Data base Syst Rev* [Internet] 2013 [accessed Nov 05, 2020]; 28(3): CD002213. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002213.pub3>
24. Osório A, Schraiber LB. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. *Saude soc.*, [Internet] 2015 [acesso em Nov 05, 2020]; 24(supl. 1): 205-218. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015S01018>
25. Talamoni ACB, Bertolli Filho C. A anatomia e o ensino de anatomia no Brasil: a escola boveriana. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* [Internet] 2014 [acesso em Nov 05, 2020]; 21(4): 1301-1322. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-597020140>
26. Schraiber LB. Saúde coletiva: um campo vivo. In: Paim J. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 9-19.

27. Kell M do CG, Shimizu HE. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet] 2010 [acesso em Nov 05, 2020]; 15(Supl, 1): 1533-1541. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2010.v15suppl1/1533-1541/pt>
28. Barr H, Low H. *Introducing Interprofessional Education*. Fareham: CAIPE; 2013.
29. Costa MV da, Peduzzi M, Freire Filho JR, Silva CBG. *Educação interprofissional em saúde*. Natal: SEDIS-UFRN; 2018.
30. Baldwin A. *Exploring the interacional determinants of collaboration on interprofessional practice in community-based geriatric care*. Winnipeg. Tese [Doutorado em Filosofia] – University of Manitoba; 2012.
31. Mattos MP, Gomes DR, Silva MM, Trindade SNC, Oliveira ERA de, Carvalho RB de. Prática interprofissional colaborativa em saúde coletiva à luz de processos educacionais inovadores. *Revista Baiana de Saúde Pública* [Internet] 2019 [acesso em Nov 05, 2020]; 43(1): 271-287. doi: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2019.v43.n1.a3106>
32. Peduzzi M, Oliveira MA de C, Silva JAM da, Agreli HLF, Miranda Neto MV de. Trabalho em equipe, prática e educação interprofissional. In: Martins M de A, Carrilho FJ, Alves VAF, Castilhos EC de, Cerri GG. *Clínica médica: atuação da clínica médica, sinais e sintomas de natureza sistêmica, medicina preventiva, saúde da mulher, envelhecimento e geriatria*. Barueri: Manole; 2016 [acesso em Nov 05, 2020]. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3011330/mod_resource/content/1/Trabalho%20em%20equipe.pdf

Resenha do Caderno de Orientações do Agente Popular de Saúde para o enfrentamento da covid-19

Review of the Guidelines for the Popular Health Agent for the fight against covid-19

Ewelín Wasner Machado da Silva¹ 
Tiago de Oliveira Furlam² 
Claudia Cristina de Aguiar Pereira³ 
Carla Jorge Machado⁴

¹Acadêmica do 7º período de Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

²Acadêmico do 7º período de Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

³Doutora (Ph.D) pela Universidade de Wisconsin. Pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional Sérgio Arouca de Saúde Pública, Departamento de Administração e Planejamento em Saúde. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

⁴Doutora (Ph.D) pela Johns Hopkins University. Professora Titular do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Autor correspondente:

Carla Jorge Machado
E-mail carlajmachado@gmail.com

Recebido em 31/08/2021

Aprovado em 05/04/2022

RESENHA

A vigilância epidemiológica inclui a coleta e análise contínua de dados, a produção de conhecimento e a comunicação da informação aos tomadores de decisão em tempo hábil¹. Tendo em vista a pandemia de covid-19, orientações que avancem na proposição de melhorias na saúde da população são importantes.

O “Caderno de Orientações do Agente Popular de Saúde: vigilância popular em saúde potencializando os territórios no enfrentamento da covid-19” é uma iniciativa da Fundação Oswaldo Cruz – Brasília², publicada em 2021, composto por 78 páginas, divididas em 12 sessões, incluindo as referências.

Na Apresentação, ressalta-se que o caderno faz parte do material pedagógico voltado ao Curso de Formação de Agentes Populares de Saúde. O material objetiva auxiliar no enfrentamento da pandemia de covid-19 por intermédio da formação de Agentes Populares de Saúde (AgPS), que devem colocar em prática o protagonismo popular na luta contra o SARS-CoV-2.

O segundo capítulo – Contextualização – mostra o panorama de aprofundamento da pandemia de covid-19 no Brasil. Destaca que o vírus atingiu de maneira desproporcional grupos historicamente desfavorecidos, agravando desigualdades sociais previamente existentes. A Nota Técnica 11 – Análise Socioeconômica da Taxa de Letalidade da covid-19 no Brasil³, um paciente de raça/cor preta ou parda e analfabeta, apresentou 3,8 vezes a chance de morrer em relação a um indivíduo branco com nível superior³.

Por outro lado, há necessidade de melhor controle da pandemia a fim de se evitar o colapso do sistema de saúde e o agravamento de desigualdades sociais, decorrentes, entre outras razões, do aumento do desemprego e do número de trabalhadores em situações precárias, como os informais, subcontratados, flexibilizados, entre outros⁴. Ademais, o controle da pandemia é essencial para se evitar a emergência de novas variantes do vírus em situação de infestação descontrolada, como ocor-

reu com o surgimento da variante P.1, linhagem B.1.1.28⁵. Ainda neste capítulo, constata-se que o Brasil apresentou grande atraso em relação a outros países no que tange ao início da campanha de vacinação, sendo que esta avança vagarosamente, tendo em vista ser necessário atingir cerca de 70% de cobertura vacinal da população⁶.

Por fim, ressalta a importância do protagonismo popular na construção de uma rede de saúde efetiva e na defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), como promotor de saúde, inclusão e igualdade social. Na área da vigilância popular, os indivíduos se organizam para mudar as condições de sua existência, não sendo apenas sujeitos passivos daquele espaço.

Os três capítulos seguintes, a saber, “A Vigilância Popularem Saúde como Estratégia de Fortalecimento dos Territórios”; “Apostando na cooperação e nas redes solidárias”; e “O que é ser agente popular de saúde”, trazem ao leitor um aprofundamento sobre o papel da participação popular na vigilância em saúde, bem como sobre as funções e as atividades exercidas pelos AgPS. Destaca o papel destes agentes na percepção das necessidades de cada grupo, levando em conta suas especificidades. Tal papel é facilitado devido à ação mobilizadora social dos AgPS que, partindo de sua inserção nas comunidades, conseguem melhor avaliar as verdadeiras necessidades e dificuldades do controle da pandemia nesses grupos, possibilitando a elaboração de medidas de contenção mais personalizadas e eficazes. Soma-se a importância dos AgPS em tornar a população sujeito coletivo e ativo na luta da conquista de seus direitos.

Em seguida, o capítulo Educadores(as) do Processo de Formação dos Agentes Populares de Saúde versa sobre o papel dos educadores em formar AgPS não apenas aptos para suas funções, mas também conscientes dos riscos aos quais estarão expostos e sobre como minimizá-los. Resumidamente, sugere-se que a formação dos AgPS seja dividida em ‘Tempo Escola’, com atividades virtuais e presenciais, e ‘Tempo Comunidade’, em que serão realizadas atividades nos territórios de atuação.

Após a discussão do panorama mais geral, o documento inicia a descrição dos três módulos temáticos propostos para a composição do curso de formação de AgPS. Formar agentes populares de saúde é estratégia para construir uma rede de cooperação social no território para compartilhar conhecimentos sobre o novo coronavírus, prevenção e cuidados importantes.

Módulo 1, ‘Quem somos nós? O que conhecemos sobre o vírus? Vacina, um direito de todos e de todas’, tem entre os principais objetivos a apresentação do papel do AgPS, ressaltando suas principais funções e a sua importância nas medidas de enfrentamento de doenças na comunidade, tendo como foco o atual contexto da pandemia de covid-19. Para isso, são sugeridas dinâmicas em grupo que visam reforçar o laço do voluntário com o seu território e discussões que reforçam a função dos agentes na cooperação social, na construção de redes solidárias e na promoção de cuidados e de informações. Ademais, há explicação acerca dos aspectos mais relevantes vinculados à covid-19, incluindo transmissão, sintomas da doença e vacinação. Incluem-se ainda sugestões de oficinas que visem à aplicação ativa do conteúdo teórico, aprimorando, portanto, o aprendizado. Salienta-se a efetividade reconhecida por diversos estudos dessa técnica de ensino, baseada na metodologia ativa, que busca construir um ambiente de aprendizado ativo, dinâmico e construtivo para o aluno⁷.

O Módulo 2, ‘Como cuidar da minha comunidade?’, objetiva fornecer aprofundamento acerca das funções do AgPS e desenvolver conhecimentos e habilidades em educação em saúde importantes para o exercício de tal papel. Novamente, são propostas dinâmicas em grupo e discussões que fomentem a compreensão do funcionamento da Rede de Atenção à Saúde (RAS), além do melhor reconhecimento do território pelo aluno. Destaca-se a importância da identificação das potencialidades do território, com vistas a fortalecer a economia solidária (ES) e o cooperativismo popular (CP). A ‘Agenda de 2030 para o Desenvolvimento Sustentável’ elaborada pela Organização das Nações Unidas destaca a relevância da ES e do CP no combate à desigualdade social e à pobreza, haja vista que estes se mostram como alternativas ao desemprego e à geração de renda⁸. Assim, a implementação destas estratégias durante a pandemia de covid-19 é essencial, tendo em vista as dificuldades econômicas geradas por este cenário, já mencionadas previamente. Igualmente, o Módulo busca reforçar a relevância das práticas populares de cuidado, caracterizadas pelo documento como estratégias de resistência e de organização comunitária. De fato, a possibilidade dos indivíduos organizarem seu próprio cuidado, com base em suas experiências de vida, é tida como uma estratégia prioritária de promoção da saúde⁹.

O Módulo 3, 'Direitos sociais, acesso aos serviços e às políticas públicas', tem como foco principal a conscientização dos futuros AgPS sobre diversos problemas socioeconômicos que se agravaram com a vigência da pandemia de covid-19, os quais se apresentam como importantes determinantes sociais da saúde. Tal contexto é ilustrado por estudo que revelou recorde histórico de desigualdade social no país no primeiro trimestre de 2021, com índice de Gini de 0,674 e renda média per capita abaixo de 1000 reais¹⁰, cenário este que obstaculiza o acesso social da população a direitos básicos, influenciando a saúde física e psíquica dos indivíduos. Destaca a instrução dos AgPS na promoção de estratégias de enfrentamento destas questões em seus respectivos territórios. Para isso, sugere debates sobre diversos temas, como fome, escassez de água, desemprego, entre outros. Chama a atenção para a insuficiência do Auxílio Emergencial oferecido pelo Governo Federal para garantia da segurança alimentar durante a pandemia. Como exemplo, estudo revelou insegurança alimentar de 59,4% no país entre agosto e dezembro de 2020, sendo 15% de insuficiência grave¹¹. Diante deste cenário, o Caderno reforça a importância de estratégias alternativas de trabalho e de renda, como a ES e o CP, mencionadas anteriormente. Por fim, o Módulo propõe uma discussão sobre a relevância da participação ativa dos cidadãos na saúde pública nacional, a qual pode ser empreendida, por exemplo, por meio de Conferências e de Conselhos de Saúde.

No capítulo final 'Continuidade do Processo', é reforçada a necessidade dos AgPS compreenderem a si mesmos como disseminadores de conhecimento na sua comunidade, bem como a relevância da realização de reuniões periódicas não apenas dos coletivos de solidariedade para o planejamento da ação dos AgPS, mas também entre representantes dos coletivos e o serviço de saúde de referência do território, de forma a garantir a integração entre os diversos pontos da RAS.

Nota-se a possibilidade de utilização deste Caderno como norteador da formação de AgPS nas diversas regiões do país durante a pandemia.

Nesse aspecto, o curso abrange o desenvolvimento de diversas habilidades essenciais à formação de indivíduos capazes de atuarem como agentes de promoção da saúde, que não apenas possuem conhecimento amplo das condições socioeconômicas de seus territórios e dos respectivos determinantes sociais de saúde destes, mas também têm conhecimento sobre possíveis estratégias e ações passíveis de serem fomentadas e implementadas em sua comunidade, voltadas para o combate a estas questões. Destaca-se que esta iniciativa se mostra como uma política importante de saúde, haja vista que tais trabalhadores desempenham um papel essencial na mediação entre os saberes técnicos e populares, entre equipe de saúde e comunidade, agenciando ações e práticas emancipadoras em saúde¹².

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Vigilância em Saúde: Parte 1. Coleção Para Entender a Gestão do SUS. 1. ed. Brasília; 2011 [acesso em 8 jul. 2021]. Disponível em: https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_5.pdf
2. Fundação Oswaldo Cruz. Caderno de Orientações do Agente Popular de Saúde: Vigilância popular em saúde potencializando os territórios no enfrentamento da Covid-19. Brasília: Fiocruz; 2021 [acesso em 6 jul. 2021]. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/06/Caderno-AgePop-06.07.pdf>.
3. Batista A, Antunes B, Favaret G, Peres I, Marchesi J, Cunha JP, *et al.* Análise socioeconômica da taxa de letalidade da COVID-19 no Brasil: Nota Técnica 11. Rio de Janeiro: Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde (NOIS); 2020 [acesso em 6 jul. 2021]. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1tSU7mV4OPnLRFMMY47JIXZgzkkklvkydO/view>.
4. Costa SS. Pandemia e desemprego no Brasil. Rev Adm Pública [periódicos na Internet]. 2020 Jul [acesso em 8 jul. 2021]; 54(4): 969-978. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-761220200170>.
5. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Covid-19: Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia na Rede de Atenção à Saúde. 4. ed. Brasília; 2021 [acesso em 8 jul. 2021]. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/04/Covid-19_guia_orientador_4ed.pdf.

6. Fontanet A, Cauchemez S. COVID-19 herd immunity: where are we? *Nat Rev Immunol* [periódicos na Internet]. 2020 [acesso em 8 jul. 2021]; 20(10): 583-584. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41577-020-00451-5>.
7. Farias PAM, Martin ALAR, Cristo CS. Aprendizagem ativa na educação em saúde: percurso histórico e aplicações. *Rev bras educ med* [periódicos na Internet]. 2015 [acesso em 8 jul. 2021]; 39(1): 143-150. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v39n1e00602014>.
8. Utting P. Achieving the sustainable development goals through social and solidarity economy: Incremental versus transformative change. Geneva: United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD); 2018 Abr [accessed 8 jul. 2021]. Available from: [https://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/\(httpPublications\)/DCE7DAC6D248B0C1C1258279004DE587?OpenDocument&cntxt=66637&cookieLang=fr](https://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/(httpPublications)/DCE7DAC6D248B0C1C1258279004DE587?OpenDocument&cntxt=66637&cookieLang=fr).
9. Nunes JM, Oliveira EN, Machado MFAS, Costa, PNP, Vieira NFC. A participação de agentes comunitários de saúde em grupo de educação em saúde. *Rev Rene* [periódicos na Internet]. 2012 [acesso em 8 jul. 2021]; 13(5): 1084-1091. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4105>.
10. Desigualdade social renova recorde histórico no 1º trimestre, aponta estudo. G1 [Internet]. 2021 Jun 14 [acesso em 8 jul. 2021]. Disponível em: <https://g1.globo.com/economia/noticia/2021/06/14/desigualdade-social-renova-recorde-historico-no-1o-trimestre-aponta-estudo.ghtml>.
11. Galindo E, Teixeira MA, Araújo M, Motta R, Pessoa M, Mendes L, *et al*. Efeitos da pandemia na alimentação e na situação da segurança alimentar no Brasil. Working Paper Series Food for Justice 2021 [acesso em 8 jul. 2021]. (4). Disponível em: https://www.lai.fu-berlin.de/en/forschung/food-for-justice/publications/Publikationsliste_Working-Paper-Series/Working-Paper-4/index.html.
12. Maciazeki-Gomes RC, Souza CD, Baggio L, Wachs F. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. *Ciênc. saúde colet.* [periódicos na Internet]. 2016 [acesso em 8 jul. 2021]; 21(5): 1637-1646. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/KvX88c8BfnBTG66xHgMjpQy/abstract/?lang=pt>.

Riscos intrínsecos e extrínsecos para quedas em idosos residentes em área rural

Intrinsic and extrinsic risks for falls in elderly residents in rural area

Rafaela Dinorá Grosser¹ 

Luciano Fiorentin² 

Márgda Leticia Pedroso Pereira³ 

Sirlei Favero Cetolin⁴

Vilma Beltrame⁵ 

¹Graduação em Enfermagem, Universidade do Oeste de Santa Catarina – Unoesc. Joaçaba, Santa Catarina.

²Mestrando em Biociências e Saúde. Enfermeiro. Universidade do Oeste de Santa Catarina – Unoesc. Joaçaba, Santa Catarina, Brasil.

³Mestranda em Biociências e Saúde. Enfermeira. Universidade do Oeste de Santa Catarina – Unoesc. Joaçaba, Santa Catarina, Brasil.

⁴Doutora em Serviço social. Psicóloga. Universidade do Oeste de Santa Catarina – Unoesc. Joaçaba, Santa Catarina, Brasil.

⁵Doutora em Gerontologia Biomédica. Enfermeira. Universidade do Oeste de Santa Catarina – Unoesc. Joaçaba, Santa Catarina, Brasil.

Autor correspondente:

Vilma Beltrame

E-mail: vilma.beltrame@unoesc.edu.br

Recebido em 20/12/2021

Aprovado em 12/08/2022

RESUMO

Objetivo: identificar os fatores intrínsecos e extrínsecos para quedas em idosos residentes em área rural.

Método: estudo transversal, descritivo realizado com idosos residentes em área rural do município de Arabutã – SC. Os dados foram obtidos por meio de entrevista e observação nas residências dos idosos no mês de julho de 2020.

Resultados: participaram do estudo 56 idosos, 58,9% do sexo feminino, a idade variou de 60 a 87 anos, 69,55 (\pm 6,75) anos. A presença de fatores extrínsecos variou de dois a dez por residência, com maior prevalência o vaso sanitário baixo (94,6%); cadeiras sem braços (83,9%); inexistência de barras de apoio no vaso e chuveiro (76,8%); tapetes e capachos (60,7%); objetos estocados em lugares altos (53,6%).

Conclusões: os fatores de riscos extrínsecos de quedas observados nesse estudo podem ser modificados a fim de se estabelecer um ambiente seguro para o idoso, sem grandes gastos ou mudanças radicais.

Palavras-chaves: Envelhecimento; Saúde do Idoso; Acidentes por Quedas.

ABSTRACT

Objective: to identify the intrinsic and extrinsic factors for falls in elderly residents in rural areas. Method: Cross-sectional, descriptive study conducted with elderly residents in rural areas of the municipality of Arabutã – SC. Data were obtained through interviews and observation in the homes of the elderly in July 2020.

Results: the study included 56 elderly, 58.9% female, age ranged from 60 to 87 years, 69.55 (\pm 6.75) years. The presence of extrinsic factors

ranged from two to ten per household, with a higher prevalence of the low toilet (94.6%); armless chairs (83.9%); lack of support bars in the pot and shower (76.8%); carpets and doormats (60.7%); objects stored in high places (53.6%).

Conclusions: the extrinsic risk factors of falls observed in this study can be modified in order to establish a safe environment for the elderly, without major expenses or radical changes.

Keywords: Aging; Health of the Elderly; Accidental Falls.

INTRODUÇÃO

O atual cenário de transição demográfica que se observa no Brasil, com o aumento de pessoas idosas, é um dos maiores desafios da Saúde Pública. Essa mudança se deu especialmente pelas melhorias nas condições gerais de vida da população e também na mudança de alguns indicadores de saúde, tais como diminuição nas taxas de fecundidade/natalidade e mortalidade e um prolongamento na expectativa de vida^{1,2}.

Entre os anos de 2012 e 2017 a população brasileira com 60 anos ou mais cresceu 18%, aumento de quase 5 milhões de idosos em cinco anos. O envelhecimento populacional é uma tendência que se apresenta no Brasil e no mundo, e é resultante do aumento da expectativa de vida em virtude da melhora na qualidade e acesso aos serviços de saúde e redução da taxa média de natalidade³.

O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, responsável por declínios de aspectos funcionais, cognitivas, reprodutiva e que traz consigo, aumento de multimorbidades⁴, que associadas a perdas visuais, obstáculos ambientais (tapetes, degraus etc.) e polifarmácia, expõe o idoso ao maior risco de quedas⁵. A ocorrência de quedas merece destaque, pois elas potencializam alto risco de mortalidade e morbidade⁶.

As quedas são eventos resultantes de perdas do equilíbrio, causando impacto do corpo em uma superfície firme, com possibilidade de lesões⁷. Os fatores apontados como responsáveis das quedas são de natureza extrínseca (ambiente estrutural, principalmente do ambiente domiciliar, como pisos escorregadios, má iluminação, mobília instável, entre outros) e intrínsecos (relacionados à saúde como problemas visuais, cognitivas, declí-

nio mental etc.), e a identificação precoce desses fatores é essencial, tanto na prevenção de futuros episódios como no manejo do processo de reabilitação, evitando futuras quedas⁸.

Uma queda pode trazer inúmeras consequências que interfere na qualidade de vida do idoso. As mais comuns são as fraturas, restrição de atividades, prejuízos psicológicos, medo de sofrer novas quedas, isolamento social e familiar, embolia pulmonar, pneumonia, úlcera por pressão, e também o risco de morte, além é claro dos custos financeiros que isso vai causar ao sistema de saúde, ao dano na dinâmica familiar e na inserção do idoso na comunidade^{8,9}.

Diante do aumento da perspectiva de vida dos idosos é importante a identificação de fatores de risco para quedas. Quando os fatores são identificados precocemente, podem auxiliar no desenvolvimento de estratégias de promoção de saúde, prevenção de quedas, capacitar melhor os profissionais da saúde que atendem esse idoso, reduzir gastos e a mortalidade e ainda, alertar família/cuidador para que participem ativamente da prevenção de quedas com os idosos.

Para isso, esse estudo teve como objetivo identificar os fatores intrínsecos e extrínsecos para quedas em idosos residentes em área rural do município de Arabutã – SC.

MATERIAL E MÉTODO

Estudo transversal, descritivo, com dados obtidos através de uma pesquisa de campo, na área rural do município de Arabutã – SC. O município de Arabutã conta com uma população total de 4.193 habitantes, com 791 idosos e desses, 545 vivem na zona rural¹⁰. Obteve-se uma amostra por conveniência de 56 idosos (erro de 10%, com intervalo de confiança de 90%). Os critérios de inclusão para o estudo foram: pessoas com 60 anos ou mais de ambos os sexos e residentes no perímetro rural do município.

A coleta de dados foi feita nas residências dos idosos durante o mês de julho de 2020. Inicialmente foi feita entrevista para o preenchimento do questionário sociodemográfico e de saúde, elaborado pelos autores contendo as seguintes variáveis: idade (anos completos); sexo (feminino, masculino); arranjo familiar (mora sozinho, mora com cônjuge, mora com filhos);

anos de estudo (até 4 anos; mais de 4 anos até 8 anos, mais de oito anos de estudo); presença de condições crônicas de saúde (problemas de coração, hipertensão, diabetes, acidente vascular encefálico, artrite/reumatismo, depressão, osteoporose, catarata e câncer).

Após o término da entrevista o pesquisador observou o interior da residência do idoso anotando as características dos seguintes fatores extrínsecos presentes nas residências: presença de tapetes e capachos; pisos encerrados; bordas, cordões e fios no chão; ambientes desorganizados com móveis fora do lugar; degraus da escada com altura ou largura irregular; escadas com piso desenhado; má iluminação; cama baixa; vaso sanitário baixo; inexistência de barras de apoio (vaso, chuveiro); cadeiras sem braços; presença de animais de estimação (cachorro, gato); objetos estocados em lugares de difícil acesso (sobe em cadeira para alcançá-los) e escada com iluminação frontal.

Os dados quantitativos foram descritos por média e desvio-padrão e os categóricos por contagens e percentuais. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Oeste de Santa Catarina com parecer 4.139.421.

RESULTADOS

Participaram do estudo 56 idosos, destes 58,9 % (n=33) do sexo feminino, com média de idade de

69,55 (\pm 6,75), variando entre 60 e 87 anos com predominância na faixa etária de 70 a 79 anos com 55,4 % (n=31). 80,4% (n= 45) dos entrevistados moram com cônjuge e 71,4% (n=40) estudaram em média 4 anos (Tabela 1).

A presença de pelo menos uma doença crônica foi referida por 87,5% (n=49) dos participantes, destacando que a hipertensão arterial sistêmica é a condição mais referida com 69,6% (n=39) seguida de problemas de coração e catarata ocular com 17,9% (n=10) para as duas condições (Tabela 2).

A prevalência de quedas nos últimos 12 meses foi de 21,4% (n=12), variando de 1 a 4 episódios. Apenas um idoso foi hospitalizado para realização de exames de imagem, os demais tiveram como consequência dores e hematomas, por serem quedas menos graves. A maioria (21,4%; n=12) aconteceu fora de casa enquanto o idoso estava caminhando. Ter escorregado (17,9%; n=10) ou tropeçado (3,6%; n=2) foram apontados como motivos da queda. A queda foi mais frequente entre as mulheres com 27,3% (n=9) em comparação à 13% (n=3) dos homens.

A presença de fatores extrínsecos variou de dois a dez fatores por residência. Os fatores mais prevalentes foram: vaso sanitário baixo em 94,6%; cadeiras sem braços em 83,9%; inexistência de barras de apoio no vaso e chuveiro em 76,8%; presença de tapetes e capachos em 60,7% (Tabela 3).

Tabela 1

Arranjo familiar e anos de estudo de idosos residentes na área rural de Arabutã, 2020.

Variáveis	n (56)	% (100)
Arranjo familiar		
Cônjuge	45	80,4%
Sozinho(a)	09	16,0%
Filhos	02	3,6%
Anos de estudos		
Até 4 anos	40	71,4%
4 a 8 anos	10	17,9%
8 anos ou mais	6	10,7%

Tabela 2

Condições crônicas autorreferidas por idosos residentes na área rural de Arabutã, 2020.

Variáveis	Sim n(%)	Não n(%)
Hipertensão Arterial Sistêmica	39 (69,6)	17 (30,4)
Problemas de coração	10 (17,9)	46 (82,1)
Catarata ocular	10 (17,9)	46 (82,1)
Diabetes mellitus	09 (16,1)	47 (83,9)
Artrite Reumatismo	09 (16,1)	47 (83,9)
Depressão	06 (10,7)	50 (89,3)
Osteoporose	05 (8,9)	51 (91,1)
Câncer	04 (7,1)	52 (92,9)

Tabela 3**Riscos domésticos para quedas de idosos atendidos na Atenção Básica de Arabutã, 2020.**

Variáveis	n	%
Vaso sanitário baixo	53	94,6
Cadeiras sem braços	47	83,9
Inexistência de barras de apoio (vaso, chuveiro)	43	76,3
Presença de tapetes/capachos	34	60,7
Objetos estocados em lugares de difícil acesso (sobe em cadeira para alcançá-lo)	30	53,6
Presença de animais de estimação (cachorro, gato)	22	39,3
Presença de pisos encerados	18	32,1
Degaus da escada com altura ou largura irregular	17	30,4
Ambientes desorganizados e móveis fora do lugar	16	28,6
Presença de cordões e fios no chão	14	25,0
Escada com piso desenhado	08	14,3
Uso de chinelos, sapatos desamarrados ou mal ajustados ou com solado escorregadio	05	8,9
Má iluminação	05	8,9
Cama baixa	04	7,1
Escada com iluminação frontal	02	3,6

DISCUSSÃO

Observou-se que a maioria dos idosos deste estudo eram do sexo feminino, corroborando com dados de estudos anteriores, sobre idosos, em que as mulheres representam a maioria dos participantes¹¹⁻¹⁴. Isso talvez seja devido ao fato de que a partir dos 40 anos e especialmente após os 60 anos o sexo feminino é maioria na população brasileira³.

Morar com o companheiro foi característica predominante entre os idosos desse estudo, condição positiva que demonstra que os mesmos mantêm sua autonomia e independência não necessitando de ajuda para a realização de suas atividades de vida diária. Esse dado também foi identificado em um estudo, em que os idosos casados ou morando com companheiro apresentaram melhor autonomia quanto comparado com os idosos viúvos ou morando sozinhos¹⁵.

A baixa escolaridade dos idosos do presente estudo é fato preocupante uma vez que pesquisas apontam que a baixa escolaridade em idosos pode

estar associada ao risco de quedas^{16,17}, assim medidas preventivas devem ser adotadas para minimizar esse risco.

Entre as condições crônicas relatadas pelos idosos participantes destacam-se a Hipertensão Arterial, Catarata e Osteoporose, condições essas apontadas como fatores de risco para quedas^{15,18}. Um estudo realizado na Paraíba com 240 idosos, constatou que idosos acometidos por Hipertensão Arterial Sistêmica apresentam risco de quedas sete vezes maior do que aqueles que não são acometidos por essa morbidade¹⁴.

Idosos com catarata têm maior probabilidade de cair porque a deficiência visual pode levar a dificuldades em detectar obstáculos com pouco contraste, julgar a distância ou perceber relações espaciais e processar todas as informações visuais necessárias para ajustes de controle¹⁹.

Um estudo de base populacional, realizado com 1.520 participantes na cidade de Campinas – SP, objetivando identificar os fatores associados a ocorrência de quedas em idosos, constatou asso-

ciação entre reumatismo/artrite/artrose e osteoporose. Os autores reforçam que as doenças articulares e a osteoporose contribuem para a redução da capacidade física do idoso, ocasionando dor, influenciando no equilíbrio e no controle postural e aumentando o risco de quedas²⁰.

Destaca-se que em nosso estudo a população feminina apresentou mais episódios de quedas, com 27,3% (n=9). Ao compararmos com a literatura, constatamos que nos estudos avaliados as mulheres são as que mais caem¹⁴⁻²⁰.

A frequência de quedas nos últimos doze meses encontrado neste estudo (21,4%) representou menos da metade do percentual encontrado em estudo realizado com 350 idosos em Foz do Iguaçu (46,9%)²¹, e inferior também a um estudo com 774 idosos dos municípios de Barueri-SP e Cuiabá-MT (38,6%)²².

Identificou-se que os motivos de quedas entre os participantes deste estudo, foi ter escorregado e tropeçado enquanto caminhavam fora de casa, semelhante ao encontrado no estudo de Moraes *et al.*, que apontou, além do escorregado e tropeçado, o desequilíbrio como fator de queda²², e diferente do encontrado no estudo com 350 idosos de Foz do Iguaçu, cujo os motivos de queda foi a presença de animais de estimação e de tapetes derapantes no domicílio²¹.

Em um estudo de análise dos fatores extrínsecos relacionados ao risco de quedas, mostrou que a presença de escadas, tapetes, presença de tacos de madeira soltos no chão e vasos sanitários baixos esta-

vam presentes nas residências dos idosos que tinham sofrido quedas, permitindo-lhes a concluir que os fatores residenciais relacionados aos riscos e recursos de segurança foram determinantes para as quedas²³.

Vale reforçar que os fatores extrínsecos em nosso estudo também tiveram um destaque considerável, uma vez que estão presentes em todos os domicílios pesquisados variando de dois a dez fatores por residência.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo demonstraram a existência de fatores de risco a queda de natureza intrínseca e extrínseca. Dentre os intrínsecos, a presença de catarata diminuindo a capacidade visual e a osteoporose foram os de maior destaque. Já nos extrínsecos, vaso sanitário baixo, cadeiras sem braços, inexistência de barras de apoio no vaso e chuveiro e presença de tapetes e capachos foram os fatores mais frequentemente encontrados nas residências.

Todas as residências do meio rural observadas apresentaram algum fator de risco para queda de idosos. Essa informação indica a necessidade de medidas preventivas que minimizem os riscos de quedas em idosos no meio rural.

Políticas públicas intersetoriais, envolvendo setores, principalmente, de habitação, cultura, saúde e social, voltadas às necessidades das pessoas idosas, seria uma estratégia que diminuiria a presença de fatores de risco de quedas de idosos.

REFERÊNCIAS

1. Silva A dos S, Fassarella BPA, Faria B de S, Nabbout TGME, Nabbout HGME, D'Avila J da C. Envelhecimento Populacional: Realidade Atual e Desafios. *Glob. Acad. Nurs. J.* 2022, 2 (Sup.3), e188. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200188>.
2. Oliveira AS. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. *Hygeia – Rev. Bras. Geogr. Médica E Saúde* 2019, 15 (32), 69-79. Disponível em: <https://doi.org/10.14393/Hygeia153248614>.
3. IBGE. Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017 [Internet]. Agência de Notícias – IBGE. 2018. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>
4. Nascimento M de M. Uma visão geral das teorias do envelhecimento humano. *Saúde e Desenvolvimento Humano* [Internet]. 2020;8:161-8. Disponível em: https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/saude_desenvolvimento/article/view/6192

5. Silva LMS, Berto CM, Silva FAA, Bezerra KMG, Marques APO. Fatores associados ao risco de queda em idosos: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano* [Internet]. 2020;17. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/11988>
6. Leitão SM, Centro Universitário Christus, Oliveira SC de, Universidade Federal do Ceará, Rolim LR, Centro Universitário Christus, *et al.* Epidemiologia das quedas entre idosos no Brasil: uma revisão integrativa de literatura. *Geriatr, Gerontol Aging* [Internet]. 2018;12:172-9. Disponível em: <http://www.ggaging.com/details/484/en-US/epidemiology-of-falls-in-older-adults-in-brazil--an-integrative-literature-review>
7. OMS. Caídas. Published April 26, 2021. Accessed April 12, 2022. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>
8. Teixeira DKS, Andrade LM, Santos JLP, Caires ES. Quedas em pessoas idosas: restrições do ambiente doméstico e perdas funcionais. *Rev Bras Geriatr E Gerontol.* 2019;22. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.180229>
9. Ríos-Fraustro C, Galván-Plata ME, Gómez-Galicia DL, Giraldo-Rodríguez L, Agudelo-Botero M, Mino-León D. Intrinsic and extrinsic factors associated with falls in older adults: a case-control study in Mexico. *Gac Med Mex.* Published online 2021:127-132. Available from: <https://doi.org/10.24875/GMM.M21000537>
10. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população das unidades da federação e municípios. Brasília: IBGE, 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/arabuta/panorama>
11. Pimentel WRT, Pagotto V, Stopa SR, Hoffmann MCCL, Malta DC, Menezes RL de, *et al.* Falls requiring use of health services by the older adults: an analysis of the Brazilian National Health Survey, 2013. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2018;34(8). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2018000806001&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
12. Gonçalves AK, Teixeira AR, Valentini NC, Vargas ASR, Possamai VD, Martins VF. Multicomponent physical activity program: study with faller and non-faller older adults. *J. Phys. Educ.* [Internet]. 2019; 30: e3077. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-24552019000100263&lng=pt. Epub 20-Dez-2019.
13. Baixinho CL, Dixe MA, Madeira C, Alves S, Henriques MA. Falls in institutionalized elderly with and without cognitive decline A study of some factors. *Dement. neuropsychol.* [Internet]. 2019 Mar; 13(1): 116-121. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-57642019000100116&lng=pt.
14. Scarmagnan GS, Mello SCM, Lino TB, Barbieri FA, Christofolletti G. A complexidade da tarefa afeta negativamente o equilíbrio e a mobilidade de idosos saudáveis. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [Internet]. 2021; 24(1): e200120. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232021000100201&lng=pt.
15. Gomes GC, Moreira RS, Maia TO, Santos MAB, Silva VL. Fatores associados à autonomia pessoal em idosos: revisão sistemática da literatura. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2021 Mar; 26(3): 1035-1046. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232021000301035&lng=en.
16. Abreu DROM, Azevedo RCS, Silva AMC, Reiners AAO, Abreu HCA. Fatores associados à recorrência de quedas em uma coorte de idosos. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2016 Nov; 21(11): 3439-3446. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001103439&lng=pt.

17. Cruz DT, Cruz FM, Ribeiro AL, Veiga CL, Leite ICG. Associação entre capacidade cognitiva e ocorrência de quedas em idosos. *Cad. saúde colet.* [Internet]. 2015 Dec; 23(4): 386-393. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2015000400386&lng=en.
18. Smith AA, Silva AO, Rodrigues RAP, Moreira MASP, Nogueira JA, Tura LFR. Avaliação do risco de quedas em idosos residentes em domicílio. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2017; 25: e2754. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100318&lng=en. EpubApr06, 2017.
19. Paz LPS, Borges LL, Marães VRFS, Gomes MMF, Bachion MM, Menezes RL. Fatores associados a quedas em idosos com catarata. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2018 Ago; 23(8): 2503-2514. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000802503&lng=pt.
20. Rodrigues IG, Fraga GP, Barros MBA. Falls among the elderly: risk factors in a population-based study. *Rev. bras. epidemiol.* [Internet]. 2014; 17(3): 705-718. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2014000300705&lng=en.
21. Pereira SG, Santos CB dos, Doring M, Portella MR, Pereira SG, Santos CB dos, *et al.* Prevalence of household falls in long-lived adults and association with extrinsic factors. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2017;25. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692017000100382&lng=en&nrm=iso&tlng=en
22. Moraes SA de, Soares WJS, Lustosa LP, Bilton TL, Ferrioli E, Perracini MR, *et al.* Characteristics of falls in elderly persons residing in the community: a population-based study. *Rev Bras Geriatr E Gerontol* [Internet]. outubro de 2017;20(5):691–701. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1809-98232017000500691&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
23. Rossetin LL, Rodrigues EV, Gallo LH, Macedo DS, Schieferdecker MEM, Pintarelli VL *et al.* Indicadores de sarcopenia e sua relação com fatores intrínsecos e extrínsecos às quedas em idosos ativas. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [Internet]. 2016 June; 19(3): 399-414. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000300399&lng=en.

Produção científica multiprofissional: análise cientométrica das interações científicas entre docentes de um curso de Medicina

Multiprofessional scientific production: scientometric analysis of scientific interactions among professors of a medical course

Quécia Hosana Fatel Brito¹ 
Lara Helena da Visitação Galvão da Silva¹
Lorena Rios de Melo¹
Mariana Aratújo-Pereira² 
Bruno Bezerril Andrade³ 
André Nogueira Nazar⁴ 
Rodrigo Francisco de Jesus⁵ 
Luiz Fernando Quintanilha⁶ 

¹Estudante de Biomedicina, Universidade Salvador (UNIFACS), Salvador, Bahia, Brasil

²Doutoranda no Instituto Gonçalo Moniz (FIOCRUZ), Mestre em bioinformática pela Universidade de São Paulo (USP). Docente do Centro Universitário FTC (UniFTC), Salvador, Bahia, Brasil

³Médico. Doutor pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Pesquisador do Instituto Gonçalo Moniz (FIOCRUZ). Professor do Centro Universitário FTC (UniFTC), Salvador, Bahia, Brasil

⁴Médico. Doutor em Medicina e Pesquisa Translacional pela Universidade de Barcelona, Espanha. Professor do Centro Universitário FTC (UniFTC), Salvador, Bahia, Brasil

⁵Enfermeiro. Doutor em Ciências pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EUSP). Professor do Centro Universitário FTC (UniFTC), Salvador, Bahia, Brasil

⁶Biólogo. Doutor em Medicina (Radiologia) pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Professor e coordenador científico do Centro Universitário FTC (UniFTC) e professor da Universidade Salvador (UNIFACS). Salvador, Bahia, Brasil

Autor correspondente:

Quécia Hosana Fatel Brito
E-mail: quecia_fatelb@outlook.com

Recebido em 13/07/2022

Aprovado em 14/09/2022

RESUMO

Objetivos: analisar a produção científica e a colaboração multiprofissional entre docentes de um curso de Medicina de uma instituição de ensino superior privada da cidade de Salvador, Bahia.

Método: estudo cientométrico das produções científicas e colaborações multiprofissionais de 359 docentes do curso médico, a partir da verificação do Currículo Lattes presente na plataforma Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

Resultado: oitenta e cinco professores (23,7%) foram incluídos no estudo por apresentarem Currículo Lattes atualizado (12 meses). Apesar de a maioria possuir pós-graduação *stricto sensu* (70,6%), os professores médicos apresentaram menor titulação ($p < 0,001$) e produção científica ($p = 0,014$) quando comparados aos docentes de outras formações. Ao analisarmos a colaboração multiprofissional, 25 professores (29,4%) apresentaram interações científicas.

Conclusão: verificou-se um baixo envolvimento científico do corpo docente e uma discreta rede de colaboração endógena entre os professores pesquisadores do curso.

Palavras-chave: Educação Médica; Pesquisa Multidisciplinar; Educação em Saúde.

ABSTRACT

Aims: to analyze the scientific production and multiprofessional collaboration among professors at a private medical school in the city of Salvador, Brazil.

Method: a scientometric study that analyzed the scientific production and multiprofessional collaboration of 359 professors of the medical course, based on the verification of the Lattes Curriculum present on the

National Council for Scientific and Technological Development platform.

Result: eighty-five professors (23.7%) were included in the study because they presented an updated Lattes Curriculum (12 months). Despite the majority having master and/or doctor degrees (70.6%), medical professors had lower degrees ($p < 0.001$) and scientific production ($p = 0.014$) when compared to professors from other training courses. When analyzing the multiprofessional collaboration, 25 professors (29.4%) presented scientific interactions.

Conclusion: there was a low scientific involvement of the faculty and a discreet network of endogenous collaboration among the research professors of the course.

Keywords: Medical Education; Multidisciplinary Research; Health Education.

INTRODUÇÃO

A oferta e o desenvolvimento da pesquisa científica é um aspecto que denota qualidade dos cursos de graduação em saúde devido à sua importância na formação desses profissionais¹. Pelo seu papel fundamental na produção de conhecimento, inovação e resolução de problemas relevantes para a sociedade, a pesquisa científica conduzida pelas instituições de ensino superior (IES) tem potencial para contribuir no aprimoramento profissional e, conseqüentemente, na assistência prestada pelos serviços de saúde no país.

A Medicina Baseada em Evidências (MBE) fundamenta os conceitos pré-existentes da Medicina e as discussões da saúde de modo a ampliar a eficiência, qualidade e efetividade dos serviços de saúde e nortear as decisões clínicas, o compromisso profissional e a conduta médica nas melhores evidências científicas²⁻⁴. No curso de graduação em Medicina, para o desenvolvimento dessas competências, é necessário que estudantes busquem, realizem e interpretem ciência durante a sua formação de modo a pautar sua prática profissional futura⁵. Neste cenário, as diretrizes curriculares nacionais (DCN) para o curso de Medicina claramente apresentam a necessidade da formação de futuros médicos cientificamente críticos e reflexivos, e, desse modo, muitas escolas médicas buscam melhorar qualitativamente a educação científica⁶⁻⁸.

A relevância do binômio ensino-pesquisa praticado pelas IES se mostrou essencial no recente contexto pandêmico provocado pelo novo coronavírus, uma vez que exigiu uma maior aproximação entre a ciência, a Medicina e a sociedade, fomentando novas descobertas e discussões. Este cenário evidenciou a importância do papel das pesquisas em saúde e, paradoxalmente, escancarou a má qualidade de formação científica no país⁹, apesar do notório interesse de professores e estudantes em ciência¹⁰⁻¹².

Dentre os fatores que podem influenciar negativamente a formação científica dos estudantes de Medicina, destacam-se (i) o reduzido estímulo das IES que, em geral, priorizam o serviço assistencial, (ii) a má formação científica e o baixo engajamento pedagógico do corpo docente, especialmente dos professores médicos^{10,13-14}.

Outro fator normalmente negligenciado pelas escolas médicas é o estímulo às relações multiprofissionais que, apesar de reconhecidamente importantes, são pouco executadas na prática, mantendo-se uma visão de curso isolada¹⁵. Similarmente, na pesquisa científica, as colaborações entre profissionais de diferentes áreas da saúde tendem a enriquecer a qualidade das produções por possibilitarem a troca de saberes e experiências e a busca por novas respostas¹⁶. Sendo assim, (re)pensar a educação científica nas escolas médicas é necessário para formar profissionais médicos cientificamente críticos e reflexivos contribuindo, assim, para a melhoria da informação e assistência em saúde no Brasil. Neste cenário, o objetivo deste trabalho foi analisar a produção científica e a colaboração multiprofissional entre docentes de um curso de Medicina de uma instituição de ensino superior privada da cidade de Salvador, Bahia.

MÉTODOS

Desenho do estudo e cenário

Trata-se de um estudo cientométrico¹⁷, a partir de dados secundários realizado em um curso de graduação em Medicina de uma Instituição de Ensino Superior privada localizada na cidade de Salvador, Bahia.

População / amostra

Foram incluídos no estudo todos os profissionais registrados no corpo docente do curso de

graduação em Medicina da IES (n=359), sendo excluídos, posteriormente, aqueles que não possuíam Currículo Lattes ou que apresentavam este documento desatualizado por mais de doze meses no período da coleta de dados (setembro de 2021).

Variáveis de interesse

Avaliaram-se parâmetros como sexo, grau de instrução, formação acadêmica, número de artigos publicados e a interação entre os docentes de diversas áreas nessas produções.

Instrumento de coleta de dados

Inicialmente, foi consultada a lista dos docentes do curso de graduação em Medicina através dos portais oficiais da instituição. Para a identificação do perfil e das produções científicas dos docentes foi analisado o Currículo Lattes contido na plataforma Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Consideraram-se apenas as produções de artigos científicos que dispusessem de registro internacional mediante o DOI (Digital Object Identifier), independente do ano de publicação. Os dados dos artigos contidos nos currículos foram obtidos a partir do pacote em linguagem R GetLattesData (versão 1.4).

Análise de dados

Os dados de cada um dos artigos obtidos foram tabulados em conjunto para posterior análise. Além dos dados básicos como título do artigo, ano, idioma, periódico e autores, foi realizada a criação de uma variável para identificar aqueles que foram publicados em comum entre os professores incluídos no estudo. Essa análise combinatória foi realizada com o auxílio do pacote em linguagem R purrr (versão 0.3.4)¹⁸.

Após identificar os artigos publicados em comum entre os docentes, foi realizada uma análise de rede em que os docentes eram correspondentes aos “nós” e o número de artigos em comum a cada par eram as suas “arestas”. A representação gráfica das redes foi realizada utilizando o software Gephi (versão 0.9.2)¹⁹ com o layout OpenOrd, cujo objetivo é estabelecer “agrupamentos” de acordo com a proximidade dos nós.

Análise estatística

Para a descrição dos dados categóricos, utilizamos frequência (nº) e proporção (%) e, para dados contínuos, mediana e intervalo interquartil (IIQ). Os dados categóricos foram comparados utilizando o teste Qui-quadrado de Pearson e os dados contínuos utilizando o teste de Mann-Whitney *U*. As análises foram realizadas aplicando o software estatístico R (versão 4.0.3)²⁰. Valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos em comparações bicaudais.

Aspectos éticos

O presente estudo utilizou dados secundários disponibilizados em fontes públicas, portanto prescindiu de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

RESULTADOS

Dos 359 docentes listados no curso de graduação em Medicina investigado, 274 profissionais (76,3%) não possuíam Currículo Lattes ou não o tinham atualizado nos últimos 12 meses. Isso resultou em uma amostra de 85 professores, sendo 72,9% médicos e 27,1% não médicos. Ao avaliarmos o perfil de formação acadêmica, identificamos o predomínio de IES públicas (Figura 1A). Com relação à formação original, além de Medicina, destacaram-se os cursos de Biologia e Fisioterapia (Figura 1B).

Houve predomínio de professores com pós-graduação *stricto sensu* concluída (22,4% mestrado; 48,2% doutorado), mais notadamente entre os professores não médicos ($p < 0,001$). Corroborando com este dado, ao investigarmos as produções científicas do corpo docente, notou-se uma produção duas vezes maior entre os professores não médicos (10 vs 5; $p = 0,014$) (Tabela 1).

Ao analisarmos a colaboração científica multiprofissional, identificamos que apenas 29,4% (n=25) dos professores incluídos no estudo possuem interações científicas. Ainda foi possível verificar a existência de oito grupos de trabalho, a maioria constituída por apenas dois professores. Destes, três foram formados apenas por médicos (Figura 2).

Ainda sobre este seletivo grupo de 25 professores, notou-se prevalência de formação em IES públi-

Figura 1

Perfil acadêmico dos docentes. Em (A), são apresentadas as categorias administrativas das IES de formação dos professores médicos e não médicos. Em (B), são listados os principais cursos de formação dos professores não médicos. Salvador, BA, Brasil, 2021.

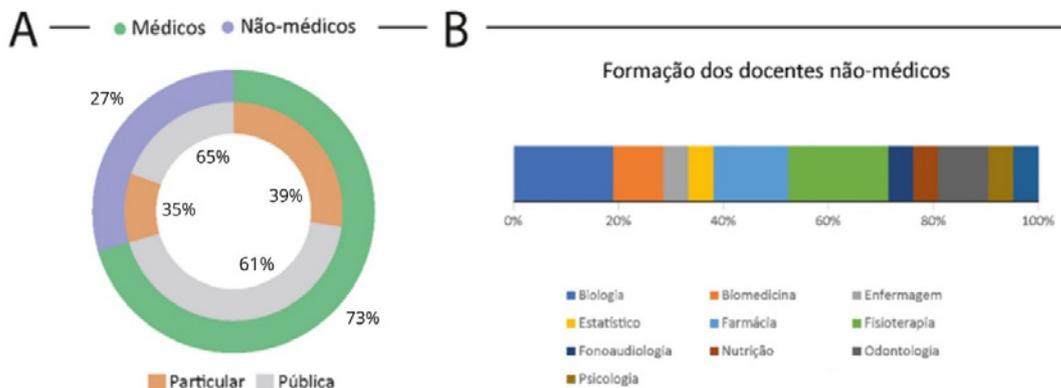


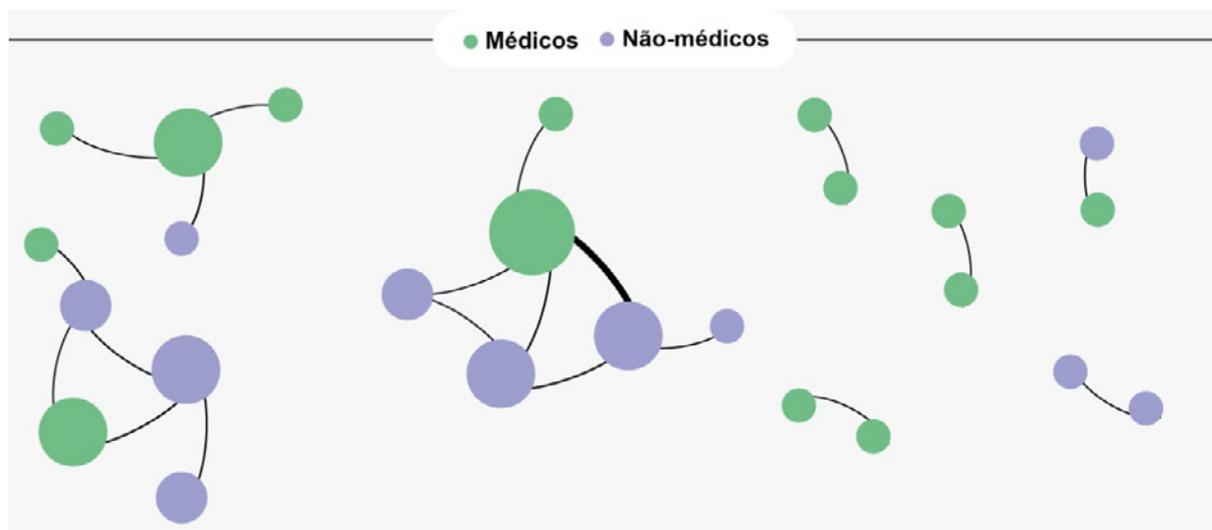
Tabela 1

Características acadêmico-científicas dos docentes de acordo com a formação original. Salvador, BA, Brasil, 2021.

Variáveis	Não médicos (n=23)	Médicos (n=62)	p-valor
Titulação, n (%)			<0,001
Doutor	17 (73,9)	24 (38,7)	
Mestre	6 (26,1)	13 (21,0)	
Especialista	—	25 (40,3)	
Número de artigos publicados, mediana (IIQ)	10 (6,0 – 25,5)	5 (1,3 – 15,0)	0,014

Figura 2

Rede de colaboração multiprofissional no curso de Medicina. Os nós das redes identificam cada docente e o número de artigos em comum a cada par são representadas pela espessura de suas interações. Salvador, BA, Brasil, 2021.



cas (72,0%), formação médica (56,0%), pós-graduação *stricto sensu* (88,0%), realização de iniciação científica na graduação (52,0%) e orientação de estudantes de iniciação científica em suas atividades acadêmicas (80,0%). Além disso, identificou-se um número considerável de realização de pós-doutorado (40,0%). Se considerarmos apenas os professores com representativa produção científica nos últimos três anos (nove ou mais publicações de 2019 a 2021), todos orientam/orientaram estudantes de iniciação científica e possuem pós-graduação *stricto sensu*. Além disso, entre esses professores, há incremento daqueles que realizaram iniciação científica durante a graduação e pós-doutorado (Tabela 2).

DISCUSSÃO

Sob o prisma da educação médica, o treinamento em pesquisa deve ser ofertado e estimulado a fim de contribuir para formação de profissionais cientificamente críticos e com habilidades para ler, interpretar e aplicar as melhores evidências científicas disponíveis^{6,21}. Apesar de sua importância e benefícios, a oferta científica, a integração curricular e a participação discente permanecem insatisfatórias durante a graduação²²⁻²³. Neste contexto, o presente estudo lança luz a um tema ainda muito pouco discutido no país, mas que pode afetar profundamente a qualidade da formação de profissionais da saúde.

Neste trabalho, realizado em uma IES privada da cidade de Salvador, Bahia, a grande maioria dos professores alocados no curso de graduação em Medicina foram excluídos do estudo por não possuírem Currículo Lattes ou estarem desatua-

lizados por mais de doze meses. Sendo esta ferramenta um importante elemento para darem visibilidade à sua trajetória científica²⁴, a falta dela (ou de sua atualização) pode denotar um distanciamento majoritário do corpo docente com a prática de pesquisa científica. Tal inferência pode ser alicerçada pelo fato de que as atividades acadêmico-científicas são consideradas secundárias para os professores médicos devido, entre outros aspectos, à limitada base científica, às más condições de trabalho e aos reduzidos retornos financeiros associados à pesquisa²³.

Outro ponto que corrobora com este cenário de distanciamento científico é a falta de pesquisa institucionalizada em Faculdades e Centros Universitários, bem como uma baixa representatividade científica das IES de categorias privadas. Neste cenário, sabe-se que o sistema universitário de educação superior concentra a maior parte das pesquisas científicas brasileiras, destacadamente na área de Medicina²⁵. A categoria administrativa e a localização geográfica também se associam com o volume de produção científica, sendo o setor público e o eixo sul-sudeste os representantes majoritários da produção no país²⁶. Desta forma, considerando essas informações, o distanciamento científico observado no corpo docente investigado no presente estudo não era inesperado.

Com relação à formação acadêmica, a grande maioria dos professores avaliados possuem titulação *stricto sensu* (mestrado e/ou doutorado), tendo maior destaque os professores não médicos. Este achado pode estar associado ao perfil de pós-graduação dos médicos brasileiros que aponta para um percentual de cerca de 70% dos profissionais com título de especialista ou Residência Médica²⁷.

Tabela 2

Características acadêmico-científicas dos docentes com interações científicas identificadas. Salvador, BA, Brasil, 2021.

Variável	Docentes com interações científicas identificadas (n=25)	Docentes com representativa produção científica de 2019 a 2021 (n=9)
Formado em IES públicas	72,0%	55,6%
Formado em Medicina	56,0%	33,3%
Orientou estudantes de iniciação científica	80,0%	100,0%
Possui pós-graduação <i>stricto sensu</i>	88,0%	100,0%
Realizou estágio de pós-doutorado	40,0%	66,7%
Realizou iniciação científica na graduação	52,0%	66,7%

Dado que as pós-graduações *stricto sensu* têm foco na produção científica, a significativa diferença no número de produções entre os professores médicos (5,0) e não médicos (10,0) apresentada neste estudo não surpreende.

Neste âmbito, notou-se que os professores aqui investigados têm, independente da área, formação em IES públicas, as quais, em geral, possuem maior investimento em pesquisa científica²⁸⁻²⁹. Sendo assim, a área de formação acadêmica, e não a instituição de ensino formadora, parece se relacionar com o engajamento e desempenho científico dos profissionais.

As más condições de trabalho para os professores médicos que desejam realizar pesquisa é outro aspecto que deve ser discutido. Sabe-se que o cotidiano do profissional geralmente se caracteriza por múltiplos vínculos, o que acaba por dificultar a execução de pesquisa e o exercício da docência com excelência. Em um recente estudo realizado em um curso de graduação em Medicina, concluiu-se que os professores médicos não consideram a atividade docente como principal, diferentemente dos profissionais de outras áreas de formação¹³. Considera-se que a vivência na profissão é mais importante que a formação e envolvimento didático-pedagógico na trajetória acadêmica dos estudantes de Medicina. Coletivamente, esses dados podem ajudar a explicar a queda da representatividade de médicos que se candidatarão a bolsas de pesquisa³⁰ e sua concentração em Universidades Federais³¹.

Além disso, apesar do conhecimento científico complementar a formação profissional e ser preconizado como instrumento essencial pelas DCN, o ensino de ciência ainda é limitado nas escolas médicas^{10,13,32}, contribuindo para um ambiente infértil para produção científica dos professores e, conseqüente, para o envolvimento discente. Por outro lado, diversos estudos demonstram que o estímulo à ciência pode agregar muito na formação médica durante a graduação e a residência, além de possuir uma percepção geral positiva dos estudantes³³⁻³⁵.

No contexto científico, a colaboração multiprofissional tem sido relatada como importante para a qualidade dos trabalhos, enriquecendo-os de conhecimentos das mais diversas áreas, o que aumenta o acervo e o acesso à novas fontes de estudantes e profissionais. Neste estudo, verificou-se que apenas 29,4% (n=25) dos professores incluídos na análise possuíam algum tipo de colaboração científica. Desse grupo, 56,0% (n=14) era for-

mado por profissionais médicos, enquanto 44,0% (n=11) representado por profissionais de outras áreas do conhecimento. Apesar de considerarmos baixo o número de professores com algum grau de produção científica, destaca-se a colaboração multiprofissional entre eles, já que a metade das redes de colaboração identificadas era composta por profissionais de diferentes áreas do conhecimento.

Ainda sobre este grupo, identificou-se alta prevalência de aspectos acadêmico-científicos relevantes, especialmente entre aqueles com destacada produção científica, como obtenção de título de pós-graduação *stricto sensu* (mestrado e/ou doutorado), realização de pós-doutorado, iniciação científica durante a graduação e orientação de estudantes. Esta observação denota importante engajamento científico desses professores que produzem ciência e colaboram entre si.

Importante ressaltar que este estudo avaliou apenas artigos com DOI, o que pode ter contribuído para o número reduzido de produções alcançadas. Por outro lado, esta estratégia pode aumentar o crivo da análise por considerar apenas trabalhos de publicações periódicas que contenham esta identificação digital. Além disso, deve ser levado em consideração que o presente estudo foi realizado em um Centro Universitário privado localizado fora dos grandes eixos de desenvolvimento científico do país^{31,36}. Sabe-se que, diferente das Universidades (especialmente as públicas), as faculdades e centros universitários não têm, de maneira obrigatória, pesquisa científica institucionalizada, acesso às fontes de fomento, além de possuírem corpo docente menos titulado³⁷⁻³⁸.

Até o nosso conhecimento, não existe nenhum outro estudo que tenha se proposto a investigar a contribuição científica multiprofissional nos cursos de Medicina. Cremos que esta colaboração é essencial para o aumento da quantidade e qualidade das produções científicas em Medicina proporcionando melhor formação dos estudantes, especialmente no âmbito da prática médica pautada nas melhores evidências. Espera-se que este estudo seja um promotor de conhecimento e estimule novas investigações nesta temática.

CONCLUSÃO

A partir da metodologia empregada e o cenário investigado, verificou-se que os professores médicos apresentam menor titulação acadêmica e produção científica quando são comparados aos seus

pares com outras formações. Destacou-se o baixo envolvimento científico do corpo docente e uma discreta rede de colaboração endógena entre os professores pesquisadores.

Este estudo traz luz à importância da pesquisa científica no âmbito acadêmico e a colaboração

multiprofissional, as quais são essenciais para o (1) aumento da qualidade das produções científicas na Educação Médica; (2) enriquecimento da formação dos futuros profissionais e; (3) contribuição da prática médica e tomada de decisões pautadas nas melhores evidências científicas.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer nº 334, CNE/CES de 2019. Institui a Orientação às Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos Superiores. Brasília, 2019 [acesso em 18 maio 2022]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=119811-pces334-19&category_slug=agosto-2019-pdf&Itemid=30192
2. Faria L, Oliveira-Lima JA de, Almeida-Filho N. Medicina baseada em evidências: breve aporte histórico sobre marcos conceituais e objetivos práticos do cuidado. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* [Internet]. 2021 Jan-Mar;28(1):59-78 [acesso em 27 Abr 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702021000100004>
3. Atallah' AN. Medicina baseada em evidências. *Diagn Tratamento*. 2018;23(2). 43-44. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/904888/rdt_v23n2_43-44.pdf
4. Atallah' AN, Castro AA. Medicina Baseada em Evidências: o elo entre a boa ciência e a boa prática clínica. *Medicina Conselho Federal*. 1998 Jan-Mar;20(1):5-9. Disponível em: http://www.centrocochranedobrasil.com.br/apl/artigos/artigo_517.pdf
5. Guedes HTV, Guedes JC. Avaliação, pelos estudantes, da atividade “Trabalho de Conclusão de Curso” como integralização do eixo curricular de iniciação à pesquisa científica em um curso de medicina. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2012 Jun;36(2):162-71 [acesso em 20 Abr 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022012000400003>
6. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 4, CNE/CES de 2001/11/7. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. *Diário Oficial da União*. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p. 38 [acesso em 18 maio 2022]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>.
7. Meireles MA de C, Fernandes C do CP, Silva LS e. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais e a Formação Médica: Expectativas dos Discentes do Primeiro Ano do Curso de Medicina de uma Instituição de Ensino Superior. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2019 Abr-Jun;43(2):67-78 [acesso em 5 maio 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n2RB20180178>
8. Cardoso GP, Junior CTS, Martinho JMSG, Cyrillo RJT. Iniciação científica em medicina: uma questão de interesse para todas as especialidades. *Pulmão RJ*. 2004 Jan-Mar;13(1):8-12. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-401682>
9. Ferrari, CKB. Por que respondemos mal à pandemia de covid-19? Transformações necessárias nos saberes docentes da saúde. *Humanidades & Inovação*. 2021 Ago; 8(45):185-196. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadesinovacao/article/view/4410>
10. Fagundes-Pereyra WJ, Petroianu A. Interesse de Estudantes de Medicina por Pesquisa Científica. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2021 Maio-Set; 24(2):09-13 [acesso em 10 maio 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v24.2-002>

11. Cyrillo RJT, Setubal S, Junior CTS, Velarde LGC, Mattos ACT, Touça AS, *et al.* Influência de um programa de iniciação científica na produção científica de professores em curso de Medicina no Brasil. *Rev Port Pneumol* [Internet]. 2008 Set-Out;14(5):635-45 [acesso em 10 maio 2022]. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0873-2159\(15\)30274-9](https://doi.org/10.1016/S0873-2159(15)30274-9)
12. Sousa TV, Melchior LMR, Silva RC, Carvalho-Filha FSS, Moraes-Filho IM. COVID-19: A Importância Da Pesquisa Científica. *REVISA* [Internet]. 2020 Jul-Set; 9(1): 573-575 [acesso em 13 maio 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.36239/revisa.v9.nEsp1.p573a575>
13. Oliveira NA de, Alves LA, Luz MR. Iniciação científica na graduação: o que diz o estudante de medicina?. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2008 Set;32(3):309-314 [acesso em 10 maio 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000300005>
14. Quintanilha LF, Farias CS da S, Andrade BB. Formação e Envolvimento Pedagógico entre Docentes do Ensino Superior em Saúde: Uma Análise dos Cursos Médicos. *Rev Int Educ Super* [Internet]. 2020;7:1-17 [acesso em 11 maio 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.20396/riesup.v7i0.8659850>
15. Batista NA. Educação Interprofissional em Saúde: Concepções e Práticas. *Caderno FNEPAS*. 2012;2:25-28. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4298824/mod_resource/content/1/educacao_interprofissional.pdf
16. Grácio, M. C. C. “Colaboração científica: Indicadores Relacionais De Coautoria”. *Brazilian Journal of Information Science: Research Trends* [Internet]. 2018;12(2) [acesso em 11 maio 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.36311/1981-1640.2018.v12n2.04.p24>
17. Silva JA da, Bianchi MLP. Cientometria: a métrica da ciência. *Paidéia* (Ribeirão Preto) [Internet]. 2001;11(20):5-10 [acesso em 28 Set 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2001000200002>
18. Henry L, Wickham H (2022). *purrr: Functional Programming Tools*. Disponível em: <http://purrr.tidyverse.org>, <https://github.com/tidyverse/purrr>
19. Bastian M., Heymann S., Jacomy M. (2009). *Gephi: an open source software for exploring and manipulating networks*. International AAAI Conference on Weblogs and Social Media.
20. R Core Team (2015). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. Available from: <https://www.R-project.org/>.
21. Kuhnigk O, Böthern AM, Reimer J, Schäfer I, Biegler A, Jueptner M, *et al.* Benefits and pitfalls of scientific research during undergraduate medical education. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* [Internet]. 2010 Nov;27(5):1-7 [Accessed 20 may 2022]. Available from: <https://doi.org/10.3205/zma000709>
22. Abu-Zaid A, Alkattan K. Integration of scientific research training into undergraduate medical education: a reminder call. *Medical Education Online* [Internet]. 2013 Out;18(22832) [Accessed 20 may 2022]. Available from: <https://doi.org/10.3402/meo.v18i0.22832>
23. Albert, M., Hodges, B. & Regehr, G. Research in Medical Education: Balancing Service and Science*. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* [Internet]. 2007 Out; 12:103–115 [Accessed 21 may 2022]. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10459-006-9026-2>
24. dos Santos Estácio, LS. A importância do currículo lattes como ferramenta que representa a ciência, tecnologia e inovação no país. *Revista ACB: Biblioteconomia em Santa Catarina*. 2017; 22(2): 300-311. Disponível em: <https://revista.acbsc.org.br/racb/article/view/1353#:~:text=O%20sistema%20de%20Curr%C3%ADculo%20Lattes,de%20pesquisa%20bibliogr%C3%A1fica%20e%20documental>

25. Souza CD de, Filippo D de, Casado ES. Crescimento da atividade científica nas universidades federais brasileiras: análise por áreas temáticas. *Avaliação (Campinas)* [Internet]. 2018 Mar; 23(1):126-156 [acesso em 28 Set 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-40772018000100008>
26. Bufrem LS, Nascimento BS do. A produção científica brasileira na web of science (2017-2019): entre o discurso político e os estudos métricos de informação. *Logeion* [Internet]. 2019;6(1):12-26 [acesso em 28 Set 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.21728/logcion.2019v6n1.p12-26>
27. Rezende JM. À sombra do Plátano: crônicas de história da medicina. Brazil: Scielo Books – Editora Fap-Unifesp; 2009 [acesso em 22 maio 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788561673635>
28. Hilu L, Gisi ML. Produção científica no Brasil: um comparativo entre universidades públicas e privadas. *Anais do 10º Congresso Nacional de Educação. 1º Seminário Internacional de Representações Sociais, Subjetividade e Educação*; 2011;5665-72. Disponível em: https://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2011/5221_3061.pdf
29. Durham MER. As universidades públicas e a pesquisa no Brasil. *São Paulo, NUPES, Documento de trabalho*. 1998;9:98. Disponível em: <https://nupps.usp.br/downloads/docs/dt9809.pdf>
30. Nathan DG, para o Painel do Diretor do National Institutes of Health sobre Pesquisa Clínica. *Clinical Research. Perceptions, Reality, and Proposed Solutions. JAMA* [Internet]. 1998;280(16):1427-1431 [acesso em 23 maio 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.280.16.1427>
31. Mendes, PHC *et al.* Perfil dos pesquisadores bolsistas de produtividade científica em medicina no CNPq, Brasil. *Revista Brasileira de Educação Médica* [Internet]. 2010 Dez; 34(4): 535-541 [acesso em 23 maio 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022010000400008>
32. Figueiredo WPS, Nunes TS, Moura TA, Lima RSA, Tanajura DM. Pesquisa científica: conhecimento, atitudes e barreiras entre estudantes de medicina brasileiros. *Arch Health Sci* [Internet]. 2018 Dez ; 56-9.[acesso em 23 maio 2022] Disponível em: <https://doi.org/10.17696/2318-3691.25.3.2018.1155>
33. Gonzales AO, Westfall J, Barley GE. Promoting medical student involvement in primary care research. *Fam Med*. 1998;30(2):113-116. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9494801/>
34. Rivera JA, Levine RB, Wright SM. Completing a Scholarly Project During Residency Training. *Journal of General Internal Medicine* [Internet]. 2005 Abr;20(4):366-369 [Accessed 24 may 2022]. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.04157.x>
35. Robyn L. Houlden, Jamila B. Raja, Christine P. Collier, Albert F. Clark & Jennifer M. Waugh. Medical students' perceptions of an undergraduate research elective. *Medical Teacher* [Internet]. 2004 Nov; 26(7): 659-661 [Accessed 24 may 2022]. Available from: <https://doi.org/10.1080/01421590400019542>
36. Sidone OJG, Haddad EA, Mena-Chalco JP. A ciência nas regiões brasileiras: evolução da produção e das redes de colaboração científica. *Transinformação* [Internet]. 2016 Jan-Abr;28(1):15-32 [acesso em 24 maio 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2318-08892016002800002>
37. Presidente da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional [Internet]. Brasília, DF; 1996. [acesso em 18 maio 2022]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19394.htm#:~:text=L9394&text=Estabelece%20as%20diretrizes%20e%20bases%20da%20educa%C3%A7%C3%A3o%20nacional.&text=Art.,civil%20e%20nas%20manifesta%C3%A7-%C3%B5es%20culturais
38. Brasil. Ministério das Relações Exteriores. Denominações das Instituições de Ensino Superior (IES). Brasília, DF [acesso em 10 maio 2022]. Disponível em: http://www.dce.mre.gov.br/nomenclatura_cursos.html

Planejamento das disciplinas pelo docente fisioterapeuta de uma instituição pública do estado de Goiás, Brasil

Subject planning by the physiotherapist professor of a public institution in the state of Goiás, Brazil

Luiz Henrique Leite Silva¹ 

Jessé Castelo Souza Santana¹ 

Clarice Fernandes Pimentel¹ 

Heliny Alves dos Santos¹ 

Hygor Willian de Oliveira¹ 

Tássio Moreira Peres¹ 

Franassis Barbosa de Oliveira² 

RESUMO

Objetivo: avaliar o planejamento das disciplinas dos docentes fisioterapeutas de uma instituição pública do estado de Goiás, Brasil.

Métodos: estudo transversal, descritivo, exploratório quantitativo. Os dados foram coletados por meio de questionário semiestruturado e enviado por e-mail.

Resultados: a amostra foi de 23 participantes. Os docentes possuem autonomia e planejam as disciplinas que lecionam. Existe interdisciplinaridade e a carga horária na visão dos professores é adequada. Os métodos de ensino, recursos didáticos e instrumentos de avaliação variam entre clássicos e tecnológicos, teóricos e práticos. Os professores relatam conhecimento do Projeto Político Pedagógico.

Conclusão: o perfil geral da atuação dos docentes indica que eles são os responsáveis pelo planejamento de sua disciplina e que o programa planejado é descentralizado, ou seja, variável e adaptado pelo docente a cada uma de suas turmas.

Palavras-chave: Ensino; Fisioterapia; Aulas; Planejamento; Cursos.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the planning of disciplines for physical therapist teachers at a public institution in the state of Goiás, Brazil.

Method: cross-sectional, descriptive, quantitative exploratory study. Data were collected through a semi-structured questionnaire and sent by email.

Results: the sample consisted of 23 participants. Teachers have autonomy and they plan the subjects taught by them. There is interdisciplinarity and the workload in the teacher's view is adequate. Teaching

¹Acadêmico do curso de Fisioterapia da Universidade Estadual de Goiás (UEG), UnU Goiânia – ESEFFEGO.

²Doutor em Ciências e Tecnologias em Saúde pela Universidade de Brasília (UnB). Docente nos Departamentos de Fisioterapia e Educação Física da Universidade Estadual de Goiás (UEG), UnU Goiânia – ESEFFEGO.

Autor correspondente:

Franassis Barbosa de Oliveira

E-mail: franassis_oliveira@yahoo.com.br

Recebido em 19/07/2021

Aprovado em 29/09/2022

methods, didactic resources and assessment instruments vary between classic and technological, theoretical and practical. Teachers report knowing of the Pedagogical Political Project.

Conclusion: the general profile of the professors' performance indicates that they are responsible for planning their discipline and that the planned program is decentralized, in other words, it is variable and adapted by the professor to each of their classes.

Keywords: Teaching; Physical Therapy; Lectures; Planning; Courses.

INTRODUÇÃO

O planejamento pedagógico se relaciona com a prática de conhecer a realidade dos discentes e dos docentes, relatando as suas necessidades. Assim, pode-se estabelecer metas e objetivos com o intuito de contribuir para o desenvolvimento educacional¹. O processo de planejamento pedagógico se constrói a partir de um objetivo geral que é norteador e deve ser avançado, com a relação das atividades de direcionamento ao aprendizado, e objetivos específicos com uma sequência lógica para essas atividades².

De acordo com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), de 1996, o planejamento pedagógico se assegura, pois nesta lei consta que todos os trabalhadores da educação de uma instituição de ensino, têm o direito de um tempo reservado para o planejamento pedagógico, que é de suma importância, pois seu objetivo é gerir o tempo, as pessoas, os materiais e o espaço³.

Em primeiro plano, professores que atuam há algum tempo, compartilham do conhecimento sobre o processo de planejamento de ensino e é comum que abranjam um leque de listas de conteúdo a serem ministrados, mas a eficácia em designar atividades para o ensino do mesmo conteúdo e os objetivos para o tema em estudo que possa produzir coesão entre as atividades propostas é uma incógnita, pois existem várias metodologias de ensino e não há um padrão⁴.

A Fisioterapia é uma ciência voltada à saúde e está relacionada aos distúrbios cinético-funcionais, o que inclui em seu estudo a identificação, a prevenção e o tratamento dessas disfunções. Nesse contexto, a Fisioterapia é fundamentada em ações

e mecanismos próprios, trabalhando com aspectos da biomecânica e funcionalidade corporal e esses fatores são pré-determinados no momento do planejamento pedagógico de ensino e atividades relacionadas ao curso⁵.

O desenvolvimento do ensino fisioterapêutico é diretamente influenciado por suas habilidades educacionais e até mesmo experiências práticas na sua área de atuação que estão ligadas ao aprendizado, ensino e métodos propostos no período de graduação. Indica-se que na graduação do fisioterapeuta, se estabelece preparação e sustentabilidade para suas futuras funções, devido à adequação ao ganho de competência técnica específica em cada disciplina que lhe é oferecida⁶.

O docente universitário vem como o mentor de aprendizagem com a tendência de realizar amplas redes de formas de ensino e conhecimento específico, correlacionando com sua função de docência, pesquisa e métodos de inovar a pedagogia aplicada à sua disciplina. Contudo este processo de aprimoramento do professor está ligado às bases de conhecimento que já existem, mas com novas perspectivas de situações inovadoras que vêm de acordo com novas tecnologias e seus saberes e vivências na profissão⁷.

O estudo se justifica pela possível identificação dos pontos fortes e fracos dentro do planejamento docente em fisioterapia, e pode auxiliar na criação de estratégias que visem a melhora da didática, redução dos possíveis pontos falhos de ensino e na facilitação da absorção de conteúdos pelos discentes, contribuindo para um processo de formação em fisioterapia mais homogêneo entre instituições e na aprendizagem ativa e efetiva dos alunos⁸.

Diante do supracitado, o presente estudo tem como principal objetivo avaliar o planejamento das disciplinas por parte dos docentes fisioterapeutas de uma instituição pública do estado de Goiás, Brasil.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, exploratório quantitativo. A coleta de dados foi realizada via e-mail onde foi utilizada a plataforma *Google Forms*. A lista de e-mails que foi utilizada para o recrutamento dos participantes desta pesquisa foi de uma instituição pública do estado de

Goiás, Brasil, professores do curso de Bacharel em Fisioterapia. O pedido de autorização de envio dos e-mails foi realizado em reunião de colegiado do curso, na qual um dos pesquisadores apresentou os objetivos da pesquisa e resultados esperados. O protocolo de pesquisa foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa vinculado ao Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (parecer consubstanciado número 3.947.882).

Primeiramente aplicou-se um questionário misto ao corpo docente, composto por perguntas objetivas e de múltipla escolha, com objetivo de compreender como é a atuação docente dentro da universidade, desde o planejamento, conteúdo programático, conhecimento de pré-requisitos e carga horária, métodos e ferramentas didáticas de ensino e métodos avaliativos, entre outras competências pedagógicas. O questionário foi elaborado pelos autores com finalidade exclusiva para esta pesquisa e foi previamente testado por meio de estudo piloto. As questões foram formuladas após leitura de artigos científicos sobre o tema e baseado em discussão entre especialistas. Os especialistas também participaram do parecer e ajustes para versão final do questionário enviados aos professores participantes. Os professores foram orientados previamente sobre a pesquisa durante uma reunião do colegiado do curso e os questionários foram enviados individualmente para que respondessem no período determinado. Os participantes que concordaram em participar da pesquisa preencheram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para análise dos dados, foi realizada a leitura dos instrumentos preenchidos pelos professores buscando uma compreensão global dando ênfase ao conteúdo e à lógica, já que a frequência de aparição pode ter um significado para o objetivo analítico estudado. No primeiro momento da análise foi realizada a leitura flutuante dos documentos, com a reunião e conferência dos dados coletados. A seguir foi feita a leitura longitudinal das respostas do questionário misto, identificando as características comuns ou que se relacionam entre si e, por fim, o tratamento dos resultados e sua interpretação com uma leitura transversal do material caracterizado. Os dados foram organizados no *Microsoft Office Excel*® 2016 e a análise quantitativa foi realizada por meio *IBM Statistical Package of Social Sciences (SPSS)*® versão 2.7, na qual foi realizado a análise descritiva das variáveis nominais, com frequência absoluta e relativa; e numéricas com média e desvio padrão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos questionários enviados (45 no total) ao corpo docente, foi obtida uma taxa de resposta de 51,1% o que corresponde uma amostra de 23 participantes com questionários preenchidos e elegíveis para análise de dados. Dentre os professores participantes, 62,2% (15) eram do sexo feminino enquanto 34,8% (8) do masculino. A média de idade dos participantes foi de 42,09±6,92 anos. As disciplinas ministradas variaram de específicas a estágios curriculares.

Percebe-se que os docentes de fisioterapia do sexo feminino são predominantes (dentre os professores do curso previamente consultado para envio do e-mail com convite de participação e entre os respondentes do estudo) mesmo com as diferentes áreas de formação entre os professores, isso pode ser explicado pelo alto número de ingressantes de graduação no curso de fisioterapia ser constituído por mulheres. Badaró e Guilhem⁹ trazem que a prevalência na graduação em fisioterapia quanto ao sexo é de 83% mulheres e a proporcionalidade encontrada entre elas e os homens foi de cinco para um, baseando-se em dados de 1980 a 2006. O mesmo está consonante com alguns estudos que afirmam que a fisioterapia é uma profissão predominantemente feminina, com um percentual de 70% a 80% de mulheres exercendo a profissão^{10,11}.

A prevalência dos profissionais de fisioterapia quanto ao gênero também pode variar a depender do tipo de especialização ou área de atuação. Driusso *et al.*¹² realizaram uma pesquisa com 51 docentes da disciplina de fisioterapia em saúde da mulher em 39 universidades públicas e os resultados mostraram que 96,1% do corpo docente é composto por mulheres jovens e apenas 3,9% por homens. Sousa e Santana¹³ trazem que a escolha da especialização do fisioterapeuta em saúde da mulher permeia um grande tabu e que isso acontece devido à baixa procura e ao preconceito estabelecido pela sociedade ao associar-se a ginecologia com profissionais do sexo masculino; e que essa especialidade exige do profissional uma mistura de atributos amadurecidos, que quando preciso, permita aos pacientes confiança aos detalhes íntimos e pessoais de sua vida.

Em contrapartida, Silva e colaboradores¹⁴ com objetivo de identificar o perfil do fisioterapeuta com atuação na área esportiva nas modalidades de futebol e voleibol no Brasil no que tange à sua

formação, detectaram pequena presença de mulheres como fisioterapeuta do esporte, em comparação com os fisioterapeutas homens (cerca de 89,1%). A presença feminina foi exclusivamente no voleibol, revelando um possível preconceito contra a participação de mulheres fisioterapeutas no futebol profissional. Com isso, percebe-se que a escolha da área profissional na pós-graduação influencia o perfil sociodemográfico do profissional fisioterapeuta.

Quanto ao planejamento da disciplina, objetivo central desse estudo, 60,9% (14) dos participantes responderam que esse é realizado pelo professor responsável pela disciplina, 30,4% (7) pelo conjunto de docentes que ministram a disciplina e 8,7% (2) são realizados de outras formas. Para o programa de conteúdos planejados, a maioria, ou 30,4% (7) relatou que é variável e adaptado pelo docente a cada turma, seguido de 17,4% (4) que dizem que é fixo, ou seja, o mesmo conteúdo quando oferecida a disciplina; 17,4% (4) também afirmaram variar e modificar apenas quando oferecida a disciplina; 13,0% (3) afirmaram que usam outros meios; e 8,7% (2) que é fixo para todas as turmas ou variável para cada docente.

Fenili, Correa e Barbosa¹⁵ dizem que a construção de um planejamento descentralizado faz parte de um processo de gestão, visando contribuir para mudanças significativas no desenvolvimento de atividades e políticas objetivadas.

Os resultados obtidos no questionário retratam que: 56,5% (13) dos programas planejados contém: “objetivos, conteúdo, metodologia, critérios de avaliação, recursos, cronograma, referências bibliográficas”; 13,0% (3) contém: “ementa, conteúdo programático, metodologia, critérios de avaliação”; e 30,4% (7) afirmaram que contém outros componentes, dentre esses, citaram principalmente associação das duas outras respostas, com pelo menos um acréscimo, geralmente a adição de “ementa” na primeira resposta. Santos e Pereira¹⁶ fazem referência em seu estudo às tentativas de padronização de currículo e da formação de professores e afirmam que de forma diferente do currículo mínimo – o qual define a mesma carga horária de disciplinas obrigatórias e até os mesmos nomes dos cursos – as diretrizes curriculares possibilitam a diversificação e aperfeiçoamento das propostas curriculares, sendo assim, não servem como mecanismo de padronização curricular.

Nesse viés, ao pensar nos componentes do programa, Hass e Nicida¹⁷ afirmam que o currículo,

às vezes, torna-se só uma lista que abrange aulas teóricas, práticas e estágios. Evidentemente, estes itens também fazem parte do currículo, mas não são o bastante. É necessário a construção de um projeto que ligue a instituição de ensino à atuação profissional. Oliveira¹⁸ diz que a elaboração de um currículo deve levar em conta, além do conhecimento já produzido na área, as condições de atuação do profissional perante a comunidade, por exemplo, analisar as novas práticas de educação e de tecnologia, levar em conta a necessidade dos alunos, estabelecer padrões de organização, definir metas e avaliar sempre o desempenho de sua aplicabilidade. Portanto, o perfil do profissional a ser formado estará de acordo com a realidade em que pretende atuar e ainda deve favorecer a pesquisa, pois os conhecimentos estão constantemente sendo modificados e atualizados.

Com referência aos objetivos do programa da disciplina, 95,7% (22) afirmaram que se baseiam em objetivos gerais e específicos e 4,3% (1) relataram que se baseiam apenas no objetivo geral. Quanto ao domínio dos objetivos da disciplina, 78,3% (18) dos professores responderam ter domínio cognitivo, 4,3% (1) afetivo, 4,3% (1) psicomotor, 4,3% (1) uma mistura de afetivo e psicomotor e 8,7% (2) não sabem ou não conhecem esses termos. Em relação ao conteúdo programático da disciplina, 87,0% (20) afirmaram que este é distribuído e explicado aos alunos e 13,3% (3) distribuem o conteúdo e apenas o apresenta.

Outrossim, os objetivos das disciplinas são apresentados na forma de objetivos gerais e específicos; majoritariamente de domínio cognitivo e o conteúdo programático é distribuído aos alunos. Os critérios utilizados para seleção do conteúdo programático são principalmente o exigido para exercício da atividade profissional e a sua aplicabilidade (significância para o aluno), o que confirma que processo de ensino-aprendizagem é interdependente da relação professor-aluno. Além disso, há a integração do conteúdo da disciplina à outras, muitos docentes afirmam que o conhecimento do aluno sobre o que aprendeu nas disciplinas básicas é essencial para essa integração interdisciplinar.

Hass e Nicida¹⁷ (p. 20) trazem que um “currículo bem estruturado equilibra as matérias científicas com as humanitárias, permeadas pela pesquisa. Em sua elaboração, é fundamental constar o projeto pedagógico da instituição, seus objetivos e formas de intervenção”.

A Tabela 1 traz os critérios utilizados na seleção do conteúdo programático das disciplinas dos professores, baseando-se em respostas múltiplas.

Hass e Nicida¹⁷ ainda afirmam que a investigação demonstra que o sucesso do processo ensino-aprendizagem depende do empenho dos sujeitos envolvidos. Assim, entre os deveres do professor estão o preparo técnico e científico para ministrar suas aulas, aperfeiçoamento contínuo, tratamento igualitário em relação aos alunos e justiça nas avaliações.

Em relação à presença da integração do conteúdo da disciplina ministrada com a de outras disciplinas, 91,3% (21) afirmaram que sim, existe esta agregação e 8,7% (2) afirmaram que não. Aos que responderam “sim”, algumas respostas detalham essa integração:

Nas aulas eu faço correlações com conteúdo e disciplinas já ministradas enfatizando a importância daqueles conhecimentos para a aplicação na disciplina atua (Docente A); Existem pré-requisitos de conteúdo, assim como interfiro nas capacidades e conhecimentos exigidos na sequência disciplinar do curso (Docente B); No estágio os alunos devem fazer a relação com as disciplinas anteriormente estudadas para realizar sua prática (Docente C); As disciplinas básicas na área da saúde permeiam as disciplinas vizinhas na matriz curricular, devendo o professor explicar a aderência e/ou sobreposição de conteúdos com diferentes abordagens entre disciplinas diversas (Docente D); Existe uma discussão pequena comum entre os professores das disciplinas do período, para que o mesmo eixo temático seja seguido e a compreensão e absorção dos conteúdos pelos alunos aumente (Docente E).

A integração entre disciplinas é importante para o alcance da integralidade das ações ao decorrer da

vida acadêmica e profissional, constituindo-se em uma experiência singular que visa potencializar a formação profissional¹⁹.

Para além, foi perguntado aos professores se a disciplina por eles ministradas é pré-requisito para outra e 65,2% (15) afirmam que sim e 34,8% (8) afirmam que não. No caso das respostas positivas foi questionado se os docentes conheciam os conteúdos da disciplina de pré-requisito e 78,3% (18) relataram que sim e 21,7% (5) disseram desconhecer.

O interesse dos docentes em relação ao conhecimento do conteúdo programático das disciplinas de pré-requisito está muito relacionado ao próprio fluxo do curso; logo, os conhecimentos adquiridos pelos professores estão interligados e refletidos na forma com que atuam na sala de aula e na participação da construção do currículo²⁰.

Em relação à oferta das disciplinas ministradas, 100% (23) relataram que são oferecidas semestralmente. O tempo médio em que ministram alguma disciplina na universidade (foi considerado o maior tempo para aqueles que ministram mais de uma disciplina) foi 13,62±7,89 anos.

Além disso, foi levantada a carga horária das disciplinas (considerando a disciplina ou estágio de maior carga horária) e a média de carga horária semestral é de 166,9±146,6 horas. Na configuração coletada, 8,7% (2) ministram disciplinas de 30 horas, 52,2% (12) disciplinas de 60 horas, 4,3% (1) disciplinas de 180 horas e 34,8% (8) disciplinas de 360 horas.

Em relação à opinião sobre carga horária, 78,3% (18) consideram a carga horária adequada, 17,4% (4) con-

Tabela 1

Frequência absoluta e relativa dos critérios para seleção do conteúdo programático (respostas múltiplas). Goiânia, GO, Brasil, 2020.

Critérios	n	Frequência relativa
Exigido para exercício da atividade profissional	20	87,0%
Atualidade	16	69,6%
Significativo para o aluno (aplicabilidade)	17	73,9%
Interesse da profissão	14	60,9%
Adequado ao nível de compreensão do aluno	14	60,9%
Conteúdo mais comum na bibliografia da área	7	30,4%
Conteúdo mais comum em outras universidades	4	17,4%

sideram a carga horária inadequada e 4,3% (1) ainda não fizeram essa avaliação. Apesar de os professores, na sua maioria, considerar a carga horária adequada, no estudo de Borges²¹ comparar a carga horária contida em 4 grupos de instituições, foi notada a discrepância existente entre as áreas do conhecimento dentro das matrizes. Nesse estudo²⁰ o bloco de conhecimentos fisioterapêuticos é predominante na matriz curricular de todas as instituições e varia de 41% a 56% da carga horária total dos cursos, seguido pelos conhecimentos biológicos e da saúde (18 a 29%) e conhecimentos profissionalizantes (21% a 23%). Os conhecimentos das áreas sociais e humanas variaram de 7 a 10% e de 4% a 14%, quando analisados os conhecimentos biotecnológicos.

Ademais, ao analisar a metodologia de ensino, a Tabela 2 traz os métodos de ensino que os professores utilizam com maior frequência e levando em consideração a possibilidade de múltiplas respostas.

A Tabela 3 apresenta os recursos (materiais) didáticos que os professores utilizam com maior frequência, baseando-se em respostas múltiplas.

O questionário indagou os docentes sobre os instrumentos de avaliação de aprendizagem utilizados com maior frequência. Nessa perspectiva, 30,4% (7) utilizam predominantemente a prova escrita, 8,7% (2) prova prática, 4,3% (1) trabalhos

Tabela 2

Frequência absoluta e relativa dos métodos de ensino mais utilizados pelos docentes (respostas múltiplas). Goiânia, GO, Brasil, 2020.

Métodos de ensino	n	Frequência relativa
Aula expositiva	20	87,0%
Seminários	20	87,0%
Aulas práticas e laboratório	12	52,2%
Aulas práticas de campo	4	17,4%
Aulas práticas de clínica	8	34,8%
Trabalho em grupo	15	65,2%
Discussão de casos	18	78,3%
Debate com a sala toda	13	56,5%
Estudo dirigido	12	52,2%
Instrução individualizada	7	30,4%
Outros	2	8,7%

Tabela 3

Frequência absoluta e relativa dos recursos didáticos mais utilizados pelos docentes. Goiânia, GO, Brasil, 2020.

Recursos didáticos	n	Frequência relativa
Projeter de slides	19	82,6%
Retroprojeter	2	8,7%
Filmes	4	17,4%
Vídeo de TV (televisão)	4	17,4%
Fotos, gravuras, cartazes	9	39,1%
Quadro negro	16	69,6%
Manequins	3	13,0%
Situações reais	16	69,6%
Outros	5	21,7%

escritos, 30,4% (7) observação do aluno em sala ou em estágio e 26,1% (6) outros meios.

A parte teórica da profissionalização requer questionamento de si, uso de autores e teorias como norteadores e inovadores. Na parte prática, tem-se o contato profissional, a teorização das práticas e a prática profissional. Os estágios curriculares devem objetivar a integração teoria-prática, portanto, devem ser exercitados desde o princípio do curso, em concomitância com a teoria. Para que o estágio seja efetivo, é necessário um planejamento que inclua metodologia e avaliação. O processo de avaliação não pode ser apenas classificatório, mas, formativo de habilidades, atitudes e conhecimentos¹⁷.

Em referência à frequência em que os docentes fazem a avaliação do aprendizado, 43,5% (10) fazem geralmente ao final da unidade ou tema, 21,7% (5) ao final da disciplina, e 34,8% (8) por outros meios, dentro desses citaram:

Bimestralmente (Docente B); Durante a abordagem de cada conteúdo e através do acompanhamento diário do aluno (Docente F); Os alunos são avaliados semanalmente, do início ao final da disciplina (Docente G).

Por fim, foi perguntado se conhecem o Projeto Político Pedagógico (PPP) da instituição onde lecionam, sendo assim, 91,3% (21) responderam que sim e 8,7% (2) negaram conhecer.

Hass e Nicida¹⁷ (2009) afirmam que cabe à instituição deixar claro, no Projeto Político Pedagógico, o que espera do cidadão que está formando, anunciando suas diretrizes sociais, políticas e econômicas, pois a formação de um profissional é, antes de tudo, a formação de um cidadão, que consiste em um ser solidário e responsável.

De acordo com o projeto pedagógico do curso de fisioterapia da instituição, propõe-se a utilização de metodologias ativas de ensino aprendizagem mescladas com métodos tradicionais, como aulas expositivas dialogadas, todavia, “sempre na perspectiva do pensamento crítico-reflexivo, avaliação formativa e somativa, formatação e competências e aprendizagem significativa”; estudos de casos, leituras e discussão em grupos; aulas práticas; seminários; avaliação de pacientes; produção científica e participação de ligas e projetos de extensão, entre outros²². Com base nos achados neste estudo, há uma concordância entre a metodologia de ensino encontradas com a do projeto pedagógico do curso, o que deixa claro a preocupação

quanto à uma formação profissional ampla e de qualidade dos estudantes.

A adição das metodologias ativas como estratégias de ensino não é algo novo e seu objetivo é incentivar os estudantes a terem uma aprendizagem mais autônoma e participativa, por meio de problematização e situações reais, estimulando iniciativa, proatividade e construção do conhecimento²³. O projeto do curso traz as aulas práticas e os estágios (observação aos de prática assistida) como uns dos principais meios de contato com a comunidade, visando ao desenvolvimento de habilidades em situações reais, como avaliação e tratamento de alterações cinético-funcionais até a comunicação terapeuta-paciente e com sua família, promovendo raciocínio clínico para resolução de problemas e uma aprendizagem significativa²².

CONCLUSÃO

O presente estudo teve como objetivo avaliar o planejamento das disciplinas por parte dos docentes fisioterapeutas de uma instituição pública goiana. Foi encontrada uma predominância de professores do sexo feminino, o que pode estar envolvido com o histórico da formação de fisioterapeutas durante a graduação e a área de atuação profissional dos docentes. O perfil geral da atuação dos docentes indica que eles são os responsáveis pelo planejamento de sua disciplina e que o programa planejado é descentralizado, ou seja, variável e adaptado pelo docente a cada uma de suas turmas.

A partir dos resultados deste estudo é possível perceber a heterogeneidade do planejamento das disciplinas em fisioterapia pelos docentes nessa instituição, a variação dos diversos pontos apresentados pode ser justificada pelas variantes de metodologias que podem ser empregadas de acordo com o projeto do curso na própria instituição, ou talvez pela facilidade ou dificuldade docente em planejar as aulas, a diversidade de metodologias empregadas, ou até mesmo, a presença ou ausência de formação teórica metodológica para compreensão, organização e execução do planejamento.

Mais estudos, principalmente interinstitucionais, se fazem necessários para comparação do planejamento entre cursos de fisioterapia em instituições públicas e/ou privadas, para verificar as divergências e congruências entre estas. Ainda, é fundamental avaliar a percepção dos alunos quanto a

essa variação de métodos de ensino entre as disciplinas no curso de fisioterapia e analisar a taxa de aproveitamento de ensino-aprendizagem.

REFERÊNCIAS

1. Hentges A, Antunes Mendes A, Souza Montagna A, Brenner de Moraes ML. O planejamento pedagógico: reflexões sobre a prática docente na formação inicial de professores. *Rev Thema* [Internet]. 2018;15(4):1531-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15536/thema.15.2018.1531-1537.1038>
2. Pacca JLA. O Profissional de Educação e o Significado do Planejamento Escolar: Problemas dos Programas de Atualização [Internet]. Vol. 14, *Revista Brasileira de Ensino de Física*. 1992. p. 39-42. Disponível em: <http://www.sbfisica.org.br/rbef/pdf/vol14a07.pdf>
3. Cury CRJ. Vinte Anos da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN) Twenty Years of the Brazilian Educational Law (LDBEN) Veinte años de la Ley de Directrices y Bases de la Educación Nacional (LDBEN). 1996;3-17.
4. Scarinci AL, Pacca JLA. O Planejamento Do Ensino Em Um Programa De Desenvolvimento Profissional Docente. *Educ em Rev*. 2015;31(2):253-79.
5. Brandenburg C, Barbosa A, Martins T. O Surgimento da Fisioterapia como Ciência. 2012; Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/24859/1/2012_eve_cbrandenburg.pdf
6. Furtado Junior JM, Domingues RJ de S, Normando VMF. As motivações na inserção de fisioterapeutas na docência e o desenvolvimento de habilidades e competências para ensinar. *Rev Prod Educ e Pesqui em Ensino* [Internet]. 2018;2(1):45-60. Disponível em: <http://seer.uenp.edu.br/index.php/reppe/article/view/1333>
7. Cruz GB da. A prática docente no contexto da sala de aula frente às reformas curriculares. *Educ em Rev*. 2007;(29):191-205.
8. Santos ML, Perin CSB. A importância do planejamento de ensino para o bom desempenho do professor em sala de aula. *Cadernos PDE* [Internet]. 2013, 1(1):1-24. Disponível em: <http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br>
9. Badaró AFV, Guilhem D. Perfil sociodemográfico e profissional de fisioterapeutas e origem das suas concepções sobre ética. *Fisioter em Mov* [Internet]. 2011;24(3):445-54. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-51502011000300009>
10. Edinson E, Altamiranda F. Artigo original Aspectos sociológicos da fisioterapia na saúde catarinense Sociological aspects of physical therapy in Santa Catarina health system. 2003;4(48):168-72. Disponível em: <https://doi.org/10.33233/fb.v4i3.3019>
11. Dibai Filho AV, Pontes JF, Nascimento MV, Gomes CAF de P, Rodrigues JE. Análise do perfil dos fisioterapeutas atuantes em unidades de terapia intensiva da cidade de Maceió/AL. *Fisioter Bras*. 2010;11(3):192-7.
12. Driusso P, Rett MT, Meirelles MCCC, Saldanha MES, Zanetti MRD, Ferreira CHJ. Perfil dos docentes e do conteúdo de disciplinas de Fisioterapia em Saúde da Mulher ministradas em Instituições de Ensino Superior (IES) públicas no Brasil. *Fisioter e Pesqui* [Internet]. 2017;24(2):211-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-2950/17495424022017>
13. Sousa DS, Santana LS. Diversidade De Gênero No Atendimento Fisioterápico Em Ginecologia E Obstetrícia : Um Tabu a Ser Quebrado. *Ciências Biológicas e Saúde Unit* [Internet]. 2020;6(1):57-73. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/7724/3867>

14. Silva AA, Bittencourt NFN, Mendonça LM, Tirado MG, Sampaio RF, Fonseca ST. Análise do perfil, funções e habilidades do fisioterapeuta com atuação na área esportiva nas modalidades de futebol e voleibol no Brasil. *Brazilian J Phys Ther* [Internet]. 2011;15(3):219–26. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-35552011000300008>
15. Fenili R, Gomes Correa CE, Barbosa L. Planejamento estratégico em saúde: ferramenta de gestão para o complexo de regulação em saúde. *Rev Eletronica Gestão Saúde* [Internet]. 2017;8(1):18. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5821299>
16. Castro Paixão Santos LL de, Diniz-Pereira JE. Tentativas de padronização do currículo e da formação de professores no Brasil. *Cad CEDES*. 2016;36(100):281-300.
17. Hass CM, Nicida DP. Projeto Pedagógico Interdisciplinar Na E Para a Formação Do Fisioterapeuta: Dialogando Com As Diretrizes Curriculares. *Rev Teor e Prática da Educ*. 2009;12(1):17-24.
18. Oliveira RM de. Currículo Escolar: Um Conjunto de Conhecimentos para a Concretização de Objetivos Educacionais. *Rev Científica Multidiscip Núcleo do Conhecimento* [Internet]. 2017;5(8):52-73. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/educacao/curriculo-escolar>
19. Gauer APM, Ferretti F, Teo CRPA, Ferraz L, Soares MCF. Ações de reorientação da formação profissional em fisioterapia: Enfoque sobre cenários de prática. *Interface Commun Heal Educ* [Internet]. 2018;22(65):565-76. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0852>
20. Araújo MV de, Barros D. Formação de professores, currículo e práticas pedagógicas no município de Aquiraz. *Rev Científica Multidiscip Núcleo do Conhecimento* [Internet]. 2019;6(5):56-201. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/pedagogia/praticas-pedagogicas>
21. Borges KP. Competências para formação do fisioterapeuta no âmbito das diretrizes curriculares e promoção da saúde TT – Competences for the formation of physiotherapists within curricular guidelines and health promotion. *Saude e pesqui* [Internet]. 2018;11(2):347-58. Disponível em: <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/6550%0Ahttp://fi-admin.bvsalud.org/document/view/gtb5z>
22. Universidade Estadual de Goiás (UEG). Projeto pedagógico do curso de fisioterapia. Goiânia-GO. 2016, 1(1): 1-204. Disponível em: <https://cdn.ueg.edu.br>
23. Diesel A, Baldez ALS, Martins SN. Os princípios das metodologias ativas de ensino: uma abordagem teórica. *Revista Thema* [Internet]. 2017, 14(1):268-288. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15536/thema.14.2017.268-288.404>

Satisfação e autonomia docente em instituição de ensino superior em enfermagem

Teacher satisfaction and autonomy in a higher education institution in nursing

Kátia Rodrigues Menezes¹
Maria Rita Carvalho Garbi Novaes²

¹Escola Superior de Ciências da Saúde.
Curso de Graduação em Enfermagem.
Mestranda pelo Programa de Pós
Graduação em Ciências da Saúde. Distrito
Federal – Brasília, Brasil.

²Escola Superior de Ciências da Saúde.
Programa de Pós-Graduação em Ciências
da Saúde. Distrito Federal – Brasília, Brasil.

Autor correspondente:

Kátia Rodrigues Menezes
E-mail: katiamezenezes@gmail.com

Recebido em 03/04/2021

Aprovado em 22/07/2022

RESUMO

Objetivo: analisar o grau de satisfação dos docentes de graduação em enfermagem de instituição pública, correlacionando autonomia e satisfação profissional.

Método: estudo descritivo, transversal, quantitativo, cujos dados passaram por estatística descritiva e testes paramétricos.

Resultados: participaram 77 docentes que demonstraram moderada satisfação global e maior satisfação no relacionamento com os alunos. Não houve relação estatística entre satisfação e as variáveis do estudo, mas a correlação entre autonomia e satisfação foi significativa.

Conclusão: o estudo apontou que a maior satisfação dos docentes está ligada aos fatores intrínsecos ao trabalho. A autonomia docente correlacionou-se positivamente à satisfação no trabalho, sendo apontada como uma influência para a satisfação dos docentes. A potencialização da autonomia pode contribuir sobremaneira para a satisfação no trabalho.

Palavras-chave: Satisfação no Emprego; Docentes de Enfermagem; Educação em Enfermagem; Educação Superior.

ABSTRACT

Objective: to analyze the degree of satisfaction of undergraduate nursing professors at a public institution, correlating autonomy and job satisfaction.

Method: descriptive, cross-sectional, quantitative study, whose data underwent descriptive statistics and parametric tests.

Results: 77 teachers participated who showed moderate global satisfaction and greater satisfaction in the relationship with students. There was no statistical relationship between satisfaction and the study variables,

but the correlation between autonomy and satisfaction was significant.

Conclusion: teacher autonomy was positively correlated with job satisfaction, being pointed as an influence on teachers' satisfaction. The empowerment of autonomy can greatly contribute to job satisfaction.

Keywords: Job Satisfaction; Nursing Teachers; Nursing Education; College Education.

INTRODUÇÃO

No Brasil, as Instituições de Ensino Superior (IES) que oferecem o Curso de Graduação em Enfermagem, ao formular seus currículos, seguem as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN)¹. Segundo tais diretrizes, o egresso deve tomar decisões fundamentadas cientificamente, ser apto a se comunicar com os diversos atores sociais, exercer liderança nos trabalhos em equipe, participando de ações gerenciais e também de educação permanente¹.

Diante do perfil do egresso requerido pelas DCN, da exigência de protagonismo do estudante no processo de ensino e aprendizagem e do papel do professor enquanto facilitador nesse processo¹, a atuação do docente vem sendo discutida. Essa atuação deve superar a transmissão de conhecimentos puramente técnico-científicos e atender à necessidade de formar profissionais comprometidos com a sociedade².

No exercício da docência, é necessário cumprir metas de produtividade, como realização de pesquisas, envolvimento com aspectos gerenciais das instituições e constante atualização profissional³. Neste contexto de multiplicidade de papéis e mudança de paradigma, é importante entender sobre as percepções do docente acerca de seu trabalho⁴ e como potencializar sua atuação. Assim, o investimento na formação docente se faz imprescindível, seja na formação inicial, seja como educação permanente e capacitações em geral, pois a formação pedagógica do docente influencia diretamente na qualidade do processo de ensino e aprendizagem⁴.

Para os docentes de enfermagem, o produto de seu trabalho não é concreto e o significado de seu processo de trabalho está atrelado à “ação de ensinar”, sempre considerando o cuidado⁶. Pela complexidade inerente à docência, vários fatores influenciam-na.

Um dos fatores que impactam a qualidade do desempenho docente é a satisfação no trabalho⁷, a qual indica uma relação entre a expectativa do profissional e a realidade vivenciada por este no trabalho^{4,8}. A satisfação no trabalho tem sido apontada como um fator que interfere no comprometimento do profissional para com as instituições, no seu nível de produtividade, em sua intenção de abandonar a carreira e até mesmo na saúde do docente^{2,9-11}.

Considerada como uma percepção subjetiva^{11,12} e um “fenômeno complexo”⁸, sabe-se, desde o século XX¹³, que a satisfação no trabalho se relaciona em diferentes graus com alguns aspectos, dos quais se destacam o trabalho em si¹⁴, o papel da liderança e políticas adotadas na instituição¹⁰, o relacionamento com os colegas, a sensação de reconhecimento, o salário, a autonomia docente¹⁵, entre outros, que reforçam a Teoria dos Dois Fatores, postulada por Frederick Herzberg e sua equipe em 1959¹³. Entender a questão da satisfação no trabalho do docente e suas relações pode contribuir para o estabelecimento de um ambiente que favoreça o comprometimento e o empoderamento do profissional, com consequente melhoria na qualidade do ensino em enfermagem.

Segundo a Teoria dos Dois Fatores¹³, a satisfação no trabalho gera atitudes positivas em relação ao trabalho, enquanto a insatisfação gera atitudes negativas. Esta teoria postula que existem dois grupos de fatores cuja existência interfere na percepção do trabalhador sobre sua satisfação: fatores intrínsecos e fatores extrínsecos ao trabalho¹³.

Os fatores intrínsecos giram em torno do trabalho em si, considerando realização, reconhecimento, responsabilidade e crescimento profissional, que são aspectos mais relacionados à satisfação¹³. Alguns autores também incluem nesta categoria a autonomia profissional vinculada à responsabilidade, uma vez que se associa a atuação autônoma com o aumento da satisfação no trabalho^{8,15}.

Os fatores extrínsecos estão associados ao contexto do trabalho, como as condições de trabalho, relações interpessoais, aspectos de gestão da empresa, questões de estabilidade no trabalho e o salário. Embora importantes no cotidiano dos trabalhadores, esses fatores não se relacionam com a satisfação e sim com a não satisfação ou até mesmo com a insatisfação no trabalho¹³.

Embora esteja mais ligada aos fatores extrínsecos, a questão salarial pode ser relacionada tam-

bém aos fatores intrínsecos, mesmo que em menor grau. Tal visão dependerá da percepção do trabalhador, ou seja, enquanto ganho monetário, o salário é encarado como fator extrínseco, mas se, na compreensão do indivíduo, o salário estiver vinculado ao reconhecimento de um trabalho bem feito, pode ser tido como um fator intrínseco¹³.

Arelados à percepção dos trabalhadores e independentes de fatores individuais, como idade e grau de instrução, esses fatores geram sentimentos para com o trabalho e a empresa. Os bons sentimentos em relação ao trabalho são mais penes, ou seja, perduram mais que os sentimentos ruins e afetam positivamente a atitude dos profissionais¹³. São as atitudes positivas as que potencializam a atuação dos profissionais enquanto as negativas causam a saída ou pelo menos o desejo de sair do emprego¹³.

Além de influenciar o desempenho profissional do indivíduo, há indícios de que os fatores intrínsecos e extrínsecos podem interferir nas relações interpessoais, tanto no ambiente de trabalho quanto na vida pessoal e são associados pelos trabalhadores a questões de saúde mental¹³.

Diante da importância de se entenderem os fatores que podem contribuir para a satisfação do docente e por consequência influenciar a formação de novos enfermeiros, partiu-se das seguintes questões norteadoras: Qual o grau de satisfação de docentes de enfermagem no exercício da docência? Quais os aspectos que representam maior e menor nível de satisfação para o docente? Qual a relação entre satisfação profissional de docentes de enfermagem e autonomia profissional?

Desta forma, o objetivo deste trabalho é analisar o grau de satisfação dos docentes do curso de graduação em enfermagem de uma instituição pública de ensino superior no Distrito Federal (DF), Brasil, correlacionando-se autonomia docente e satisfação no trabalho do docente de enfermagem.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa. Os participantes da pesquisa eram docentes do Curso de Enfermagem de uma IES Pública de Brasília, DF, Brasil. O curso foi criado em 2008 e adota Metodologias Ativas de Ensino e Aprendizagem, sendo a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) utilizada no Programa Educacional Dinâmica

Tutorial (DT), e a Metodologia da Problematização (MP) no Programa Educacional de Habilidades Profissionais em Enfermagem (HPE) e no Estágio Curricular Obrigatório (ECO)¹⁶.

O tamanho da amostra foi calculado através do *software* Epi InfoTM versão 7.2.0.1, de domínio público, disponível pelo endereço eletrônico: <http://www.cdc.gov/epiinfo/index.html>. Foi excluída uma (1) docente por ser uma das pesquisadoras. Inicialmente foi prevista amostra de 81 docentes para manter o nível de confiança de 99,9%, com frequência esperada de 50% e margem de erro de 5%. Entretanto, participaram da pesquisa 77 docentes, devido a ausências por licenças médicas durante o período de coleta de dados, alcançando nível de confiança de 99% e mantendo os demais parâmetros.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: atuar como docente do Curso de Graduação em Enfermagem, tanto em funções de gestão quanto em regência de turmas, na IES há pelo menos seis meses. Foram critérios de exclusão: exercer a docência no Curso de Graduação em Enfermagem há menos de seis meses na referida IES e/ou estar ausente no período da coleta de dados devido a férias ou licenças.

A coleta de dados ocorreu no período de outubro e novembro de 2017, por meio de três instrumentos semiestruturados aplicados no mesmo momento, pessoalmente, por uma das pesquisadoras.

Por meio de questões elaboradas pelas autoras, o primeiro questionário identificou o perfil de formação técnica e pedagógica dos docentes, sua experiência na docência e a esfera de atuação no curso de enfermagem, ou seja, se o profissional exerce funções gerenciais ou de docência propriamente dita.

O segundo instrumento envolveu uma pergunta aberta sobre o significado de autonomia na docência e questões tipo Likert (Escala de Autonomia Profissional do Professor – EAPP)¹⁷. Elaborada em língua portuguesa com seis gradações – nas quais 1 representa nenhuma autonomia e 6 total autonomia, indicando que quanto maior a média nos domínios da escala, maior autonomia –, esta escala foi adaptada da versão portuguesa, cuja autorização foi dada à equipe de pesquisa deste artigo por um dos autores¹⁷. Os fatores que compõem a EAPP são: autonomia na formação de turmas, suas condições e normas escolares; autonomia nas temáticas de ensino; autonomia na formação pro-

fissional; autonomia no ensino e na avaliação do rendimento escolar; e autonomia na mudança e no desenvolvimento curricular.

O Questionário de Satisfação no Trabalho para Professores (QSTP)¹⁸ compôs a coleta de dados e sua utilização foi autorizada por sua autora. Esse instrumento foi dividido em cinco momentos: o primeiro analisou a satisfação profissional global dos docentes por meio de quatro questões tipo Likert (de 1 a 4), variando de “concordo plenamente”, “concordo”, “discordo” a “discordo plenamente”; o segundo momento foi adaptado à realidade da IES em tela com aprovação da autora dada através de contato por *e-mail* e avaliou a satisfação através de fatores que interferem em sua ocorrência, cuja distribuição se deu em dimensões que afetam o trabalho docente. Essa avaliação se deu por meio de questões Likert (de 1 a 5), cujas respostas variavam de “satisfaz-me plenamente”, “satisfaz-me bastante”, “satisfaz-me”, “satisfaz-me pouco” e “não me satisfaz”.

Concernente às dimensões abordadas no instrumento, a dimensão *alunos* refere-se a questões ligadas ao trabalho com os alunos. A dimensão *sociopolítica* está vinculada ao reconhecimento social da profissão docente e às políticas que a influenciam. A dimensão *relações interpessoais/institucionais* trata da relação pessoal e profissional dos participantes, bem como de sua relação com a gestão da instituição, e a última dimensão trata da estabilidade e realização pessoal e refere-se às condições que se têm para a *atuação profissional e suas influências*.

No terceiro momento do QSTP, os profissionais apontaram os três fatores das dimensões da satisfação que traziam maior satisfação, enquanto no quarto momento se indicaram aqueles três que geravam menor satisfação.

O quinto e último momento do questionário constou de uma relação de doze sentimentos para que o docente expressasse os três experimentados com maior frequência durante as atividades laborais, além de espaço reservado para que o docente apontasse outros sentimentos que porventura não estivessem listados.

O *software* aplicativo estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0 foi usado para a análise dos dados cuja normalidade de distribuição foi comprovada pelo teste de Kolmogorov Smirnov. Realizou-se estatística descritiva com medidas de frequência e aplicou-se o

Test t-student para comparação da média de dois grupos em variáveis com duas categorias (sexo, tipo de graduação, tipo de especialização, experiência na IES, unidade que atua e função que exerce). Para comparar as médias entre três grupos em variáveis com três categorias (experiência total e faixa etária), utilizou-se a ANOVA. Todas as análises foram realizadas considerando-se o nível de significância igual a 5%.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), sob o número de CAEE: 71206017.6.0000.5553 e tendo como parecer de aprovação o protocolo número 2.270.660. Todos os indivíduos participaram da pesquisa de forma voluntária, assinaram o TCLE após receberem explicações por escrito e verbalmente sobre os objetivos. Também foi exposta a possibilidade de desistir de participar em qualquer etapa da pesquisa, sem qualquer ônus. Devido ao risco de constrangimento, cada participante, após preencher o questionário, entregou-o em um envelope pardo e sem identificação. Não houve nenhuma desistência ou sinalização de constrangimento durante ou posteriormente à coleta de dados.

RESULTADOS

Participaram do estudo 77 docentes com média de 41,5 anos de idade (DP = 8,6), sendo a maioria do sexo feminino (60%). Do total de docentes, todos eram pós-graduados, sendo 51,9% em nível de mestrado e doutorado. Os dados que caracterizam a amostra são apresentados na Tabela 1.

Concernente à satisfação global, os docentes apresentaram média de 2,86 (DP = 0,25). Todos os docentes (n = 77) referiram gostar da profissão docente, embora 11,7% (n = 9) não se sentissem, em geral, satisfeitos com o trabalho na área de ensino. Além disso, 62,3% (n = 48) relataram que, por vezes, se sentiam desanimados com a profissão docente; e 14,3% (n = 11) manifestaram a vontade de mudar de atividade ou deixar a atividade docente.

No tocante à satisfação total, que leva em consideração suas dimensões, os docentes expressaram média de 2,95 (DP = 0,44). A análise de cada dimensão da satisfação é demonstrada na Tabela 2, e apenas a dimensão *alunos* se destaca com média de 3,73 (DP = 0,56). Os itens que compõem o QSTP são apresentados na Tabela 3 e, como exposto na

Tabela 1

Dados sociodemográficos, de formação e de experiência na docência dos docentes do Curso de Graduação em Enfermagem (n = 77). Brasília, DF, Brasil, 2017.

Variáveis	% (N)	Variáveis	% (N)
Sexo		Tempo de experiência total na docência	
Masculino	22,1 (17)	Até 3 anos	27,3 (21)
Feminino	77,9 (60)	4 – 9 anos	35,1 (27)
Faixa etária		> 10 anos	36,4 (28)
< 35 anos	20,8 (16)	Sem informação	1,3 (1)
35 – 44 anos	35,1 (27)	Tempo de experiência na IES	
> 45 anos	32,5 (25)	Até 4 anos	50,6 (39)
Sem informação	11,7 (9)	> 5 anos	49,4 (38)
Área de formação		Programa Educacional em que o docente atua	
Enfermagem	97,4 (75)	DT	27,3 (21)
Psicologia	1,3 (1)	HPE e ECO	55,8 (43)
Fisioterapia	1,3 (1)	Sem informação	16,9 (13)
Nível de pós-graduação		Função que o docente exerce	
<i>Lato sensu</i>	48,1 (37)	Docente	88,3 (68)
<i>Stricto sensu</i>	51,9 (40)	Gestor	11,7 (9)
		TOTAL	100,0 (77)

Legenda: DT – dinâmica tutorial; HPE – Habilidades Profissionais em Enfermagem; ECO – Estágio Curricular Obrigatório.

Tabela 2

Estatísticas descritivas do instrumento aplicado Satisfação no Trabalho na percepção de docentes do Curso de Graduação em Enfermagem (n = 77). Brasília, DF, Brasil, 2017.

Dimensões	Média	Mediana	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	p-valor*
Alunos	3,73	3,75	0,56	2,25	5,00	0,116
Sociopolítica	2,39	2,50	0,59	1,33	3,67	0,108
Relações interpessoais / institucionais	2,86	2,83	0,51	1,67	3,67	0,086
Atuação profissional e suas influências	2,85	2,83	0,59	1,67	4,67	0,099

*p-valor do teste de normalidade de Kolmogorov Smirnov.

Tabela 3

Estatística descritiva dos itens que compõem o instrumento com as dimensões do Questionário de Satisfação no Trabalho para docentes do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília, DF, Brasil, 2017.

Itens que compõem as dimensões do QSTP	n	Média	Mediana	Desvio padrão
Dimensão Alunos				
Trabalho direto com os estudantes	77	4,31	4,00	0,71
Atenção/interesse dos estudantes nas aulas	77	3,36	3,00	0,87
Relação com os estudantes	77	4,05	4,00	0,69
Comportamento/disciplina dos estudantes na sala de aula/cenário de aprendizagem	76	3,21	3,00	0,79
Dimensão Sociopolítica				
Normas que regem a atividade docente	77	2,69	3,00	0,86
Salário de docente	77	2,22	2,00	0,93
Processos para a progressão na carreira docente	77	1,73	2,00	0,87
Reconhecimento social como docente	77	2,90	3,00	1,00
Duração do(s) período(s) de suas férias	76	2,49	2,00	1,14
Tempo disponível para família/amigos	75	2,33	2,00	1,02
Dimensão Relações interpessoais/institucionais				
Relações com outros docentes	77	3,71	4,00	0,78
Autonomia na implementação de programas / na realização de suas atividades como docente	77	2,74	3,00	0,95
Relações pessoais com outros docentes	77	3,55	4,00	0,88
Apoio da gestão da instituição na resolução de problemas com estudantes	77	2,64	3,00	0,92
Flexibilidade do horário de trabalho	76	2,17	2,00	0,87
Relação com os órgãos diretivos da instituição	76	2,39	2,50	0,90
Dimensão Atuação profissional e suas influências				
Grau de realização pessoal	77	3,96	4,00	0,82
Condições materiais no local de trabalho	77	2,00	2,00	0,87
Responsabilidade exigida dos docentes	76	2,76	3,00	0,92
Quantidade de trabalho como docente	77	2,70	3,00	0,88
Desafios existentes nesta profissão de Docente de Enfermagem	77	3,18	3,00	0,90
Estabilidade no trabalho como docente	76	2,50	3,00	1,00

Tabela 4, não houve relação estatisticamente significativa entre as dimensões da satisfação com nenhuma variável deste estudo.

Outra análise realizada por meio do QSTP diz respeito à indicação dos docentes sobre uma classificação dos itens que o compõem no sentido de

Tabela 4

Relação entre as médias dos fatores do Questionário de Satisfação no Trabalho para Professores e variáveis quantitativas sobre os docentes do Curso de Graduação em Enfermagem (n = 77). Brasília, DF, Brasil, 2017.

Variáveis	Dimensões da satisfação segundo o questionário de Satisfação no Trabalho para Professores							
	Alunos		Sociopolítica		Relações interpessoais/ Institucionais		Atuação profissional e suas influências	
	M	p-valor	M	p-valor	M	p-valor	M	p-valor
Sexo								
Masculino	3,88	0,213*	2,46	0,583*	3,03	0,132*	3,05	0,115*
Feminino	3,69		2,37		2,82		2,79	
Idade								
Menor de 35 anos	3,78	0,772**	2,33	0,595**	2,97	0,588**	2,94	0,334**
De 35 a 44 anos	3,66		2,33		2,81		2,70	
45 anos ou mais	3,72		2,49		2,92		2,92	
Área de formação								
Enfermagem	3,72	0,317*	2,39	0,892*	2,87	0,806*	2,86	0,518*
Outra área de formação	4,13		2,33		2,58		2,58	
Nível de pós-graduação								
<i>Latu Sensu</i>	3,70	0,654*	2,46	0,329*	2,96	0,101*	2,89	0,601*
<i>Strictu Sensu</i>	3,76		2,33		2,77		2,82	
Tempo de experiência na docência em graduação								
Até 3 anos	3,64	0,691**	2,26	0,420**	2,79	0,724**	2,83	0,355**
4 a 9 anos	3,73		2,49		2,86		2,73	
10 anos ou mais	3,78		2,36		2,91		2,96	
Tempo de experiência na IES								
Menor que 5 anos	3,67	0,296*	2,38	0,873*	2,88	0,845*	2,80	0,439*
5 anos ou mais	3,80		2,40		2,85		2,90	
Função que ocupa no curso								
Docente	3,73	0,953*	2,39	0,927*	2,82	0,058*	2,84	0,613*
Gestor	3,72		2,41		3,17		2,94	
Programa Educacional onde o docente atua								
DT	3,79	0,428*	2,26	0,314*	2,78	0,780*	2,80	0,996*
HPE ou ECO	3,66		2,42		2,82		2,80	

*p-valor do teste t-student; **p-valor do teste F

ordenar os três mais importantes para o menor ou maior grau de satisfação dos participantes. Este aspecto da avaliação demonstrou que o “trabalho direto com os estudantes” ocupa o ponto de maior satisfação para 35% (n = 27) dos entrevistados, seguido por “relação com os estudantes” com 26% (n = 20), e “grau de realização pessoal” com 20,8% (n = 16). Os fatores indicados com menor satisfação foram ordenados pelos docentes da seguinte forma: o item que trazia menor satisfação era “condições materiais no local de trabalho” para 24,7% dos docentes (n = 19), seguido por “processos para a progressão na carreira docente” para 20,78% deles (n = 16), sendo o terceiro lugar ocupado pelos itens “salário de docente” e “relação com os órgãos diretivos da instituição”, ambos indicados por 9,1% dos docentes (n = 7).

Os docentes indicaram, a partir de uma lista, três sentimentos que eles experimentavam no exercício da docência. Na lista, havia sentimentos negativos e positivos em relação ao exercício da docência e como sentimentos positivos foram indicados a satisfação (n = 32; 41,5%), a realização (n = 29; 37,6%) e o entusiasmo (n = 19; 24,6%). Os sentimentos negativos expressados foram: preocupação (n = 42; 54,5%), ansiedade (n = 24; 31,1%) e desânimo (n = 21; 27,2%). Dos sentimentos indicados pelos docentes e que não compunham a lista pré-definida, destaca-se o cansaço, apontado por 5,2% dos docentes (n = 4).

A Tabela 5 apresenta a correlação entre satisfação no trabalho do docente e a autonomia docente. Ambos os instrumentos utilizados neste estudo avaliaram os conceitos aqui expostos a partir de dimensões e fatores respectivamente, uma vez que são considerados como multidimensionais na literatura.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo apontam moderada satisfação dos docentes da instituição pesquisada, sem significância estatística. Resultados semelhantes no tocante ao grau de satisfação foram observados por Altuntas¹¹ e Owen *et al.*¹⁰, embora não tenham utilizado o mesmo instrumento de coleta de dados. Os dados do presente estudo diferem dos achados de outras pesquisas^{7,10}, nas quais a satisfação no geral estava maior, inclusive em estudo brasileiro¹⁹ que aplicou o mesmo questionário desta pesquisa. Entretanto, houve concordância de que o salário se configura como um fator que prejudica a satisfação.

Corroborando a Teoria dos Dois Fatores¹³, os docentes apresentaram maiores médias nos quesitos que refletem o trabalho em si, com a dimensão *alunos* expressando a maior média (Tabela 2). Analisando os itens que compõem o instrumento utilizado (Tabela 3), observa-se que o contato com os estudantes representa maior satisfação, refor-

Tabela 5

Correlação entre os fatores da autonomia docente e as dimensões da satisfação de docentes do Curso de Graduação em Enfermagem (n = 77). Brasília, DF, Brasil, 2017.

Dimensões da Satisfação segundo o QSTP	Fatores da autonomia docente segundo a EAPP									
	Formação de turmas		Temáticas de ensino		Formação profissional		Ensino e na avaliação do rendimento escolar		Mudança e desenvolvimento curricular	
	corr	p-valor	corr	p-valor	corr	p-valor	corr	p-valor	corr	p-valor
Alunos	0,104	0,367	0,222	0,054	0,343	<0,001	0,212	0,064	0,205	0,074
Sociopolítica	0,115	0,318	0,245	0,033	0,487	<0,001	0,160	0,164	0,027	0,817
Relações interpessoais / Institucionais	0,205	0,074	0,363	0,001	0,567	<0,001	0,310	0,006	0,168	0,145
Atuação profissional e suas influências	0,215	0,061	0,284	0,013	0,537	<0,001	0,243	0,033	0,182	0,114

Legenda: corr = correlação de Pearson.

cando a ideia de que o educador encontra satisfação na prática docente^{4,19,20} junto aos estudantes e que esse convívio é benéfico ao profissional^{4,6}. O contato com os estudantes revitaliza e ao mesmo tempo desafia o docente, impulsionando seu desenvolvimento enquanto profissional e, conseqüentemente, seu desempenho.

Outro ponto que demonstrou média alta nesta pesquisa foi a relação com outros docentes (Tabela 3) em consonância com outra pesquisa na qual esta questão se fez relevante não só para a satisfação como também para a identidade profissional⁶. A profissão docente exige uma propensão a relacionar-se com o outro; e a relação com outros docentes e conseqüentes trocas de experiências podem contribuir não só para a satisfação, mas também para o fortalecimento da identidade profissional dos docentes de enfermagem.

A média alta obtida no grau de realização pessoal, neste estudo (Tabela 3), reforça a importância dos fatores intrínsecos para a satisfação no trabalho¹³. Apesar dessa indicação, os docentes apresentaram média moderada na dimensão à qual este item pertence (*atuação profissional e suas influências*), que inclui também questões que fazem parte dos fatores extrínsecos, conforme a Teoria dos Dois Fatores¹³.

Evidenciando média moderada, a dimensão *relações interpessoais/institucionais* envolve questão sobre autonomia, relação com outros docentes e questões gerenciais, como a relação com os órgãos diretivos da instituição e o apoio dado pela gestão na resolução de problemas com estudantes. Entre esses aspectos, os que atingiram menores médias, conforme a Tabela 3, foram a flexibilidade do horário de trabalho e a relação com os órgãos diretivos da instituição. Os aspectos gerenciais são considerados como fatores extrínsecos na Teoria dos Dois Fatores¹³; e em pesquisa nos Estados Unidos da América¹⁵, foi detectada insatisfação na relação entre docentes e administradores.

Os dados desta pesquisa evidenciaram que as menores médias de satisfação giram em torno dos fatores extrínsecos, como salário, condições materiais de trabalho e aspectos gerenciais (Tabela 3). Tais fatores têm sido relacionados na literatura como responsáveis pela saída dos profissionais dos seus trabalhos^{13,15} e demandam das instituições o esforço por novas políticas gerenciais.

A literatura aponta a autonomia como um fator importante para a satisfação no trabalho^{7,8}; e por

entender estes dois conceitos como multidimensionais, nesta pesquisa a correlação entre eles não é analisada de forma global. Neste sentido, a única correlação estatisticamente significativa entre todas as dimensões dos dois conceitos só aconteceu ao analisarmos as dimensões da satisfação com o fator *formação profissional da autonomia* (Tabela 5), indicando que quanto mais o docente se referia como autônomo para escolher os graus de sua formação, mais satisfação eles teriam. Este fato é dicotômico, pois não houve relação estatisticamente significativa entre o nível de pós-graduação e as dimensões da satisfação (Tabela 4). Mesmo sem apresentar diferenças estatisticamente significativas na relação entre satisfação e os graus de formação dos docentes nesta pesquisa, acredita-se que o investimento na formação profissional contribua para o aumento da satisfação, influenciado também pelo reforço da identidade profissional.

No presente estudo, os dados também revelaram que quanto mais autônomo o docente se sentia nas questões sobre escolha das temáticas de ensino, mais satisfeito ele se encontrava nas dimensões *sociopolítica, relações interpessoais e institucionais* e também na *atuação profissional e suas influências* (Tabela 5). Há correlação também entre a autonomia no tocante ao ensino e na avaliação do rendimento escolar e as relações interpessoais/institucionais e atuação profissional e suas influências, indicando que esta autonomia mais voltada para aspectos pedagógicos interfere na satisfação do docente em relação às relações profissionais, bem como nos aspectos ligados à estabilidade e realização pessoal.

Ao ordenar os itens do QSTP, os docentes apontaram como geradores de maior satisfação os fatores intrínsecos da satisfação. Eles estão ligados ao trabalho em si, quando destacam o contato e o relacionamento com os estudantes, o que reforça a importância dada por este grupo às questões pedagógicas e à relação dialógica, a exemplo de outros estudos²⁰. Além disso, o grupo também indicou o grau de realização como o terceiro item que lhes trazia maior satisfação. A realização é apontada¹³ como um fator importante na satisfação e, uma vez reforçada, pode contribuir para que o profissional permaneça na carreira.

Os itens apontados como responsáveis por menor satisfação relacionam-se aos fatores extrínsecos e reforçam a Teoria dos Dois Fatores¹³ como uma teoria válida na atualidade. Ainda sobre tais indicações, é preciso repensar as estratégias gerenciais a fim de contribuir para a satisfação docente.

A avaliação do percentual dos sentimentos apontados pelos docentes enfatiza a moderada satisfação apresentada pelo grupo pesquisado. Apesar do sentimento mais registrado ser a preocupação, a frequência dos demais sentimentos pode indicar certo equilíbrio. Ou seja, ao mesmo tempo em que sentem satisfação, realização e entusiasmo no exercício da docência, por exemplo, os docentes destacam sentimentos negativos como preocupação, ansiedade e desânimo. Esse equilíbrio pode contribuir na permanência dos docentes na profissão e justificar o fato de todos os docentes terem referido gostar da profissão.

Uma das limitações deste estudo é a escassez de estudos nacionais sobre satisfação docente e estudos que tenham aplicado o mesmo instrumento de coleta de dados. Além disso, o tamanho da amostra e o local ser restrito a uma instituição também são fatores limitantes, apesar da amostra representar quase a totalidade do universo de docentes da instituição estudada.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa analisou o grau de satisfação dos docentes do curso de graduação em enfermagem e verificou a relação entre autonomia docente e satisfação no trabalho. A moderada satisfação encontrada remete à importância que os docentes dão aos fatores intrínsecos ao trabalho, ao mesmo tempo que indica a necessidade de melhoria dos aspectos gerenciais a fim de aumentar a satisfação no contexto do trabalho.

A identidade profissional pode ser construída ao longo do exercício profissional, podendo influenciar a satisfação e neste sentido, esperava-

se que variáveis como grau de formação e tempo de experiência na docência estivessem diretamente relacionados à satisfação. Entretanto, no grupo pesquisado, não houve tal relação, o que causou surpresa e indicou que a autonomia é mais importante do que propriamente o tempo em que os profissionais atuam na docência ou o grau de sua formação.

A autonomia profissional correlacionou-se positivamente com a satisfação, e quanto mais os docentes se sentiam autônomos nos fatores relacionados à autonomia, maior a satisfação. Como possíveis consequências desta correlação, pode-se inferir a permanência do profissional na carreira, mas talvez o mais importante seja o exercício da docência sem que esta seja percebida como lesiva à saúde do trabalhador, gerando prazer e realização. Investir na potencialização da autonomia pode contribuir sobremaneira para a satisfação no trabalho.

Uma vez trabalhando satisfeito e com autonomia, o docente terá ferramentas para corresponder ao papel de facilitador de uma aprendizagem significativa, em que o egresso seja estimulado a atuar com competência técnica e calcado em preceitos de humanização. Neste sentido, é importante que os gestores das instituições de ensino ampliem a discussão sobre fatores que geram satisfação e insatisfação entre os docentes, a fim de melhorar o clima organizacional e impulsionar o comprometimento dos docentes nas discussões e decisões tomadas, tornando a gestão mais participativa.

Ademais, é importante que sejam feitos estudos que se aprofundem nos fatores que interferem na satisfação para subsidiar estratégias efetivas e eficazes que possam garantir a melhoria da satisfação e suas consequências para a formação de novos enfermeiros.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Câmara de Ensino Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001 [Internet]. Brasília, DF; 2001 [acesso em 2019 abr 14]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>
2. Alexandre KCRS, Werneck AL, Chainça E, Cesarino CB. Docência em cursos superiores de enfermagem: formação e práticas pedagógicas. Rev Baiana Enferm [Internet]. 2018 [acesso em 2019 abr 14];32:e24975. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v32.24975>
3. Lee P, Miller MT, Kippenbrock TA, Rosen C, Emory J. College nursing faculty job satisfaction and retention: a national perspective. J Prof Nurs [Internet]. 2017 [accessed 2019 Apr 14];33(4):261-66. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2017.01.001>

4. Ferreira EM, Tanaka LH, Friedländer MR. Satisfação profissional do enfermeiro professor de enfermagem: um estudo qualitativo. *Servir*. 2009;57(1-2):20-7.
5. Menezes KR, Novaes MRCG. Formação pedagógica de professores de graduação em enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Com Cienc Saude* [Internet]. 2019 [acesso em 2019 abr 14];29(4). Disponível em: <http://www.escs.edu.br/revistaccs/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/336>
6. Lemos MC, Passos JP. Satisfação e frustração no desempenho do trabalho docente em enfermagem. *REME* [Internet]. 2012 [acesso em 2019 abr 14];16(1):48-55. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/S1415-27622012000100007>
7. Bittner NP, O'Connor M. Focus on retention: Identifying barriers to nurse faculty satisfaction. *Nurs Educ Perspect* [Internet]. 2012 [accessed 2019 Apr 14];33(4):251-4. Available from: https://journals.lww.com/neponline/Abstract/2012/07000/FOCUS_on_RETENTION_Identifying_Barriers_to_Nurse.8.aspx
8. Gui L, Barriball KL, While AE. Job satisfaction of nurses' teachers: a literature review. Part I: measurement, levels and components. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2009 [accessed 2019 Apr 14];29(5):469-76. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2008.11.002>
9. Timalcina R, Sarala KC, Rai N, Chhantyal A. Predictors of organizational commitment among university nursing Faculty of Kathmandu Valley, Nepal. *BMC Nurs* [Internet]. 2018 [accessed 2019 Apr 14];17(30). Available from: <https://doi.org/10.1186/s12912-018-0298-7>
10. Owen DC, Boswell C, Opton L, Franco L, Meriwether C. Engagement, empowerment, and job satisfaction before implementing an academic model of shared governance. *Appl Nurs Res* [Internet]. 2018 [accessed 2019 Apr 14];41:29-35. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.02.001>
11. Altuntaş S. Factors affecting the job satisfaction levels and quit intentions of academic nurses. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2014 [accessed 2019 Apr 14];34(4):513-9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.07.002>
12. Arian M, Soleimani M, Oghazian MB. Job satisfaction and the factors affecting satisfaction in nursing educators: a systematic review. *J Prof Nurs* [Internet]. 2018 [accessed 2019 Apr 14];34(5):389-99. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2018.07.004>
13. Herzberg F, Mausner B, Snyderman BB. *The motivation to work*. New Brunswick (NJ): Transaction; 2017.
14. Woodworth JA. Predictive factors impacting intent-to-stay teaching for associate degree adjunct clinical nurse faculty. *Teach. Learn. Nurs* [Internet]. 2016 [accessed 2019 Apr 14];11(4):147-51. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.teln.2016.06.006>
15. Thies KM, Serratt T. Evaluating Association Degree Nursing Faculty Job Satisfaction. *Teach Learn Nurse* [Internet]. 2018 [accessed 2019 Apr 14];13(2):71-4. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.teln.2017.12.008>
16. Distrito Federal (BR). Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS). Projeto pedagógico do curso de graduação em enfermagem da ESCS [Internet]. Brasília (DF): Fepecs; 2018 [acesso em 2019 abr 14]. Disponível em: http://www.escs.edu.br/arquivos/PPC_2018.pdf
17. Veiga FH, Roque P, Guerra TM, Fernandes L, Antunes J. Escala de avaliação da autonomia profissional dos professores: elaboração e validação [Internet]. *Proceedings of the 7 Congresso Galaico-Português de Psicopedagogia*; 2003 set 24-26; Universidade do Minho, Universidade da Corunha. Corunha: Universidade da Corunha; 2003 [acesso em 2019 abr 14]. p. 1009-1017. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/4676>

18. Pedro N, Peixoto F. A satisfação profissional e auto-estima dos professores. *Anal Psicol* [Internet]. 2006 [acesso em 2019 abr 14];2(24):247-62. Disponível em: <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/view/167/pdf>
19. Ferreira EM. Satisfação profissional do enfermeiro docente no ensino superior de enfermagem [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2010. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7140/tde-01072010-132503/es.php>
20. Duarte CG, Lunardi VL, Barlem ELD. Satisfação e sofrimento no trabalho do enfermeiro docente: uma revisão integrativa. *REME* [Internet]. 2016 [acesso em 2019 abr 14];20: e939. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20160009>

Perdas dentárias e fatores associados em população idosa negra: protocolo de revisão de escopo

Tooth losses and associated factors in black elderly population: scope review protocol

Lairds Rodrigues dos Santos¹
Cláudia Maria Coelho Alves^{1,2}

¹Programa de Pós-graduação em Odontologia, Discente de Doutorado, Universidade Federal do Maranhão (UFMA), São Luís, Maranhão, Brasil.

²Programa de Pós-graduação em Odontologia, Docente da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), São Luís, Maranhão, Brasil.

Autor correspondente:

Lairds Rodrigues dos Santos
E-mail: lairds_odonto@yahoo.com.br

Recebido em 08/05/2022

Aprovado em 12/07/2022

RESUMO

Introdução: há evidências de que os negros apresentam uma saúde bucal precária em relação a outros grupos raciais, mas pouco se sabe sobre fatores contextuais, sociais, individuais e de saúde bucal envolvidos.

Objetivo: apresentar um protocolo para elaboração de revisão de escopo sobre os fatores associados às perdas dentárias na população idosa negra.

Métodos: estratégia de busca em três etapas. Pesquisa no MEDLINE (PubMed), LILACS, SciELO, Scopus e Google Scholar, Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações. Estudos em inglês, espanhol e português serão incluídos. Dados extraídos serão apresentados em forma de fluxograma, gráficos e tabelas com informações sobre população, conceito, contexto e resultados ou descobertas relevantes para a pergunta da revisão. Critérios de inclusão: estudos com pacientes idosos, 60 anos ou mais, de ambos os sexos, e raça negra, preto-parda ou afro-americana como subgrupo étnico/racial. Serão considerados estudos quantitativos e qualitativos, teses, textos, relatórios e estudos sem limite de data.

Palavras-chave: Assistência Odontológica para Idosos; Negros; Perda de Dente.

ABSTRACT

Introduction: there is evidence that black people have poor oral health compared to other racial groups, but little is known about social, individual and oral health contextual factors involved.

Objective: to present a protocol for the elaboration of a scoping review on the factors associated with tooth loss in the black elderly population.

Methods: three-step search strategy. Search in MEDLINE (PubMed), LILACS, SciELO, Scopus and Google Scholar, Brazilian Digital Library

of Theses and Dissertations. Studies in English, Spanish and Portuguese will be included. Extracted data will be presented in the form of a flowchart, graphs and tables with information on population, concept, context and results or findings relevant to the review question. Inclusion criteria: studies with elderly patients, 60 years of age or older, of both sexes, and that contain the black, black-brown or African-American race as an ethnic/racial subgroup. Quantitative and qualitative studies, theses, texts, reports and studies with no date limit will be considered.

Keywords: Dental Care for Aged; Blacks; Tooth Loss.

INTRODUÇÃO

A perda dentária é um marcador de saúde buco-epidemiológico muito robusto¹, sendo a cárie e a periodontite doenças bucais mais comuns para a principal causa desse desfecho²⁻³. Esta variável epidemiológica é também um dos indicadores mais importantes do estado de saúde bucal em idosos, pois, reflete os efeitos cumulativos ao longo da vida de fatores sociais e estado de saúde⁴. Países como os Estados Unidos e o Brasil apresentam, respectivamente, uma prevalência de perda dentária de 59,8% e 91,9% em indivíduos ≥ 65 anos⁵⁻⁶.

Acredita-se que a perda dentária seja o efeito colateral da complexa conexão de variáveis, em que a cárie e/ou doença periodontal possam ser apenas os componentes de ativação, em vez do único fator causador⁷. Estudos anteriores encontraram associações entre perda dentária em idosos e condições socioeconômicas, demográficas, dieta e nutrição^{4,8-9}. Contudo, quando perdas dentárias são avaliadas entre os diversos grupos raciais as disparidades de saúde bucal mostram-se persistentes em indivíduos idosos negros¹⁰⁻¹¹.

Há evidências de que os negros apresentam uma saúde bucal precária em relação a outros grupos raciais. No entanto, pouco se sabe sobre os fatores contextuais sociais, individuais e de saúde bucal, em longo prazo, que podem estar envolvidos neste aspecto¹². Estudos que explorem o contexto de que as desigualdades étnicas possam influenciar na perda dentária entre os idosos são escassos. São limitadas, ainda, as evidências sobre o conhecimento dos fatores que contribuem para a perda dentária em população idosa negra. Após busca preliminar no PROSPERO, MEDLINE

(Pubmed), Banco de dados Cochrane de Revisões Sistemáticas e o Banco de dados JBI de Revisões Sistemáticas e Relatórios de Implementação, verificou-se que não existem revisões sistemáticas, nem revisões de escopo sobre o tema.

Com o propósito de conhecer e sistematizar o conhecimento sobre a saúde bucal da população idosa negra optou-se por elaborar uma revisão de escopo. Neste sentido, conforme recomendado pelo Guidelines metodológico do Instituto Joanna Briggs (JBI), a primeira etapa da revisão de escopo consiste na elaboração do protocolo. A construção deste protocolo foi realizada antes do início da condução da revisão propriamente dita, visando reduzir vieses na estratégia de recuperação e triagem de referências, tornando o processo consistente e homogêneo entre os revisores, bem como, garantindo rigor técnico e permitindo reprodutibilidade das etapas utilizadas¹³⁻¹⁴. Com base nessas considerações, objetivou-se através do protocolo, apresentar e descrever a estrutura das etapas pré-planejadas que norteará a elaboração da futura revisão de escopo.

MÉTODOS

Pergunta da Revisão

Quais os fatores que podem estar associados às perdas dentárias na população idosa negra?

População

Esta revisão deverá considerar estudos que incluam população idosa, com mais de 60 anos¹⁵, de ambos os sexos, negras e de qualquer país de origem. Para estudos nacionais a característica raça/cor é considerada com base na autodeclaração do indivíduo, sendo possíveis as seguintes classificações: amarelo, branco, indígena, negro e pardo¹⁶. A cor de pele é uma forma de classificação da raça utilizada no Brasil, ao juntar pardos e pretos têm-se a raça negra, ao ser usado separadamente tem-se cor da pele. O Estatuto da Igualdade Racial reafirma a população negra como o conjunto de pessoas que se autodeclaram pretas e pardas¹⁷. Para estudos americanos é utilizada denominação raça/etnia com base na ancestralidade do indivíduo¹⁸, os termos usados são: branco não hispânico, hispânico (identificação cultural) pode incluir pessoas de qualquer raça: negra, não hispânica e outros (chinês, vietnamitas, nativo ame-

ricanos, esquimós, outros). Serão incluídos estudos com os diversos tipos de subgrupos raciais desde que incluam o subgrupo preto e/ou pardo ou negro ou afro-americano.

Conceito

Serão considerados fatores associados às perdas dentárias os preditores de interesse que explicam a perda dentária na população idosa negra. Para análise dos dentes ausentes serão incluídos estudos que analisaram a perda dentária sob diversas formas metodológicas: exame bucal pela contagem dos dentes ausentes naturais, de acordo com o Diretrizes da WHO¹⁹, ou autorelatada pelo indivíduo. Será considerado perda dentária (perda de pelo menos um dente) e edentulismo (perda total de todos os dentes ou portadores de prótese ou com necessidade de prótese dentária total em um ou em ambos os arcos).

Contexto

Esta revisão de escopo deverá considerar estudos com abordagem qualitativa e quantitativa realizados em diferentes grupos raciais incluindo população idosa negra e sob diferentes aspectos contextuais sociais, individuais e de condição de saúde bucal.

Tipos de Fontes de evidência

Um estudo piloto foi realizado com amostra aleatória de 25% dos estudos selecionados após leitura dos títulos e resumos para possíveis modificações nos critérios de elegibilidade/elaboração de documentos. Após 75% de consenso entre a equipe iniciou-se a triagem dos estudos. Estudos

primários, transversais, coortes, relatórios, teses, dissertações, artigos de opiniões, livros, sites, blogs e publicações em anais serão considerados para a revisão de escopo.

Tipo de Estudo

A revisão de escopo proposta será conduzida de acordo com a metodologia Joanna Briggs Institute Manual for Evidence Synthesis (JBI, 2020). O protocolo foi registrado no Open Science Framework (doi:10.17605/OSFIO/2AM3V) tendo em vista garantir a visibilidade e transparência do processo da revisão.

Estratégia de Pesquisa

Uma estratégia de busca em três etapas será utilizada para esta revisão. Uma busca primária no MEDLINE (PubMed) e Biblioteca eletrônica SCIELO será realizada, seguida pela análise das palavras contidas no título e resumo, e nos termos indexados usados para descrever os artigos. Uma pesquisa secundária será realizada em outro banco de dados usando as palavras-chave e os termos indexados identificados na pesquisa inicial. Esses descritores controlados foram referidos por DECS/MESH. A estratégia de pesquisa para MEDLINE (PubMed) está incluída no **Quadro 1**.

Para ampliar a abrangência da pesquisa e identificar quaisquer estudos adicionais, uma pesquisa terciária na literatura será realizada examinando as listas de referência dos estudos encontrados e considerados como critérios de inclusão desta revisão. Serão incluídos artigos publicados em inglês, espanhol ou português. A revisão irá considerar todos os estudos relevantes publicados, sem limite de datas de publicação.

Quadro 1

Pesquisa no MEDLINE (PubMed), realizado em abril de 2021.

Busca	Termos DeCs	Termos MeSH	Registros encontrados
#1	Perda dentária E População Negra E Idosos	Tooth loss AND Black population AND Elderly	105
#2	Perda dentária E Raça E Idosos	Tooth loss AND Race AND Elderly	228
#3	Edentulismo E População Negra E Idosos	Edentulism AND Black population AND Elderly	74
#4	Edentulismo E Raça e Idosos	Edentulism AND Race AND Elderly	145

Fontes de informação

Os bancos de dados a serem pesquisados incluem: MEDLINE (PubMed), SCIELO, LILACS e Scopus. A busca por literatura não publicada incluirá além do Google Scholar, a Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações e *internet (sites, anais e blogs)*.

Seleção de estudos

Após a pesquisa, todas as citações identificadas serão agrupadas e duplicatas removidas pelo aplicativo da *web* Rayyan. Títulos e resumos serão selecionados por dois revisores para avaliação em relação aos critérios de inclusão. Estudos potencialmente relevantes serão lidos na íntegra. O texto completo das citações selecionadas será avaliado em detalhes em relação aos critérios de inclusão por dois revisores independentes. Razões para exclusão de estudos após leitura do texto completo, que não atendam aos critérios de inclusão se-

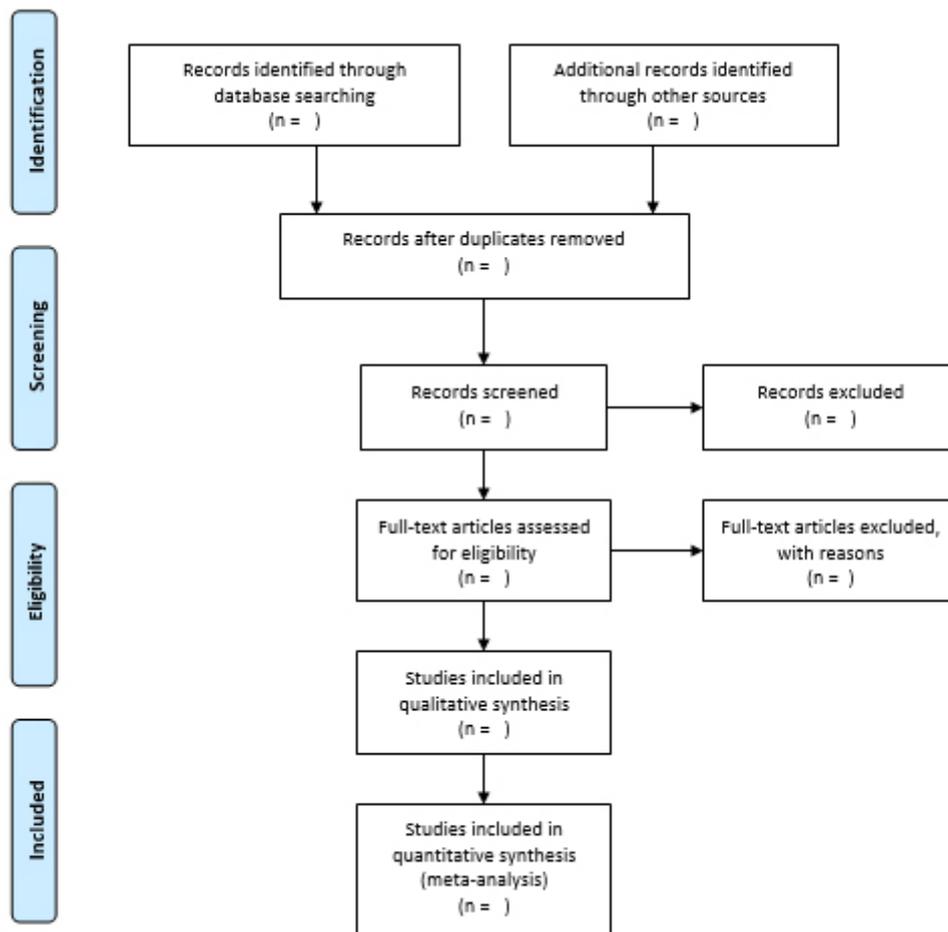
rão registrados e relatados na revisão de escopo. Algumas divergências que possam surgir entre os revisores em cada etapa do processo de seleção do estudo serão resolvidas por meio de discussão ou com um terceiro revisor. Os resultados da pesquisa serão relatados na íntegra e apresentados no fluxograma itens de relatório para revisões sistemáticas e meta-análises para revisão de escopo (PRISMA – ScR)²⁰. A sistematização das fases da busca, identificação e seleção serão representadas através do Fluxograma (Figura 1).

Extração de dados

Os dados serão extraídos de artigos incluídos na revisão de escopo por dois revisores independentes usando uma ferramenta de extração de dados desenvolvida pelos revisores. Os dados extraídos incluirão detalhes específicos sobre os autores, população, conceito, contexto, métodos de estudo e principais resultados relevantes para o objetivo da revisão.

Figura 1

Fluxograma de sistematização das fases da busca, identificação e seleção.



Será feito um teste piloto da ferramenta para três estudos, a fim de testar a extração e os resultados. A ferramenta de extração de dados será revisada e modificada, conforme necessário, durante o processo de extração de dados de cada estudo incluído. As modificações serão detalhadas na revisão de escopo completa. Os autores dos artigos selecionados serão contatados para solicitar dados ausentes ou adicionais, quando se fizer necessário. Abaixo, **Quadro 2** utilizado para extração de dados.

Apresentação de dados

Os dados extraídos serão apresentados em quadros de maneira que se alinhe com o objetivo da revisão de escopo. Tabelas, figuras e fluxogramas informarão sobre a distribuição dos estudos. Um resumo narrativo irá acompanhar os resultados tabulados e mapeados, e irá descrever como os resultados se relacionam com o objetivo e a pergunta da revisão. Não será realizada a avaliação crítica ou risco de avaliação de viés, uma vez que não é recomendado em revisões de escopo porque o objetivo é mapear as evidências disponíveis.

Aspectos éticos

Por se tratar de um estudo que utilizará informações bibliográficas disponíveis publicamente, não será necessária aprovação ética prévia por Comitês de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos. Além disso, os autores dessa revisão não possuem vinculação com instituições financiadoras que possam caracterizar potenciais conflitos de interesse. Os resultados dessa investigação serão publicados em periódico de acesso livre ou apresentados em eventos científicos relevantes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este protocolo visa descrever e sistematizar as etapas metodológicas para realização de uma revisão de escopo sobre a saúde bucal da população idosa negra direcionada para os fatores associados às perdas dentárias nesta população. Objetivando reduzir vieses na busca e seleção de referências, tornando claros e uniformes esses critérios entre os revisores. Destaca-se, ainda, que os dados compilados na revisão de escopo subsidiarão a construção de argumentos e informações sobre as características encontradas nesta população que potencialmente dificultam a aquisição de uma saúde bucal de qualidade.

Quadro 2

Instrumento de extração de dados.

Características e detalhes dos estudos	Informações extraídas dos artigos
Autor e Ano/Título e Revista Publicada	
Tipo de documento	
Tipo de estudo/Desenho do estudo	
Exposição/Desfecho principal	
Variável investigada	
País de Origem	
População estudada/tamanho da amostra/procedência	
Subgrupos étnicos/raciais	
Objetivo do estudo	
Metodologia empregada	
Avaliação de perda dentária	
Resultados	
Fator associado às perdas dentárias	

REFERÊNCIAS

1. Saekel R. New analytical tools for evaluating dental care systems – results for Germany and selected highly developed countries. *Chin J Dent Res.* 2016; 19 (2):77-88. Doi: 10.3290/j.cjdr.a36177.
2. Kim YH, Han K, Vu D, Cho K-H, Lee SH. Number of remaining teeth and its association with socioeconomic status in South Korean adults: Data from the Korean National Health and Nutrition Examination Survey 2012- 2013. *PLOS ONE.* 2018; 13(5): e0196594. Doi: 10.1371/journal.pone.0196594.
3. Jordan AR, Stark H, Nitschke I, Micheelis W, Schwendick F. Epidemiological trends, predictive factors, and projection of tooth loss in Germany 1997-2030: part I. missing teeth in adults and seniors. *Clinical Oral Investigations.* 2021; 25, 67-76. Doi: 10.1007/s00784-020-03265-w.
4. Tiwari T, Scarbro S, Bryant LL, Puma J. Factors associated with tooth loss in older adults in rural Colorado. *J Community Health.* 2016; 41:476-481. Doi: 10.1007/s10900-015-0117-y.
5. Projeto SB Brasil 2010: condições de saúde bucal da população brasileira 2009-2010: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde (2011). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf.
6. Eke PI, Thornton-Evans GO, Wei L. Periodontitis in US adults: National Health and Nutrition Examination Survey 2009-2014. *J Am Dent Assoc.* 2018; 149(7), 576-588. Doi: 10.1016/j.adaj.2018.04.023.
7. Jaleel BF, Nagarajappa R, Mohapatra AK, Ramesh G. Risk indicators associated with tooth loss among Indian adults. *Oral Health Dent Manag.* 2014; 13, 170-8. PMID: 24984618.
8. Wang TF, Chen YY, Liou YM, Chou C. Investigating tooth loss and associated factors among older Taiwanese adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics.* 2014; 58:446-453. Doi: 10.1016/j.archger.2014.01.002.
9. Vettore MV, Vieira JMR, Gomes F, Martins NMO, Freitas YNL, Lamarca GA. Individual- and City-Level Socioeconomic Factors and Tooth Loss among Elderly People: A Cross-Level Multilevel Analysis. *Int J Environ. Res Public Health.* 2020; 30:17(7):2345. Doi: 10.3390/ijerph17072345.
10. Wu Bei, Liang J, Plassman B, Remle C, Bai L. Oral health among white, black, and Mexican-American elders: an examination of edentulism and dental caries. *J Public Health Dent.* 2011; 71(4): 308-317. Doi: 10.1111/j.1752-7325.2011.00273.x.
11. Naorungroj S, Slade GD, Divaris K, Heiss G, Offenbacher S, Beck JD. Racial differences in Periodontal Disease and 10-Year Self-Reported Tooth Loss among Late Middle-Aged and Older Adults: The Dental ARIC Study. *J Public Health Dent.* 2017; 77(4): 372-382. Doi: 10.1111/jphd.12226.
12. Nalliah RP, Virun V, Dhaliwal G, Kaur H, Kote A. Fifteen-year gap between oral health of blacks and whites in the USA. *J Invest Clin Dent.* 2019; 10:e12415. Doi: 10.1111/jicd.12415.
13. Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Baldini C, Khalil H, Parker D. Chapter 11: Scoping reviews. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBIR Reviewer's Manual* [Internet]. Adelaide: JBI; 2020 [accessed 2021 April 4]. Available from: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>.
14. Tricco AC, Lillie E, Brien KK, Colquhoun H, Levac D, Moher D. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Ann Intern Med.* 2018; 169 (7): 467-473. Doi: 10.7326/M18-0850. Doi: 10.7326/M18-0850.

15. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial de Envelhecimento em Saúde. OMS, 2015. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>.
16. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica nº 29. Síntese de indicadores sociais – Uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101629.pdf>.
17. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Resultados Principais. 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf.
18. Perdigon HT, Opperman LA. Oral health assessment of independent elders in Texas. *Spec Care Dentis*. 2019; 39:515-523. doi: 10.1111/scd.12409.
19. World Health Organization. Oral Health Surveys: Basic Methods. 4th ed. Geneva: WHO; 1997. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41905>.
20. Page MJ, Moher D. Evaluations of the uptake and impact of the Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA) Statement and extensions: a scoping review. *Syst Ver*. 2017; 6 (1):263. Doi:10.1186/s13643-017-0663-8.