



ISSN 1980-0584
Volume 34 | Número 1 | Janeiro/Fevereiro/Março 2023

Secretário de Estado de Saúde do Distrito Federal

Osnei Okumoto

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: www.escs.edu.br/revistaccs

Copyright

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

Financiamento

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

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, março de 2023

Comunicação em Ciências da Saúde = Reports in Health Science. – v.34, n.1 (Jan./Mar. 2023) –. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, 2023

Periodicidade Trimestral

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

ISSN 1980-0584

ISSN 1980-5101 (versão eletrônica)

Conselho de Política Editorial

Editoras científicas

Leila Bernarda Donato Gottems
Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
Wânia Maria do Espírito Santo Carvalho

Editor Executivo

Luciano de Paula Camilo

Secretária Executiva

Luísa Moura Peters

Corpo Editorial Científico

Adriana Cavalcanti de Aguiar, PhD
Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ, Brasil

Ana Maria Costa, PhD
Centro Brasileiro de Estudos em Saúde – CEBES, Brasil

Andrei Carvalho Sposito, PhD
Universidade de Campinas – Unicamp, Brasil

Carlos Otávio Ocké Reis, PhD
Instituto Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, Brasil

Carme Borrel, PhD
Universitat Pompeu Fabra, Espanha

Carlos Eduardo Gomes Siqueira, PhD
College of Public and Community Service, Massachusetts
University, United States of America

Elisangela da Costa Lima Dellamora, PhD
Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Brasil

Fábio Ferreira Amorim, PhD
Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS, Brasil

Fernando Lolas Stepke, MD
Universidad de Chile, Chile

Flavia Tavares Silva Elias, PhD
Fundação Osvaldo Cruz – Fiocruz Brasília, Brasil

Francisco Neves, PhD
Universidade de Brasília – UnB, Brasil

Maria Lucia Frizon, PhD
Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Brasil

Mario Rovere, PhD
Universidade Nacional de Rosario, Argentina

Roberto Cañete-Vilafranca, PhD
Instituto de Salud de Matanzas, Cuba

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

Revisores ad hoc

Adriana Haack de Arruda Dutra, PhD
Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil

Alessandra da Rocha Arrais, PhD
Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil

Alfredo Nicodemos da Cruz Santana, PhD
Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil

Aline Mizusaki Imoto, PhD
Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil

Ana Patrícia de Paula, PhD
Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil

Ana Lúcia Ribeiro Salomon, PhD
Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil

André Schmidt, PhD
Universidade de São Paulo, Brasil

Carmélia Matos Santiago Reis, PhD
Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil

Celso Figueiredo Bittencourt, PhD
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Claudia Vicari Bolognani, PhD
Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil

Dayani Galato, PhD
Universidade de Brasília, Brasil

Dayde Lane Mendonça da Silva, PhD
Universidade de Brasília, Brasil

Dirce Bellezi Guilhem, PhD
Universidade de Brasília, Brasil

Eliana Mendonça Vilar Trindade, PhD
Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil

Elisabeth Sousa Cagliari Hernandez, PhD
Ministério da Saúde, Brasil

Emília Vitória da Silva, PhD
Universidade de Brasília, Brasil

Fabiani Lage Rodrigues Beal, PhD
Universidade Católica de Brasília, Brasil

Fábio Siqueira, PhD
Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Brasil

Fábio Maluf, PhD
Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Brasil

Flora Aparecida Milton, PhD
Universidade Federal Fluminense, Brasil

Francisco Diogo Rios Mendes, PhD
Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil

Gislane Ferreira de Melo, PhD
Universidade Católica de Brasília, Brasil

José Carlos Quinaglia e Silva, PhD
Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil

Lara Mabelle Milfont Boeckmann, PhD
Universidade de Brasília, Brasil

Laura Maria Tomazi Neves, PhD
Universidade Federal do Pará, Brasil

Levy Aniceto Santana, PhD
Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil

Luciana Melo de Moura, PhD
Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil

Manuela Costa Melo, PhD
Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil

Marge Tenório, PhD
Ministério da Saúde, Brasil

Maria das Graças Leopardi Gonçalves, PhD
Universidade Federal de Alagoas, Brasil

Maria Liz Cunha, PhD
Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil

Maria Rita Carvalho Garbi Novaes, PhD
Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil

Marilucia Almeida-Picanco, PhD
Universidade de Brasília, Brasil

Mirna Poliana Oliveira, PhD
Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, Brasil

Moema da Silva Borges, PhD
Universidade de Brasília, Brasil

Natalia Correa Vieira de Melo, PhD
Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, Brasil

Osório Luis Rangel de Almeida, PhD
Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil

Renata Costa Fortes, PhD
Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil

Roberto Bittencourt, PhD
Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil

Sonir Roberto Rauber Antonini, PhD
Universidade de São Paulo, Brasil

Tatiana Karla dos Santos Borges, PhD
Universidade de Brasília, Brasil

Vinicius Zacarias Maldaner da Silva, PhD
Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil

Vitor Laerte Pinto Junior, PhD
Fundação Oswaldo Cruz, Brasil

CLÍNICA ASSISTENCIAL

9 **Manifestações orais prevalentes em idosos acometidos pela covid-19: uma revisão de escopo**

Cláudia Batista Mélo, Júlio César Guimarães Freire, Virgínia Feitosa Nogueira Rocha, Geraldo Eduardo Guedes de Brito, Andrea Márcia da Cunha Lima

21 **Funcionalidade e qualidade de vida de pacientes hospitalizadas com diagnóstico de câncer ginecológico: estudo retrospectivo**

Tatiana Andrade Cacho, Thais Gontijo Ribeiro, Kalléria Waleska Correia Borges

31 **Comunicação interpessoal no tratamento fisioterapêutico de pessoas com dor lombar crônica: uma metassíntese de estudos sobre a percepção de pacientes**

Sofia Paiva Sventnickas, Rogéria da Silva de Oliveira, Ana Carolina Bertini, Adriane Vieira

SAÚDE COLETIVA

45 **Análise da utilização dos serviços em uma Unidade Básica de Saúde da Família do Distrito Federal, Brasil**

Pedro Lucas Göttems King, Flávio Pontes de Amorim, Gleiton Lima Araújo, Thais Barros Zanette da Silva, Levy Aniceto Santana, Sergio Eduardo Soares Fernandes, Leila Bernarda Donato Göttems

59 **Morte encefálica pós-traumática: perfil epidemiológico de notificações em um hospital público do Distrito Federal**

Nathália da Silva Ferreira, Simone Rodrigues da Silva Araújo

71 **Gestão de estoque de medicamentos: relatos da implantação de sistemas computacionais em municípios do Paraná**

Tuane Bazanella Sampaio, Talita Dalla Santini Avanci, Pricilla Camargo Andrade Zanoni, Débora Regina de Oliveira Moura

EDUCAÇÃO

79 **Conhecimento e aplicabilidade da Prática Baseada em Evidência por fisioterapeutas de um hospital pediátrico**

José Ermes Neto, Renato Claudino, Tatiane Regina Sousa

91 ***Eu não vou desistir*: vivências de mães discentes no ensino superior público**

Vitor Hugo Nascimento Firmino, Alessandra da Rocha Arrais, Carlos Manoel Lopes Rodrigues, Ângela Ferreira Barros

105 **Experiência com metodologias ativas em uma disciplina de Entrevista Clínica Centrada na Pessoa**

Gabrieli Cristina Lima, Luis Henrique Rodrigues dos Santos, Leonardo Cançado Monteiro Savassi

115 **Mitos e estereótipos sobre velhice e envelhecimento: protocolo de revisão de escopo**

Cristiano de Assis, Gabriela da Silva Neves, Ruth Caldeira de Melo, Andrea Lopes

CLINICAL AND HEALTH CARE

9 **Prevalent oral manifestations in elderly people affected by covid-19: a scoping review**

Cláudia Batista Mélo, Júlio César Guimarães Freire, Virgínia Feitosa Nogueira Rocha, Geraldo Eduardo Guedes de Brito, Andrea Márcia da Cunha Lima

21 **Functionality and quality of life of hospitalized patients diagnosed with gynecological cancer: retrospective study**

Tatiana Andrade Cacho, Thais Gontijo Ribeiro, Kalléria Waleska Correia Borges

31 **Interpersonal communication in physiotherapy treatment of people with chronic low back pain: a meta-synthesis of studies on patients' perception**

Sofia Paiva Sventnickas, Rogéria da Silva de Oliveira, Ana Carolina Bertini, Adriane Vieira

COLLECTIVE HEALTH

45 **Analysis of the use of services in a Basic Family Health Unit in the Federal District, Brazil**

Pedro Lucas Göttems King, Flávio Pontes de Amorim, Gleiton Lima Araújo, Thais Barros Zanette da Silva, Levy Aniceto Santana, Sergio Eduardo Soares Fernandes, Leila Bernarda Donato Göttems

59 **Post-traumatic brain death: epidemiological profile of notifications in a public hospital in Distrito Federal**

Nathália da Silva Ferreira, Simone Rodrigues da Silva Araújo

71 **Medicine stock management: reports on the implementation of computer systems in cities of Paraná**

Tuane Bazanella Sampaio, Talita Dalla Santini Avanci, Pricilla Camargo Andrade Zanoni, Débora Regina de Oliveira Moura

EDUCATION

79 **Knowledge and applicability about Evidence-Based Practices in physiotherapeutic in a pediatric hospital**

José Ermes Neto, Renato Claudino, Tatiane Regina Sousa

91 ***I will not give up: experiences of the student mother in public higher education***

Vitor Hugo Nascimento Firmino, Alessandra da Rocha Arrais, Carlos Manoel Lopes Rodrigues, Ângela Ferreira Barros

105 **Experience with active methodologies in a 'Person-Centered Clinical Interview' course**

Gabrieli Cristina Lima, Luis Henrique Rodrigues dos Santos, Leonardo Cançado Monteiro Savassi

115 **Myths and stereotypes about old age and aging: a scoping review protocol**

Cristiano de Assis, Gabriela da Silva Neves, Ruth Caldeira de Melo, Andrea Lopes

Manifestações orais prevalentes em idosos acometidos pela covid-19: uma revisão de escopo

Prevalent oral manifestations in elderly people affected by covid-19: a scoping review

Cláudia Batista Melo¹ , Júlio César Guimarães Freire² , Virgínia Feitosa Nogueira Rocha³ , Geraldo Eduardo Guedes de Brito⁴ ,
Andrea Márcia da Cunha Lima⁵ 

RESUMO

Objetivo: identificar as manifestações orais prevalentes na população idosa acometida pela covid-19.

Método: trata-se de uma revisão de escopo, que seguiu as recomendações PRISMA-ScR e foi registrada em um repositório *online* de acesso aberto. Foram acessadas as bases de dados PubMed, Scopus, Web of Science, LILACS e literatura cinzenta, em inglês, espanhol e português, sem restrição de tempo, e utilizando os seguintes descritores: saúde bucal, manifestações bucais, patologia bucal, infecções por coronavírus e idoso.

Resultados: das 440 publicações encontradas, 86 foram excluídas por serem duplicadas e 348 por não se enquadrarem nos critérios de inclusão, sendo selecionados 6 estudos para a amostra final. As manifestações orais prevalentes foram: ulcerações, ectasia da glândula salivar, xerostomia, disgeusia, sensação de ardor e disfagia.

Conclusão: os estudos sobre manifestações orais em idosos ainda são incipientes, sendo necessário o desenvolvimento de pesquisas mais amplas para esclarecer a correlação entre covid-19 e distúrbios orais nessa população.

Palavras-chave: Covid-19; Manifestações Bucais; Saúde do Idoso; Revisão.

ABSTRACT

Objective: identify oral manifestations prevalent in the elderly population affected by covid-19.

Method: a scoping review, which followed PRISMA-ScR recommendations and was registered in an open access online repository. PubMed, Scopus, Web of Science, LILACS and grey literature databases were accessed, in English, Spanish and Portuguese, without time restriction, and using the descriptors: oral health, oral manifestations, oral pathology, coronavirus infections and elderly.

Results: from 440 publications found, 86 were excluded for being duplicates and 348 for not meeting the inclusion criteria, and 6 studies were selected for the final sample. The prevalent oral manifestations were: ulcerations, salivary gland ectasia, xerostomia, dysgeusia, burning sensation and dysphagia.

Conclusion: the studies on oral manifestations in the elderly are still incipient, and more extensive research is needed to clarify the correlation between covid-19 and oral disorders in this population.

Keywords: Covid-19; Oral Manifestations; Health of the Elderly; Review.

INTRODUÇÃO

O processo natural de envelhecimento modifica a fisiologia do organismo e traz como consequência a diminuição da homeostase, afetando de modo especial o complexo sistema imunológico do ser humano¹.

Uma vez envelhecido, a eficácia do sistema imunológico em proteger o organismo contra agentes exógenos e endógenos torna-se comprometida, desencadeando no indivíduo múltiplas condições patológicas, a exemplo de doenças infecciosas e autoimunes. Nesse sentido, a pessoa idosa pode ser classificada como pertencente ao grupo de risco, um termo utilizado para determinar aqueles indivíduos mais suscetíveis às doenças infecto-contagiosas, como portadores de doenças crônicas não-transmissíveis^{1,2}.

Ao apresentarem um maior risco relacionado às comorbidades, os idosos se tornam mais vulneráveis e, assim, passam a demandar mais serviços de saúde³. O crescimento da população idosa implica, portanto, em um maior consumo de recursos para a assistência à saúde, uma vez que a quantidade de dias de internação é maior entre os idosos; o tratamento exige a utilização de meios e equipamentos de custos mais elevados; ocorre o uso de medicamentos de custo elevado e por períodos maiores e, ainda, a necessidade frequente de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI)³.

No período pandêmico da covid-19 (*Coronavirus Disease – 2019*) houve uma redução no acesso aos serviços básicos de saúde, com ênfase para os serviços odontológicos, o que pode ter ocasionado um agravamento dos problemas orais. A pandemia provocada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) foi uma emergência de saúde pública de preocupação global, cujos centros internacionais de controle e prevenção de doenças, situados em diferentes países, monitorizaram diariamente esse surto de doença infecciosa, que evoluiu e se espalhou de forma exponencial em diversas partes do mundo⁴.

Acerca do seu comportamento epidemiológico, a covid-19 pode ser analisada de modo diferente, conforme a região geográfica na qual ocorreu, visto que as medidas preventivas tomadas por determinados países ou estados impactaram diretamente no número de casos e mortes. Assim, alguns fatores relacionados à doença fo-

ram apontados, a exemplo dos biológicos e sociodemográficos, econômicos e organizacionais, bem como o sistema de saúde local. Além disso, os homens foram mais frequente e severamente acometidos, a média de idade foi de 47 anos e a maior parte dos óbitos envolveu os sujeitos maiores de 70 anos e com doenças crônicas associadas⁵. Mais tarde, se observou uma modificação do padrão epidemiológico da covid-19, sendo os indivíduos mais jovens também acometidos pela doença⁶.

No âmbito da saúde bucal, tanto a infecção aguda por covid-19 como as medidas terapêuticas associadas podem contribuir para desfechos adversos na cavidade oral⁷. A sintomatologia oral relacionada à doença envolve: distúrbios do paladar, ulcerações orais inespecíficas, gengivite descamativa, petéquias e coinfeções, como a candidíase. Portanto, a saúde bucal é um aspecto relevante quando se busca avaliar uma relação hipotética entre o coronavírus e as manifestações orais⁸.

De modo geral, faz-se necessária uma melhor compreensão das consequências da infecção pelo SARS-CoV-2 para a saúde humana, sobretudo em relação aos indivíduos mais vulneráveis. Além disso, a prática da higiene oral deve ser compreendida como uma questão básica de saúde, considerando que o trato respiratório é uma 'porta de entrada' para múltiplas infecções e representa o local em que podem advir os agravos mais significativos⁹.

Nesse sentido, foi realizada uma busca preliminar sobre o tema nas principais bases de dados na área da saúde (PubMed, Scopus, Web of Science e LILACS) a fim de identificar lacunas do conhecimento para a definição da pergunta norteadora e do objetivo da pesquisa. Com base nos conceitos apresentados e na atual relevância do tema, o objetivo desta revisão de escopo foi identificar na literatura científica as manifestações orais prevalentes na população idosa acometida pela covid-19, em todas as fases da doença.

MÉTODO

O presente estudo trata-se de uma Revisão de Escopo (*Scoping Review*). Esse tipo de estudo se refere a uma abordagem robusta que serve para sintetizar a literatura relevante em saúde, sendo utilizada para responder questões abrangentes e mapear evidências para a tomada de decisão prá-

tica e em pesquisa¹⁰. Para Munn *et al.*¹¹, os pesquisadores podem preferir a realização de uma revisão de escopo, em vez de uma revisão sistemática, quando o objetivo da revisão for identificar lacunas de conhecimento, esclarecer conceitos, investigar condutas de pesquisa ou informar uma revisão sistemática.

Esta revisão seguiu as recomendações propostas pelo PRISMA-ScR (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews*) ao seguir as etapas indicadas para o desenvolvimento desse tipo de estudo, a saber: 1) elaboração da questão de pesquisa e definição dos descritores de busca; 2) pesquisa da literatura em bases de dados internacionais; 3) leitura dos títulos e resumos dos artigos para seleção de acordo com critérios de inclusão e exclusão; 4) leitura na íntegra dos estudos selecionados e mapeamento dos dados; 5) sumarização e análise crítica dos resultados; 6) apresentação dos principais resultados¹². Além disso, a pesquisa foi registrada no Figshare, um repositório *online* de acesso aberto, sob o número de registro DOI: 10.6084/m9.figshare.14607456.v2.

As bases de dados selecionadas para a busca foram: PubMed (*National Library of Medicine*), Scopus (Elsevier), Web of Science e LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde); e como literatura cinzenta, foi considerada a primeira centena de estudos listados no Google Acadêmico. A partir de uma busca preliminar nas bases supracitadas, foi elaborada a seguinte questão norteadora 'Quais as manifestações orais prevalentes em pessoas idosas acometidas pela covid-19?'.

Critério de elegibilidade do estudo

Os critérios de elegibilidade foram definidos por meio da estratégia PCC – População, Conceito e Contexto. Nesse sentido, foram selecionadas as publicações que compreendiam como *População* os idosos (indivíduos com idade maior ou igual a 60 anos), como *Conceito* a covid-19 (infecção respiratória aguda causada pelo coronavírus SARS-CoV-2) e como *Contexto* as manifestações/ patologias bucais (quaisquer afecções desenvolvidas na região oral, internamente ou externamente, que podem prejudicar a saúde bucal).

Sendo assim, considerou-se como fontes de informação, pesquisas primárias acessíveis e/ou disponíveis na íntegra, nos idiomas inglês, espa-

nhol e português, sem delimitação temporal. As publicações duplicadas e que não respondiam à questão norteadora da pesquisa foram excluídas da amostra, além de estudos de revisão integrativa, narrativa e sistemática, relatos de experiência ou de casos clínicos individuais, capítulos de livros, editoriais, cartas, protocolos de pesquisas e anais de eventos.

Estratégia de busca e seleção dos estudos

A partir de cada item da referida estratégia, foram definidas as palavras-chave e descritores situados no MeSH (*Medical Subject Headings*) e DeCS (*Descritores em Ciências da Saúde*), a saber: Saúde Bucal (*Oral Health*); Manifestações Bucais (*Oral Manifestations*); Patologia Bucal (*Pathology, Oral*); Infecções por Coronavírus, covid-19 (*Coronavirus Infections*); Idoso, Pessoa Idosa (*Aged*). Por sua vez, esses descritores foram sintetizados por meio dos operadores booleanos OR e AND e aplicados nas bases de dados indexadas e de literatura cinzenta, sendo tais combinações utilizadas como estratégias de busca, como visualizadas no Quadro 1.

É válido ressaltar que todo o processo de busca e seleção dos estudos foi realizado por dois pesquisadores, de modo independente, no mês de julho de 2021. Para tanto, a seleção ocorreu em duas fases: 1) triagem inicial por meio da leitura dos títulos e resumos das publicações; 2) aplicação dos critérios de elegibilidade, realizada após a leitura completa dos textos pré-selecionados. Os conflitos de decisão foram resolvidos através de consenso entre os pesquisadores utilizando o site Rayyan¹³.

Destaca-se que não foram realizadas análises da qualidade e do nível de evidência dos artigos selecionados, visto que a revisão de escopo tem como objetivo principal a identificação da produção científica sobre o assunto investigado. Além disso, por tratar-se de uma revisão de escopo, a pesquisa não foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa, sendo mantidas as ideias dos autores das publicações utilizadas no desenvolvimento deste estudo.

De acordo com os métodos descritos, foram encontradas 440 publicações nas bases de dados, das quais 157 estavam duplicadas/triplicadas, sendo 86 deletadas. Das 354 publicações restantes, 336 foram excluídas após a leitura dos títulos e resumos. Assim, procedeu-se à leitura dos textos de

18 estudos na íntegra, sendo excluídas 12 publicações por não atenderem aos critérios de inclusão pré-estabelecidos. Por fim, foram analisados 6 (seis) artigos que atendiam aos critérios e que esta-

vam em conformidade com a questão da pesquisa. As etapas da busca, seleção e análise dos artigos foram subdivididas em identificação, triagem, elegibilidade e inclusão, descritas na Figura 1.

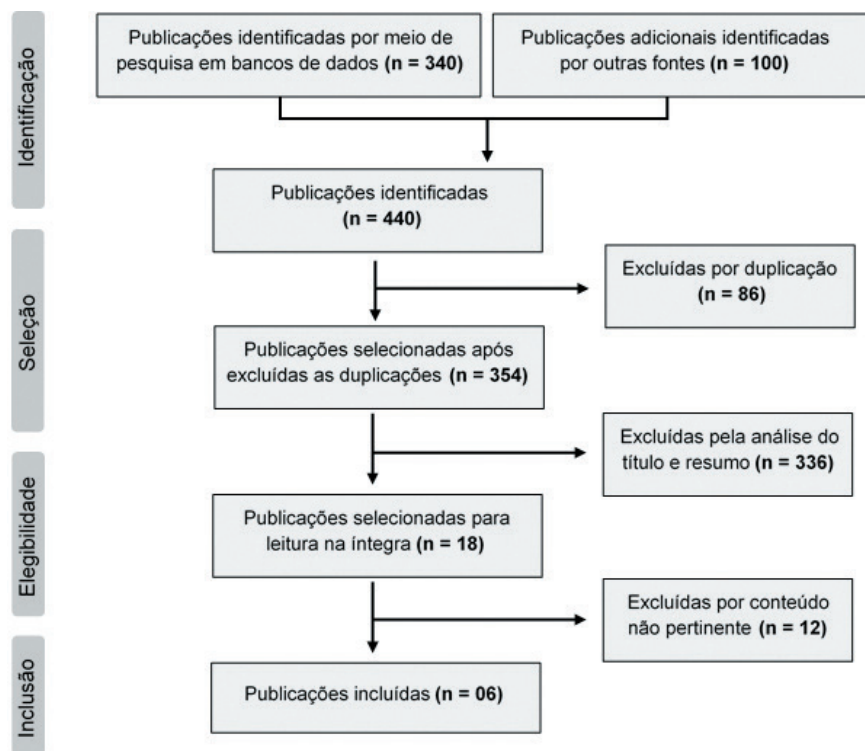
Quadro 1

Mecanismo de busca utilizado nas bases de dados e literatura cinzenta. João Pessoa-PB, 2021.

Bases de Dados (Total de publicações)	Estratégia de Busca
PubMed/MEDLINE (189)	((Oral Health) OR (Oral Manifestations) OR (Pathology, Oral)) AND (Coronavirus Infections) AND (Aged)
Scopus/Elsevier (114)	((Oral Health) OR (Oral Manifestations) OR (Pathology, Oral)) AND (Coronavirus Infections) AND (Aged)
Web of Science (34)	((Oral Health) OR (Oral Manifestations) OR (Pathology, Oral)) AND (Coronavirus Infections) AND (Aged)
LILACS (3)	((oral health) OR (oral manifestations) OR (pathology, oral)) AND (coronavirus infections) AND (aged) AND (db:("LILACS"))
Google Acadêmico (27.800)	((Oral Health) OR (Oral Manifestations) OR (Pathology, Oral)) AND (Coronavirus Infections) AND (Aged)

Figura 1

Fluxograma de busca e seleção dos estudos incluídos na revisão. João Pessoa-PB, 2021.



Fonte: Adaptado de PRISMA-ScR¹⁶.

Extração e análise dos dados

Na etapa de extração, foi utilizado um formulário de elaboração própria para o preenchimento com dados dos artigos selecionados, os quais foram sistematizados mediante a definição dos seguintes indicadores de coleta: autoria, ano, país de origem, delineamento do estudo, título (original), revista ou periódico publicado, tipo de es-

tudo, tipo de documento, objetivo(s), amostra, procedência da amostra, conclusão e resposta à pergunta da revisão.

A partir disso, os dados extraídos foram submetidos a uma análise descritiva, por meio da elaboração de um quadro síntese (Quadro 2), que engloba as informações coletadas e apresenta evidências que respondem à questão norteadora.

Quadro 2

Descrição dos estudos incluídos na revisão de escopo. João Pessoa-PB, 2021.

Autores (ano) País do estudo Delineamento	Título do artigo	Objetivo(s)	Conclusão	Quais as manifestações orais prevalentes em idosos acometidos pela covid-19?
Brandão <i>et al.</i> (2021) ¹⁷ Brasil Série de Casos	<i>Oral lesions in patients with SARS-CoV-2 infection: could the oral cavity be a target organ?</i>	Relatar uma série de casos de infecção por SARS-CoV-2, com manifestações orais que se desenvolveram durante o período infeccioso da doença.	O conhecimento das manifestações orais é importante porque as lesões podem preceder os sintomas respiratórios típicos em vários dias, e a piora das lesões pode preceder um quadro mais sério.	As lesões orais eram mais graves e disseminadas em pacientes mais idosos com infecção grave por covid-19. Eles apresentavam padrões mais difundidos parecidos com úlceras necróticas por HSV-1.
Gherlone <i>et al.</i> (2021) ¹⁸ Itália Quantitativo	<i>Frequent and Persistent Salivary Gland Ectasia and Oral Disease after COVID-19.</i>	Investigar a presença e prevalência de manifestações orais nos sobreviventes da covid-19.	Os danos residuais da cavidade oral persistem na maioria dos pacientes muito além da recuperação clínica, sugerindo que a cavidade oral representa um alvo preferencial para a infecção pelo vírus.	Manifestações orais foram detectadas em 83,6% dos indivíduos, sendo a ectasia da glândula salivar em 38% e a boca seca em 30% dos sobreviventes, sobretudo em indivíduos mais idosos.
Hocková <i>et al.</i> (2021) ²⁰ Eslováquia Série de Casos	<i>Oral Complications of ICU Patients with COVID-19: Case-Series and Review of Two Hundred Ten Cases.</i>	Avaliar a prevalência e as características dos pacientes graves com covid-19 e complicações orais.	Uma abordagem multidisciplinar é fortemente defendida para o monitoramento e gerenciamento da covid-19.	Na série de casos examinados, a condição mais comum foi a ulceração hemorrágica em pessoas idosas (33%) gravemente enfermas.
Larvin <i>et al.</i> (2020) ²¹ Reino Unido Quantitativo	<i>The Impact of Periodontal Disease on Hospital Admission and Mortality During COVID-19 Pandemic.</i>	Quantificar o impacto da doença periodontal na admissão hospitalar e na mortalidade durante a pandemia da covid-19.	Entre os casos positivos da covid-19, houve uma mortalidade significativamente maior para os participantes com doença periodontal.	Gengivas dolorosas (2,7%), sangramento gengival (11,2%) e dentes com mobilidade (3,3%) foram relatados nos participantes com infecção da covid-19, em sua maioria pessoas idosas.

Autores (ano) País do estudo Delineamento	Título do artigo	Objetivo(s)	Conclusão	Quais as manifestações orais prevalentes em idosos acometidos pela covid-19?
Salehi <i>et al.</i> (2020) ²² Irã Quantitativo	<i>Oropharyngeal candidiasis in hospitalised COVID-19 patients from Iran: Species identification and antifungal susceptibility pattern.</i>	Investigar a prevalência, os agentes causadores e o padrão de suscetibilidade antifúngica da candidíase orofaríngea em pacientes iranianos com covid-19.	Os dados elucidaram algumas preocupações em relação à ocorrência de candidíase orofaríngea (COF) em pacientes iranianos com covid-19.	Em 53 pacientes covid-19 com candidíase orofaríngea, as doenças cardiovasculares (52,83%) e diabetes (37,7%) foram as principais condições subjacentes; o aumento da idade foi significativamente associado à COF entre os pacientes com covid-19.
Sinjari <i>et al.</i> (2020) ⁹ Itália Quantitativo	<i>SARS-CoV-2 and Oral manifestation: An observational, human study.</i>	Determinar a manifestação oral dos pacientes hospitalizados para a covid-19.	Este estudo demonstra a importância da estreita ligação entre o SARS-CoV-2 e as manifestações orais. Todavia, não há evidência científica na literatura que certifique quais sintomas orais o vírus pode causar.	Durante o período de hospitalização, 25% dos pacientes relataram comprometimento do paladar, 15% sensação de ardor e 20% dificuldade de deglutição.

RESULTADOS

Os estudos incluídos na amostra foram publicados em 2020 (n=3) e 2021 (n=3), demonstrando a recente abordagem da temática relacionada à covid-19. Todos eles foram escritos no idioma inglês (n=6), sendo originários de diferentes países, como Brasil (n=1), Itália (n=2), Eslováquia (n=1), Reino Unido (n=1) e Irã (n=1). Acerca do delineamento das publicações analisadas, todas se tratavam de artigos, sendo do tipo série de casos (n=2), estudo de coorte (n=2), estudo transversal (n=1) e estudo observacional (n=1).

O público-alvo dos estudos incluídos compreende tanto pessoas idosas quanto indivíduos adultos acometidos pela covid-19. No entanto, para o presente estudo, foram utilizados apenas os dados referentes aos idosos elucidados nos referidos artigos. Assim, a amostra considerada envolveu idosos não institucionalizados, em sua maioria do sexo masculino e com médias de idades que variaram de 62,5 a 76,8 anos. Sobre os objetivos de pesquisa, os artigos buscaram investigar/avaliar a prevalência de manifestações orais em pacientes acometidos pela covid-19, bem como

determinar as principais características clínicas durante ou posteriormente ao período infeccioso da doença.

Por se tratar de estudos com diferentes abordagens, as conclusões obtidas são igualmente distintas, revelando uma diversidade de características relacionadas à covid-19. Quanto às respostas para a pergunta norteadora, observou-se uma gama de resultados, sendo apurado que as lesões orais eram mais graves e disseminadas em pacientes idosos infectados pelo vírus SARS-CoV-2.

A partir dos estudos incluídos, foram encontradas as seguintes manifestações orais: úlceras necróticas; ectasia da glândula salivar e boca seca (xerostomia); ulceração hemorrágica; comprometimento da percepção qualitativa do paladar (disgeusia); sensação de ardor e dificuldade de deglutição (disfagia). Além disso, outras condições foram relatadas nos participantes idosos com covid-19, tais como: doença periodontal (gengivas dolorosas, sangramento gengival e dentes com mobilidade) e candidíase orofaríngea (Quadro 2).

DISCUSSÃO

As pessoas idosas representam até hoje os principais acometidos pela infecção do SARS-CoV-2, visto que a idade cronológica associada às vulnerabilidades individuais do estado de saúde agravam fortemente o risco de morbimortalidade dessa população²⁰. A partir dos resultados, foi possível verificar que os estudos que tratam sobre as manifestações orais decorrentes da covid-19 ainda são escassos, sobretudo para a população estudada.

Nos últimos anos, vem ocorrendo um crescimento súbito no número de publicações que investigaram diversas dimensões da infecção pelo novo coronavírus e suas implicações para saúde humana. Porém, a maioria delas aborda outros aspectos igualmente importantes, tais como o seu perfil epidemiológico, complicações sistêmicas ou específicas do sistema cardiorrespiratório, medidas de controle e tratamento da doença, entre outros.

Nesse contexto, um estudo realizado por Santos Júnior *et al.*²¹, no primeiro semestre da pandemia, constatou que as lesões orais foram descritas em poucos relatos de casos, apresentando controvérsias quanto ao fato de serem causadas diretamente pelo SARS-CoV-2 ou se apresentarem como manifestações secundárias, o que corrobora com os artigos da presente revisão. Contudo, um ponto em comum identificado nesses estudos foi a observação de uma estreita ligação entre o SARS-CoV-2 e as manifestações orais. Um dos artigos concluiu que a cavidade oral representa um alvo preferencial para a infecção pelo vírus; outro sugere que as lesões orais podem preceder sintomas respiratórios típicos da doença em vários dias e, a piora dessas lesões, pode anteceder um quadro mais sério.

Ainda, foram poucos os estudos que utilizaram amostras robustas a fim de evidenciar a real prevalência das manifestações orais, exceto os estudos de Larvin *et al.*¹⁸, realizado no Reino Unido, e o de Gherlone *et al.*¹⁶, na Itália, que englobaram 1.616 e 122 participantes com covid-19, respectivamente, obtendo-se, assim, as maiores amostras.

Ao explorar os resultados divulgados nesta revisão, pôde-se examinar outras constatações apoiadas ou refutadas por distintos autores. Brandão *et al.*¹⁵ afirmam que estudos adicionais precisam investigar se a infecção por covid-19 causa ulcerações orais ou se as lesões orais são um evento coin-

cidente com a progressão da doença. Para Santos Júnior *et al.*²¹ ainda não há evidência epidemiológica convincente para uma associação causa-efeito entre a infecção por covid-19 e o aparecimento de lesões orais, no entanto, essa possibilidade não pode ser descartada. Resultados semelhantes sobre a falta de associação significativa da doença com determinadas manifestações orais foram descritos por Salehi *et al.*¹⁹ e Sinjari *et al.*⁸.

Os pacientes idosos investigados apresentaram distintos padrões de anormalidade na cavidade oral, sendo comum a ocorrência de úlceras necróticas (semelhantes às causadas pelo vírus herpes simplex), candidíase orofacial, disgeusia e disfagia em pacientes gravemente enfermos^{8,15-17,19}. Outro estudo revelou que os pacientes idosos que adoeceram de covid-19 relataram queixas acerca aparecimento de diferentes problemas na cavidade oral, sendo os sintomas mais comuns a hipogeusia, xerostomia e alterações quimiossensoriais²².

Meira *et al.*²³ explicam que, nos idosos, a redução da quantidade, composição e viscosidade da saliva secretada, pode ocorrer devido a alterações nas glândulas salivares, ao sofrerem um processo de degeneração avançada e/ou em decorrência do uso frequente de medicamentos. Os mesmos autores ainda enfatizam que o processo de envelhecimento repercute nos tecidos periodontais, visto que o nível de comprometimento aumenta com a idade, ocasionando a diminuição da taxa de cicatrização e o rápido aumento da doença periodontal.

Pessanha²⁴ enfatiza que muitos idosos fazem uso de medicamentos que resultam em uma menor produção de saliva, sendo essencial a prática de bons hábitos de higiene oral e a recomendação de estratégias para lidar com a xerostomia, tal como a prescrição de substitutos salivares e colutórios antissépticos e ricos em flúor. Dentre os recursos para prevenir ou minimizar os efeitos da xerostomia, doenças periodontais e ulceração oral, recomenda-se uma constante ingestão de água e adoção de uma dieta equilibrada, com a redução de carboidratos. Ainda, para evitar a exposição do indivíduo idoso a microrganismos patogênicos que possam desencadear uma pneumonia aspirativa, medidas preventivas podem ser adotadas, como uso de Clorexidina, que reduz a incidência de infecções do trato respiratório, destacando, portanto, a relevância da higiene oral para a recuperação da saúde geral^{25,26}.

Ademais, uma possível explicação para as manifestações orais que acometem as vítimas de covid-19 é a presença da enzima conversora de angiotensina tipo 2 (ECA-2) na cavidade oral, sobretudo nas células epiteliais da língua e glândulas salivares; a ECA-2 funciona como um receptor para o coronavírus, que utiliza esse sítio para infectar a célula. Por isso, faz-se importante proteger os indivíduos de maior risco e portadores de comorbidades cardiovasculares, visto que o uso de alguns medicamentos anti-hipertensivos por essa população aumenta a expressão dos receptores da ECA-2 em diferentes tecidos^{15,27}.

Nesse sentido, Matioli *et al.*²⁸ ressaltam o controle das infecções orais, pois tal medida compreende procedimentos realizados para o controle de distúrbios metabólicos e prevenção de algumas doenças sistêmicas, como as relacionadas ao sistema cardiorrespiratório, visto que os problemas bucais vão além dos limites dos dentes e da boca. Desse modo, surge a necessidade de apoiar os programas governamentais de acesso ao tratamento odontológico para a população idosa, sobretudo em virtude do aumento na expectativa de vida da população brasileira, o que, por sua vez, propicia o surgimento de doenças típicas do envelhecimento, tal qual aquelas relacionadas à interação sistêmica com o aparelho estomatognático.

No âmbito das condutas preventivas e terapêuticas, Hocková *et al.*¹⁷ e Sinjari *et al.*⁸ destacam a importância de uma abordagem multidisciplinar para monitoramento e gerenciamento da covid-19, ao defenderem a integração entre os profissionais médicos, dentistas e enfermeiros no contexto das equipes de UTI. Para esses autores, as complicações orais relacionadas à covid-19 requerem o desenvolvimento de pesquisas multidisciplinares a fim de se compreender o seu significado epidemiológico. Igualmente, o estudo de Meira *et al.*²³ destaca a importância da abordagem multiprofissional no atendimento odontológico à pessoa idosa, a qual deve abranger tanto as ações preventivas, a exemplo do diagnóstico precoce de lesões bucais, quanto os procedimentos curativos e reabilitadores, executados a fim de contribuir para a melhoria do bem estar e da qualidade de

vida, com respaldo científico acerca do cuidado e atenção à saúde bucal da referida população.

Pode-se afirmar que o real significado epidemiológico das manifestações orais continua desconhecido entre os idosos, necessitando estudos mais específicos e com uma maior amostragem a fim de elucidar a etiologia e a prevalência das condições apresentadas nesta revisão. Como afirma Santos Júnior *et al.*²¹, as evidências disponíveis até o momento na literatura são escassas e suas interpretações são limitadas por potenciais vieses.

Por fim, a pandemia da covid-19 pôs em evidência a saúde do idoso, porém, da mesma forma que instigou a preocupação com o cuidado e a proteção desses indivíduos pelos seus familiares e profissionais de saúde, fortaleceu na sociedade o preconceito etário, descrito como etarismo ou ageísmo, e os julgamentos²⁹. Em virtude desses aspectos mais amplos, considera-se fundamental o acompanhamento de pessoas idosas por uma equipe multiprofissional, visando o seu cuidado integral, durante e após o tratamento da doença.

CONCLUSÃO

As manifestações orais prevalentes em idosos acometidos pela covid-19 compreendem diferentes tipos de ulceração (hemorrágica ou necrótica), xerostomia, disgeusia e disfagia, além de doenças periodontais e coinfeções. Ressalta-se, nesse sentido, a importância de uma abordagem multidisciplinar para o monitoramento e gerenciamento da covid-19 nessa população.

Dentre as limitações encontradas, a metodologia utilizada neste trabalho revelou que ainda são incipientes os estudos exclusivos com idosos e, nesse sentido, faz-se necessário o desenvolvimento de pesquisas mais amplas, por meio de métodos e abordagens distintas, a fim de esclarecer a correlação entre a infecção pela covid-19 e os distúrbios manifestados na cavidade oral da população em cena.

FONTE DE FINANCIAMENTO

Não houve financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Macena WG, Hermano LO, Costa TC. Alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento. *Rev Mosaicum*. 2018;15(27):223-38. Disponível em: <https://revistamosaicum.org/index.php/mosaicum/article/view/64>.
2. Gomes HL, Siqueira ELG, Francisco CB, Santos PT, Silva NCA, Calomeni NR. Efeitos na qualidade de vida de um programa de envelhecimento saudável e ativo durante pandemia de COVID-19. *Persp. Online: hum & sociais aplicadas*. 2021;30(11):104-13. Disponível em: https://ojs3.perspectivasonline.com.br/humanas_sociais_e_aplicadas/article/download/2276/2034.
3. Melo AF. A saúde do idoso em 2030: uma análise prospectiva do gasto público na saúde no Brasil [internet]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. 2011 [acesso em 06 maio 2021]. Disponível em: <https://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2011melo-af.pdf>.
4. Sabino-Silva R, Jardim ACG, Siqueira WL. Coronavirus COVID-19 impacts to dentistry and potential salivary diagnosis. *Clin. oral investig*. 2020;24(4):1619-21. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00784-020-03248-x>.
5. Souza ASR, Amorim, MMR, Melo ASO, Delgado AM, Florêncio ACMCC, Oliveira TV, *et al*. Aspectos gerais da pandemia de COVID-19. *Rev. bras. saúde mater. infant*. 2021;21(supl.1):29-45. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9304202100s100003>.
6. FIOCRUZ. Boletim Observatório Covid-19: semanas epidemiológicas 10 e 11. Observatório Covid-19 [internet]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; [acesso em 17 maio 2021]. Disponível em: https://agencia.fiocruz.br/sites/agencia.fiocruz.br/files/u34/boletim_covid_2021-semanas_10-11-red.pdf.
7. Amorim dos Santos J, Normando AGC, Carvalho da Silva RL, Acevedo AC, De Luca Canto G, Sugaya N, *et al*. Oral Manifestations in Patients with COVID-19: A Living Systematic Review. *J. dent. res*. 2021;100(2):141-54. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0022034520957289>.
8. Sinjari B, D'Ardes D, Santilli M, Rexhepi I, D'Addazio G, Di Carlo P, *et al*. SARS-CoV-2 and Oral Manifestation: An Observational, Human Study. *J Clin Med*. 2020;9(10):3218. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/jcm9103218>.
9. Kruschewsky JE, Mello SMF, Rodrigues AAAO. Recomendações para o cuidado da saúde bucal das pessoas idosas [internet]. Salvador: Secretaria Estadual de Saúde; [acesso em 17 maio 2021]. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/recomenda%C3%A7%C3%B5es-SA%C3%9ADE-BUCAL-DAS-PESSOAS-IDOSAS-30-05-2020-2.pdf>.
10. Barbosa Filho VC, Tricco AC. Scoping review: a relevant methodological approach for knowledge synthesis in Brazil's health literature. *Rev. bras. ativ. fis. saúde*. 2019;24:e0082. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12820/rbafs.24e0082>.
11. Munn Z, Peters MDJ, Stern C, Tufanaru C, McArthur A, Aromataris E. Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC med. res. methodol.* (Online). 2018;18(143):1-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>.
12. Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z, editors. *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual* [internet]. JBI. 2020 [acesso em 17 abr 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>.
13. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan: a web and mobile app for systematic reviews. *Syst. rev*. 2016;5(210):1-10. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>.

14. 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. Disponível em: <https://doi.org/10.7326/m18-0850>.
15. Brandão TB, Gueiros LA, Melo TS, Prado-Ribeiro AC, Nesrallah ACFA, Prado GVB, *et al.* Oral lesions in patients with SARS-CoV-2 infection: could the oral cavity be a target organ? *Oral surg. oral med. oral pathol. oral radiol.* 2021; 131(2):45-51. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.oooo.2020.07.014>.
16. Gherlone EF, Polizzi E, Tetè G, De Lorenzo R, Magnaghi C, Querini PR, *et al.* Frequent and Persistent Salivary Gland Ectasia and Oral Disease After COVID-19. *J. dent. res.* 2021;100(5):464-71. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0022034521997112>.
17. Hocková B, Riad A, Valky J, Sulajová Z, Stebel A, Slávik R, *et al.* Oral Complications of ICU Patients with COVID-19: Case-Series and Review of Two Hundred Ten Cases. *J. clin. med.* 2021;10(4):581. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/jcm10040581>.
18. Larvin H, Wilmott S, Wu J, Kang J. The Impact of Periodontal Disease on Hospital Admission and Mortality During COVID-19 Pandemic. *Front. Med.* 2020;7(604980):1-7. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fmed.2020.604980>.
19. Salehi M, Ahmadikia K, Mahmoudi S. Oropharyngeal candidiasis in hospitalised COVID-19 patients from Iran: species identification and antifungal susceptibility pattern. *Mycoses.* 2020;63(8):771-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/myc.13137>.
20. Granda EC, Cunha SGS, Silva MF, Campos KFC. COVID-19 em idosos: por que eles são mais vulneráveis ao novo coronavírus? *Braz. j. dev.* 2021;7(4):42572-81. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n4-630>.
21. Santos Júnior JCC, Souza MS, Santos VS, Carvalho JMS, Pires ALPV, Almeida CBS. Lesões orais em pacientes com COVID-19: uma síntese de evidências atuais. *J. public health dent.* 2020;11(2):224-32. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17267/2596-3368dentistry.v11i2.3223>.
22. Vinayachandran D, Balasubramanian SK. Is gustatory impairment the first report of an oral manifestation in COVID-19? *Oral dis.* 2021;27(3):748-749. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/odi.13371>.
23. Meira IA, Martins ML, Maciel PP, Cavalcanti YW, Araújo TP, Piagge CSLD. Multidisciplinaridade no cuidado e atenção à saúde bucal do idoso. *Rev. ciênc. méd.* 2018;27(1):39-45. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.24220/2318-0897v27n1a3949>.
24. Pessanha, JSJ. Pneumonia aspirativa em pacientes idosos e patologias orais [internet]. Almada, Portugal: Instituto Universitário Egas Moniz. 2020 [acesso em 14 maio 2021]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/35426>.
25. Cagnani A, Barros AMS, Sousa LLA, Zanin L, Bergamaschi CC, Peruzzo DC, *et al.* Periodontal disease as a risk factor for aspiration pneumonia: a systematic review. *Biosci. j.* 2016;32(3):813-21. Disponível em: <https://doi.org/10.14393/BJ-v32n3a2016-33210>.
26. De Rezende RP, Vieira VC, Carneiro GGVS, Ribeiro PL, Sarmiento VA. Uso da clorexidina na prevenção da pneumonia nosocomial em pacientes internados em UTI: revisão sistemática. *Rev. fac. odontol. Univ. Fed. Bahia.* 2020;50(1):35-45. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/revfo/article/view/37113>.
27. Scholz JR, Lopes MACQ, Saraiva JFK, Colombo FC. COVID-19, Sistema Renina-Angiotensina, Enzima Conversora da Angiotensina 2 e Nicotina: qual a inter-relação? *Arq. bras. cardiol.* 2020;115(4):708-11. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20200653>.

28. Matioli G, Benati MAFNO, Santos MCR. Atendimento domiciliar odontológico ao idoso em tempos de pandemia por COVID-19. Rev. Eletrônica Acervo Saúde. 2021;13(4):1-8. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/REAS.e6084.2021>.
29. Silva MF, Silva DSM, Bacurau AGM, Francisco PMSB, Assumpção B, Neri AL, *et al.* Ageísmo contra idosos no contexto da pandemia da covid-19: uma revisão integrativa. Rev. saúde pública (Online). 2021;55(4):1-14. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003082>.

Funcionalidade e qualidade de vida de pacientes hospitalizadas com diagnóstico de câncer ginecológico: estudo retrospectivo

Functionality and quality of life of hospitalized patients diagnosed with gynecological cancer: retrospective study

Tatiana Andrade Cacho , Thais Gontijo Ribeiro , Kalléria Waleska Correia Borges 

RESUMO

Objetivo: avaliar a funcionalidade e a qualidade de vida de mulheres diagnosticadas com câncer ginecológico.

Método: estudo quantitativo, analítico, observacional, transversal e retrospectivo.

Resultados: foram analisados 37 prontuários de pacientes com idade de $50 \pm 11,28$ anos. Com relação à funcionalidade, observou-se uma força muscular funcional, 75,68% apresentaram deambulação independente, e 83,78% apresentaram restrição para atividade física extenuante, porém capaz de realizar um trabalho de natureza leve ou sedentária. Avaliando a qualidade de vida, a escala funcional com melhor e pior resultado foi funcionamento físico ($70,27 \pm 27,11$) e desempenho de papéis ($49,10 \pm 41,93$). Na escala de sintomas, os piores resultados indicam problemas com diarreia ($86,49 \pm 29,88$), dispneia ($73,87 \pm 36,12$) e náuseas e vômito ($73,87 \pm 36,12$).

Conclusão: não houve impactos nas variáveis de função motora avaliadas. Analisando o diagnóstico e tratamento, verificou-se que afetam de modo significativo a qualidade de vida.

Palavras-chave: Câncer ginecológico; Funcionalidade; Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the functionality and quality of life of women diagnosed with gynecological cancer.

Method: quantitative, analytical, observational, cross-sectional and retrospective study.

Results: 37 medical records of patients aged 50 ± 11.28 years were analyzed. With regard to functionality, functional muscle strength was observed, 75.68% demonstrated independent walking, and 83.78% demonstrated restriction for strenuous physical activity, but capable of performing light or sedentary work. Evaluating quality of life, the functional scale with the best and worst results were physical functioning (70.27 ± 27.11) and role performance (49.10 ± 41.93). On the scale of symptoms, the worst results indicate problems with diarrhea (86.49 ± 29.88), dyspnea (73.87 ± 36.12) and nausea and vomiting (73.87 ± 36.12).

Conclusion: there were no effects on motor function assessments variables. Analyzing the diagnosis and treatment, it was treated that significantly improved the quality of life.

Keywords: Gynecological Cancer; Functionality; Quality of Life.

INTRODUÇÃO

Os tumores ginecológicos são uma causa importante de morbimortalidade em mulheres por todo o mundo¹. Em 2015, a nível global, a porcentagem de novos casos de câncer de colo de útero foi de 7,9%, câncer de endométrio de 4,8% e câncer de ovário de 2,1% e, analisando a mortalidade, o câncer de colo de útero foi responsável por 7,5% de todas as mortes por câncer feminino, enquanto as taxas de câncer de ovário e câncer endometrial eram de 4,3% e 2,1%, respectivamente². No Brasil, segundo a GLOBOCAN, dentre os principais novos cânceres ginecológicos estão o câncer de colo de útero (3%) e câncer de ovário (1,2%)³.

Sabendo dos impactos e mudanças que acompanham o paciente desde o diagnóstico da doença, tratamento e desfecho clínico, existem alguns fatores que usualmente são acometidos, como a força muscular, funcionalidade, mobilidade, performance e qualidade de vida dos indivíduos. A redução nos níveis de atividade física associada a outros efeitos colaterais, como perda de apetite, pode intensificar o desgaste físico e, conseqüentemente, a perda da força muscular total. Essa perda de força muscular torna-se um agravante nos esforços do paciente de câncer para executar tarefas diárias simples, comprometendo significativamente sua qualidade de vida^{4,5}.

Conceitualmente, a qualidade de vida foi definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Na prática clínica, “qualidade de vida” usualmente é conceituada baseada na percepção do paciente sobre a doença e o tratamento e seus efeitos, de forma objetiva e subjetiva. Sabendo disso, um melhor entendimento dos elementos que compõem essa percepção pode auxiliar o profissional de saúde a definir intervenções que contemplem a integralidade do paciente, e não se restrinjam à abordagem da doença e do tratamento⁶.

Por esse motivo, este trabalho visou avaliar a função motora e a qualidade de vida de mulheres hospitalizadas com diagnóstico de câncer ginecológico.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, analítico, observacional, transversal e retrospectivo, realizado nas enfermarias oncológicas e de cuidados continuados de um hospital terciário do Distrito Federal, no período de 01 de janeiro de 2021 a 31 de julho de 2021 por meio de análise de prontuários.

Foram incluídos no estudo prontuários de mulheres diagnosticadas com tumor/câncer ginecológico, com idade mínima de 18 anos de idade, atendidas nas enfermarias oncológicas, com duração de internação variável devido à gravidade do câncer. Foram excluídos do estudo prontuários incompletos, com descrição de qualquer disfunção neurológica ou acometimento que pudesse enviesar a coleta de dados, já que estes são relacionados à funcionalidade.

A coleta de dados foi realizada por meio da análise dos prontuários das pacientes com diagnóstico de câncer ginecológico. As variáveis estudadas incluíram dados de identificação do paciente (idade e sexo), diagnóstico clínico (câncer de colo de útero, ovário, endométrio, vagina e vulva), tratamentos prévios, comorbidades, força muscular (escala *Escore do Medical Research Council* – MRC), nível de mobilidade (escala *Intensive Care Unit Mobility Scale* – IMS), performance (escala *Eastern Cooperative Oncology Group* – ECOG) e qualidade de vida (questionário *European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire* – EORTC QLQ-C30).

Sendo assim, para avaliação da força muscular, foi utilizado o *Escore do Medical Research Council* – Escala MRC, validada e adaptada para a população brasileira⁷, que avalia 6 movimentos (abdução do ombro, flexão do cotovelo, extensão do punho, flexão do quadril, extensão do joelho e dorsiflexão do tornozelo) com graduação de força muscular variando de 0 a 5 (0 = Nenhuma contração visível; 1 = Contração visível e palpável sem movimento do segmento; 2 = Movimento ativo com eliminação da gravidade; 3 = Movimento ativo contra a gravidade; 4 = Movimento ativo contra a gravidade e resistência; 5 = Força normal do músculo contra a gravidade e resistência)⁸. Conforme o somatório da pontuação, a força muscular foi dividida em quatro categorias para a caracterização da amostra, a saber: MRC $\geq$ 48 a 60 pontos evidenciam força muscular preservada; MRC < 48 pontos

fraqueza muscular periférica; MRC < 30 pontos fraqueza muscular grave; e MRC < 27 pontos fraqueza muscular severa⁹.

Para avaliação da mobilidade foi utilizada a Escala *Intensive Care Unit Mobility Scale* – IMS, validada e adaptada para a população brasileira¹⁰, que caracteriza a capacidade de mobilidade do paciente no ambiente de internação hospitalar. A escala apresenta classificação de 0 a 10 (0 = Nada, deitado no leito; 1 = Sentado no leito, exercícios no leito; 2 = Transferido passivamente para a cadeira, sem ortostatismo; 3 = Sentado à beira do leito; 4 = Ortostatismo; 5 = Transferência do leito para a cadeira; 6 = Marcha estacionária à beira do leito; 7 = Deambular com auxílio de 2 ou mais pessoas; 8 = Deambular com auxílio de 1 pessoa; 9 = Deambulação independente com auxílio de um dispositivo de marcha; 10 = Deambulação independente sem auxílio de um dispositivo de marcha)¹¹.

Para avaliação da performance foi utilizada a Escala *Eastern Cooperative Oncology Group* – ECOG, que avalia como a doença afeta as habilidades de vida diária do paciente, com escore que varia de zero a cinco pontos, permitindo classificar o paciente com o índice 0 (totalmente ativo, capaz de continuar todo o desempenho de pré-doença, sem restrição), 1 (restrito para atividade física extenuante, porém capaz de realizar um trabalho de natureza leve ou sedentária), 2 (completamente capaz para o autocuidado, mas incapaz de realizar quaisquer atividades de trabalho; fora do leito por mais de 50% do tempo), 3 (capacidade de autocuidado limitada, restrito ao leito ou à cadeira mais de 50% do tempo de vigília), 4 (completamente limitado, não pode exercer qualquer autocuidado; restrito ao leito ou à cadeira) e 5 (morto)¹².

Por fim, para avaliação da qualidade de vida, foi utilizado o *European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire* – EORTC QLQ-C30, que é um dos questionários sobre qualidade de vida mais utilizados para câncer, que aborda 30 questões divididas em escalas que avaliam o estado de saúde global, aspectos funcionais e sintomas. É reproduzível para a população brasileira¹³. Dentre as questões, são avaliados efeitos colaterais do tratamento, sofrimento psicológico, funcionamento físico, interação social, sexualidade, imagem corporal, saúde global, qualidade de vida e satisfação com os cuidados médicos, independen-

temente do tipo de câncer¹⁴. Maior valor obtido para o estado de saúde global indica maior percepção de saúde pelo paciente, maiores valores obtidos nos itens da escala funcional indicam maior funcionalidade e maiores valores nos itens da escala de sintomas indicam alto grau de sintomatologia e problemas decorrentes da doença. Cada item da escala é convertido para o padrão de valores de 0 a 100, considerando o valor médio obtido, subtraindo o valor 1, e dividindo pela diferença entre a nota máxima e mínima, conforme consta no manual¹⁵.

Este estudo faz parte de um projeto guarda-chuva, e foi elaborado de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde), submetido à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal (CEP/IGESDF) (CAAE 34449720.8.0000.8153). Todos os participantes incluídos no estudo aceitaram participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

As variáveis foram tabuladas e analisadas pelo programa R v4.1. As variáveis numéricas foram apresentadas em médias, medianas, desvios padrões e as variáveis categóricas em frequência absoluta e porcentagens. Para avaliar as relações das variáveis foram realizados testes como Mann-whitney, Correlação de Spearman e teste de Qui-quadrado e foi considerado nível de 0,05 para significância estatística. A normalidade não foi testada, pois os testes não paramétricos utilizados possuem resultados assintóticos similares aos paramétricos.

RESULTADOS

Foram incluídos 37 prontuários no estudo, com média de idade das de 50 ± 11,28 anos, com diagnóstico de câncer mais prevalente o de colo de útero (48,65%), seguido do câncer de ovário (35,14%), endométrio (13,51%) e vagina (2,7%). Não foi observado nenhum caso de câncer de vulva na amostra estudada. O estadiamento mais prevalente, seguindo a Classificação de Tumores Malignos/Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (TNM/FIGO), foi o IIIC (n = 6; 16,22%), seguido dos estadiamentos IB e IVB, ambos com 10,81% (n = 4), mas não foi observado resultado estatisticamente significativo com demais variáveis.

Avaliando a presença de comorbidades, mais da metade da amostra, não possuía hipertensão arterial (HAS) (54,05%) e diabetes mellitus (DM) (86,49%). Em relação à presença de outras comorbidades, alterações no sistema renal e cardiovascular estavam presentes em 16,67% e 11,11% das pacientes, respectivamente.

No tratamento terapêutico, o tipo mais frequente foi a cirurgia (35,29%), seguido da quimioterapia (21,57%) e radioterapia (13,73%). Somente 3 pacientes (5,88%) passaram por braquiterapia, e outras 12 (23,53%) não haviam sido submetidas a nenhum tipo de tratamento até o momento da coleta.

Na avaliação da função motora, as pacientes apresentaram uma média de $52 \pm 5,11$ na escala MRC, que evidencia força muscular alte-

rada, mas sem repercussão funcional. Em complemento, 75,68% das pacientes apresentaram pontuação 10 na escala IMS, indicando funcionalidade com deambulação independente. Já na avaliação da escala ECOG, 83,78% apresentaram pontuação 1, que indica que há uma restrição a atividades físicas rigorosas, mas são capazes de realizar trabalhos leves e de natureza sedentária (Tabela 1).

Já no questionário EORTC QLQ-C30 (Tabela 2), as pacientes apresentaram estado de saúde global razoável (com mediana de 66,66). Na escala funcional, o melhor resultado foi observado no funcionamento físico ($70,27 \pm 27,11$) e o pior resultado no desempenho de papéis ($49,10 \pm 41,93$). Na escala de sintomas, os piores resultados indicam problemas com diarreia ($86,49 \pm 29,88$), dispneia ($73,87 \pm 36,12$) e náuseas e vômito ($73,87 \pm 36,12$).

Tabela 1

Força muscular, mobilidade e performance de 37 mulheres com câncer ginecológico internadas no hospital terciário. Brasília-DF, 2021.

Escala	Pontuação	Frequência (%)
Força Muscular – Escala MRC (0-60 pontos)	$52 \pm 5,11^*$	–
Mobilidade – Escala IMS (0-10)	1	0
	2	0
	3	0
	4	0
	5	0
	6	1 (2,7)
	7	1 (2,7)
	8	7 (18,92)
	9	0
	10	28 (75,68)
Performance – Escala ECOG (0-4)	1	31 (83,78)
	2	6 (16,22)
	3	0
	4	0

Legenda: * Resultado descrito em média e desvio padrão; % porcentagem; MRC (*Escore do Medical Research Council*); IMS (*ICU Mobility Scale*); ECOG (*Eastern Cooperative Oncology Group*).

Analisando a associação entre os escores obtidos para a escala de qualidade de vida EORTC QLQ-C30 com o tipo de câncer, estadiamento do câncer, tratamento terapêutico, comorbidades, escala MRC, escala IMS e escala ECOG, foi observado resultado estatisticamente significativo ($p < 0,05$) entre o estado de saúde geral do EORTC QLQ-C30 com o tipo de câncer ($p = 0,02$), mais estatisticamente para as pacientes com diagnóstico de câncer de colo de útero.

Foi observado também significância estatística entre o funcionamento emocional do EORTC QLQ-C30 e a escala MRC ($p = 0,04$), indicando que valores da escala de funcionamento emocional mais altos geram valores mais baixos na

escala MRC. Por fim, referente aos sintomas, náuseas e vômito ($p < 0,001$) e constipação ($p < 0,001$) no EORTC QLQ C- 30, apresentaram maior frequência nas pacientes com pontuação 1 na escala.

Não houve associação estatisticamente significativa entre o tipo de tratamento e o questionário de qualidade de vida EORTC QLQ-C30.

Além das variáveis correlacionadas com o questionário de qualidade de vida, observou-se que, o diagnóstico e o estadiamento correlacionado à parte motora (escalas MRC, IMS e ECOG) também não foram estatisticamente significativa.

Tabela 2

Análise descritiva dos resultados do EORTC QLQ-C30 de 37 mulheres com câncer ginecológico internadas no hospital terciário. Brasília-DF, 2021.

Escala	Variável	Média ± DP	Mediana
Saúde Global	Estado de Saúde Geral	58,33 ± 29,27	66,66
Funcionalidade	Funcionamento Físico	70,27 ± 27,11	80
	Desempenho de papéis	49,10 ± 41,93	33,33
	Funcionamento Emocional	49,10 ± 28,38	50
	Funcionamento cognitivo	66,21 ± 30,80	66,66
	Funcionamento social	69,37 ± 40,92	100
Sintomas	Fadiga	52,85 ± 31,58	44,44
	Náuseas e vômito	59,46 ± 37,59	66,66
	Dor	44,59 ± 35,80	33,33
	Dispneia	73,87 ± 36,12	100
	Insônia	46,84 ± 40,41	33,33
	Perda de apetite	45,94 ± 44,69	33,33
	Constipação	53,15 ± 43,36	66,66
	Diarreia	86,49 ± 29,88	100
	Dificuldades financeiras	50,45 ± 43,48	66,66

Legenda: DP = Desvio Padrão; EORTC QLQ-C30 (European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire).

DISCUSSÃO

O presente estudo mostrou resultados similares aos identificados por Soares e Silva (2010)¹⁶, o qual evidenciou que a incidência de cânceres ginecológicos, em especial o câncer de colo de útero, torna-se evidente na faixa etária de 20 a 29 anos e com risco aumentado rapidamente até atingir seu pico geralmente na faixa etária de 45 a 49 anos. Feres *et al.* (2018)¹⁷ corroboram os achados, com registro epidemiológico de 2012 a 2016, com informações de que mulheres com idade entre 40 a 49 anos foram as que mais tiveram internações.

Assim como visto em outros estudos¹⁷⁻¹⁹, o câncer ginecológico mais frequente na população estudada foi o câncer de colo de útero, corroborando com dados publicados pelo INCA (2019)²⁰, que descreve este câncer como o primeiro dos cânceres ginecológicos e, terceiro mais frequente na população feminina, excetuando-se o câncer de pele não melanoma.

Tendo em vista as alterações decorrentes do tratamento oncológico, como cirurgia, radioterapia e quimioterapia, as estruturas fibroelásticas e musculares sofrem alterações, propiciando fraqueza muscular e/ou alterações de funcionalidade²¹. Estudos que avaliam a força muscular na população de tumores ginecológicos usualmente descrevem alterações nervosas, com consequente fraqueza da musculatura do assoalho pélvico e/ou alterações na função sexual, mais especificamente, diferentemente do presente estudo, que avaliou a força muscular global.

Em relação à capacidade funcional avaliada pela escala ECOG, no estudo de Rech *et al.* (2018)²² foram analisados dados de qualidade de vida e capacidade funcional em pacientes com câncer ($n = 101$), sendo os cânceres do aparelho ginecológico o segundo mais frequente no estudo ($n = 16$), descreveram que mais da metade da amostra estudada apresentava status de performance de 80% na escala de Karnofsky, o que comparativamente a escala ECOG, indicaria pontuação 1.

No que se refere à qualidade de vida, a aplicação do questionário EORTC QLQ-C30 indica percepção de estado de saúde global pelas pacientes, inferior aos resultados encontrados para a população estudada por Rech *et al.* (2018)²² (média de 67,50) e Toriy *et al.* (2015)¹⁸ (média pré-tratamento de $71,35 \pm 12,89$ e pós-tratamento de $67,18 \pm 20,52$).

O presente estudo demonstrou pior resultado na escala funcional do desempenho dos papéis o que corrobora os achados do estudo de Rech *et al.* (2018)²². Apesar de apresentar resultados pouco superiores (média de 52,83), este também observou pior resultado na mesma escala funcional. Já Toriy *et al.* (2015)¹⁸, também na escala funcional, na função emocional foi o mais afetado (média pré-tratamento de $36,97 \pm 37,26$ e pós-tratamento de $32,29 \pm 30,71$), que, comparativamente ao presente estudo, foi o segundo tópico com pior resultado. Outros estudos^{23,24} também descreveram maiores alterações na escala funcional, porém sem especificar qual a variável mais acometida.

Esses resultados sobre funcionalidade podem estar ligados à heterogeneidade da população estudada, e também, pelas enfermarias oncológicas com características muito diferentes. Na enfermaria de cirurgia oncológica as pacientes ($n = 22$) foram abordadas em um único momento, sem diferenciar se estavam no pré ou pós-cirúrgico, com um estado geral de saúde relativamente melhor, com diagnóstico mais recente, tendo passado ou não por algum tratamento, o que acaba trazendo menos impacto. Já a enfermaria de cuidados continuados apresenta pacientes ($n = 15$) que já estavam em tratamento oncológico prolongado, usualmente já haviam passado por cirurgia prévia, entre outras características.

Na análise da qualidade de vida e tipo de tratamento, mesmo sabendo das alterações que o tipo de tratamento pode trazer para essas pacientes, o detalhamento do tipo de tratamento realizado não foi abordado no presente estudo, uma vez que não interferiu nos resultados e objetivos inicialmente propostos, não demonstrando relevância estatisticamente. Foi observado que os sintomas de diarreia, dispneia e náuseas e vômitos foram os mais presentes nesta amostra. Estudos^{18,22,25} descrevem que a radioterapia apresenta grande influência para aparecimento de sintomas como fadiga, náuseas e vômitos, dor, dispneia, insônia, perda de apetite e diarreia, com sintomas agravados quando havia concomitância da radioterapia com a quimioterapia e/ou braquiterapia. Estes achados explicam o acometimento por esses sintomas na população estudada. Alterações na escala de sintomas também foram observados no estudo de Aredes, Garcez & Chaves (2018)²⁶, com predominância para náuseas e vômito e diarreia.

Nosso estudo apresenta algumas limitações como a amostra pequena, restrição de dados nos pron-

tuários e a falta de outros estudos publicados que abordam o tema, o que dificultou a comparação direta dos resultados obtidos.

CONCLUSÃO

As pacientes apresentaram força muscular alterada, mas sem repercussão funcional, grande maioria com funcionalidade preservada e deambulação independente e restrição leve para atividades físicas, trabalhos leves e de natureza sedentária.

Analisando o diagnóstico e tratamento do câncer ginecológico, verificou-se que este afeta de modo

significativo a qualidade de vida, considerando variáveis funcionais, de sintomas e de estado de saúde global. Neste contexto, os resultados encontrados indicam limitações de qualidade de vida tanto nas escalas funcionais quanto nas de sintomas, indicando repercussões nos aspectos físico, social e emocional das pacientes.

Por fim, considera-se necessária a realização de outros estudos sobre o tema, no intuito de aumentar a base de informações sobre a função motora e qualidade de vida em pacientes com câncer ginecológico, possibilitando que sejam analisadas e estabelecidas as estratégias de enfrentamento mais adequadas.

REFERÊNCIAS

1. Diaz-Padilla I, Amir E, Marsh S, Liu G, MacKay H. Genetic polymorphisms as predictive and prognostic biomarkers in gynecological cancers: A systematic review. Vol. 124, *Gynecologic Oncology*. 2012. p. 354-65. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2011.10.034>.
2. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, *et al.* Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer*. 2015 Mar;136(5):E359-86. <https://doi.org/10.1002/ijc.29210>.
3. The Global Cancer Observatory. World Health Organization. [Internet]. 2020 [cited 2023 Apr 2]. Available from: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/76-brazil-fact-sheets.pdf>.
4. Battaglini C, Bottaro M, Dennehy C, Barfoot D, Shields E, Kirk D, *et al.* Efeitos do treinamento de resistência na força muscular e níveis de fadiga em pacientes com câncer de mama. Vol. 12, *Rev Bras Med Esporte*. 2006. <https://doi.org/10.1590/S1517-86922006000300009>.
5. Pastore CA, Helena M, Oehlschlaeger K, Gonzalez MC. Impacto do Estado Nutricional e da Força Muscular Sobre o Estado de Saúde Geral e Qualidade de Vida em Pacientes com Câncer de Trato Gastrointestinal e de Pulmão. Impact of Nutritional Status and Muscle Strength on Global Health and Quality of Life Status i. Vol. 59, *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2013. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2013v59n1.541>.
6. Mansano-Schlosser T, Filomena Ceolim M. 600-Artigo Original Texto Contexto Enferm. Vol. 21, Jul-Set. 2012. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000300015>.
7. Kovelis D, Segretti NO, Probst VS, Lareau SC, Brunetto AF, Pitta F Validação do Modified Pulmonary Functional Status and Dyspnea Questionnaire e da escala do Medical Research Council para o uso em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica no Brasil. *J Bras Pneumol* [Internet]. 2008 Dec 25;34(12):1008-18. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s10346-005-0027-7>.
8. Latronico N, Gosselink R. A guided approach to diagnose severe muscle weakness in the intensive care unit. Vol. 27, *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. Associação de Medicina Intensiva Brasileira – AMIB; 2015. p. 199-201. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20150036>.
9. Hermans G, Clerckx B, Vanhullebusch T, Segers J, Vanpee G, Robbeets C, *et al.* Interobserver agreement of medical research council sum score and handgrip strength in the intensive care unit. *Muscle and Nerve*. 2012;45(1):18-25. <https://doi.org/10.1002/mus.22219>.

10. Kawaguchi YMF, Nawa RK, Figueiredo TB, Martins L, Pires-Neto RC. Perme Intensive Care Unit Mobility Score and ICU Mobility Scale: translation into Portuguese and cross-cultural adaptation for use in Brazil. J Bras Pneumol [Internet]. 2016 Dec;42(6):429-34. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132016000600429&lng=en&tlng=en.
11. Hodgson C, Needham D, Haines K, Bailey M, Ward A, Harrold M, *et al.* Feasibility and inter-rater reliability of the ICU Mobility Scale. Hear Lung J Acute Crit Care. 2014 Jan;43(1):19-24. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2013.11.003>.
12. Pereira EEB, Santos NB, Sarges ESNE. Avaliação da capacidade funcional do paciente oncogeriatrico hospitalizado. Rev Pan-Amazônica Saúde. 2014;5(4):37-44. <http://dx.doi.org/10.5123/S2176-62232014000400005>.
13. Franceschini J, Jardim JR, Fernandes ALG, Jamnik S, Santoro IL. Reprodutibilidade da versão em português do Brasil do European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire em conjunto com seu módulo específico para câncer de pulmão. J Bras Pneumol [Internet]. 2010 Oct;36(5):595-602. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132010000500011&lng=pt&tlng=pt.
14. Scott NW, Fayers PM, Aaronson NK, Bottomley A, De Graeff A, Groenvold M, *et al.* EORTC QLQ-C30 Reference Values This manual presents reference data for the QLQ-C30 based upon data provided by EORTC. 2008. https://www.eortc.org/app/uploads/sites/2/2018/02/reference_values_manual2008.
15. Fayers PM, Aaronson NK, Bjordal K, Groenvold M, Curran D, Bottomley A *et al.* (2001). The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual, 3rd Ed. Brussels: European Organisation for Research and Treatment of Cancer.
16. Soares EM, Silva SR. Perfil de pacientes com câncer ginecológico em tratamento quimioterápico. Rev Bras Enferm [Internet]. 2010 Aug;63(4):517-22. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000400003>.
17. Feres TM, *et al.* Prevalência de câncer no colo uterino: um estudo descritivo. Brazilian J Surg Clin Res. 2018;22(2):54-8. <http://www.mastereditora.com.br/bjscr>.
18. Toriy AM, Pires SA, Zomkowski K, Luza CM, Krawulski E, Sperandio FE. Processo De Recuperação Físico E Emocional No Pós-Câncer Ginecológico. Cad Ter Ocup da UFSCar. 2015;23(4):747-56. <https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAO0584>.
19. da Fonseca AJ, Ferreira LP, Dalla-Benetta AC, Roldan CN, Ferreira MLS. Epidemiology and economic impact of cervical cancer in Roraima, a Northern state of Brazil: The public health system perspective. Rev Bras Ginecol e Obstet. 2010;32(8):386-92. <https://doi.org/10.1590/s0100-72032010000800005>.
20. Instituto Nacional de Câncer – INCA, Ministério da Saúde. Tipos de câncer. [Internet]. 2019. Available from: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/>.
21. Noronha AF, Figueiredo EM, Figueiredo Franco TMR, Cândido EB, Silva Filho AL. Treatments for invasive carcinoma of the cervix: What are their impacts on the pelvic floor functions? Int Braz J Urol. 2013;39(1):46-54. <https://doi.org/10.1590/S1677-5538.IBJU.2013.01.07>.
22. Rech C. Qualidade de vida e capacidade funcional: Associação da escala de performance de Karnofsky e questionário EORTC QLQ-C30 como preditor de saúde global em pacientes com câncer. 2018. <http://tede.unioeste.br/handle/tede/4131>.

23. Pessôa GA, Fernandes JA, Matheus JPC, Matheus LBG. Aumento da fadiga e redução da qualidade de vida após tratamento de câncer do colo do útero. *ConScientiae Saúde*. 2017;15(4):564-74. <https://doi.org/10.5585/conssaude.v15n4.6767>.
24. Santos ALA, Moura JFP, Santos CAAL, Figueiroa JN, Souza AI. Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde em Pacientes com Câncer do Colo do Útero em Tratamento Radioterápico. *Rev Bras Cancerol*. 2012;58(3):507-15. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2012v58n3.609>.
25. Silveira CF, Regino PA, Soares MBO, Mendes LC, Elias TC, Silva SR. Quality of life and radiation toxicity in patients with gynecological and breast cancer. *Esc Anna Nery – Rev Enferm*. 2016;20(4):1-9. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160089>.
26. Aredes MA, Garcez MR, Chaves GV. Influence of chemoradiotherapy on nutritional status, functional capacity, quality of life and toxicity of treatment for patients with cervical cancer. *Nutr Diet*. 2018;75(3):263-70. <https://doi.org/10.1111/1747-0080.12414>.

Comunicação interpessoal no tratamento fisioterapêutico de pessoas com dor lombar crônica: uma metassíntese de estudos sobre a percepção de pacientes

Interpersonal communication in physiotherapy treatment of people with chronic low back pain: a meta-synthesis of studies on patients' perception

Sofia Paiva Sventnickas , Rogéria da Silva de Oliveira, Ana Carolina Bertini , Adriane Vieira 

RESUMO

O estudo explorou como pessoas com dor lombar crônica percebem a comunicação com o fisioterapeuta no processo terapêutico a partir de uma revisão sistemática de estudos qualitativos, conhecida como metassíntese.

Métodos: foram consultadas as bases de dados PubMed, EMBASE, BIREME, PsycINFO, Scopus e Scielo e utilizados os termos *Back Pain* AND *Qualitative Research*. A qualidade metodológica foi avaliada pelo *Critical Appraisal Skills Program*.

Resultados/Discussão: os estudos analisados demonstram que a satisfação de pessoas com o tratamento da dor lombar crônica está relacionada à habilidade do fisioterapeuta de fornecer orientações que contribuam para realização das atividades do cotidiano e explicações sobre os exercícios e a multidimensionalidade da dor.

Palavras-chave: Dor Lombar; Dor Crônica; Comunicação em Saúde; Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

The study explored how people with low back pain perceive communication with the physiotherapist in the therapeutic relationship based on a systematic review of qualitative studies, known as metasynthesis.

Methods: the PubMed, EMBASE, BIREME, PsycINFO, Scopus and Scielo databases were consulted and the terms *Back Pain* and *Qualitative Research* were used. Methodological quality was assessed by the *Critical Appraisal Skills Program*.

Results/Discussion: the analysed studies showed that the satisfaction of people with the treatment of low back pain is related to the physiotherapist's ability to provide guidance that contributes to carrying out daily activities and explanations about exercises and the multidimensionality of pain.

Keywords: Low Back Pain; Chronic Pain; Health Communication; Qualitative Research.

INTRODUÇÃO

Estudos afirmam que a dor lombar crônica (DLC) é classificada como inespecífica em 90-95% dos casos e, portanto, entendida como um problema multifatorial¹⁻². Isso significa que os sintomas não estão diretamente correlacionados com alterações anatomopatológicas, mas são decorrentes de uma relação complexa entre aspectos cognitivos, psicológicos, sociais, físicos e de estilo de vida que influenciam a percepção e a intensidade dos sintomas relatados pela pessoa².

Devido à característica inespecífica da DLC, diretrizes internacionais para o tratamento da DLC recomendam a abordagem de fatores psicossociais durante o tratamento, considerando relevantes ações de educação em relação a como a neurociência entende atualmente a dor crônica e de orientação do paciente para a prática regular de exercícios que possam contribuir para redução do quadro de dor³⁻⁴. Essas ações demandam uma boa capacidade comunicativa por parte do profissional de saúde, sendo essa habilidade um elemento considerado essencial no relacionamento entre o paciente e o profissional de saúde para que se atinja os objetivos terapêuticos⁵.

Segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, a comunicação interpessoal no processo terapêutico é considerada um fator ambiental que pode influenciar tanto positivamente quanto negativamente o resultado de tratamentos⁶. Além disso, as revisões sistemáticas realizadas por Hush, Cameron e Mackey⁷ e Oliveira e colaboradores⁸ demonstraram que a comunicação eficaz entre profissional de saúde e paciente está relacionada à satisfação com o tratamento. Segundo Schiavo⁹, em uma comunicação eficaz, as mensagens afetam mais facilmente as atitudes das pessoas e as motivam a investir em mudanças na vida cotidiana, tendo em vista que ao possibilitar novos significados, novas formas de compreender e processar as experiências são incorporadas.

No contexto da Fisioterapia, uma boa comunicação tem sido incentivada como parte de uma abordagem centrada no paciente, no qual o profissional reconhece e valoriza a subjetividade da pessoa, buscando compreender melhor suas experiências, necessidades e preferências para o tratamento^{10,11}. Assim, para que se possa entender a subjetividade do indivíduo e estabelecer uma relação de maior confiança, de acordo com o cuidado centrado na pessoa, o profissional deve demonstrar competência, cultura e investir em uma comunicação empática, na qual a experiência do paciente seja entendida e acolhida sem julgamentos^{9,12}. Com isso, entender como pes-

soas com DLC percebem a comunicação com o fisioterapeuta torna-se relevante para identificarmos elementos que podem melhorar a satisfação em relação ao tratamento e gerar um envolvimento mais ativo dos pacientes no processo terapêutico¹³. No entanto, ainda não há revisões sistemáticas que reúnem achados sobre a percepção de pessoas com DLC, tendo como foco aspectos da comunicação com o fisioterapeuta. Desse modo, esse estudo teve como objetivo explorar, através de uma metassíntese, como as pessoas com DLC têm percebido a comunicação com o fisioterapeuta no processo terapêutico.

MÉTODOS

Este estudo é uma revisão sistemática de estudos qualitativos, conhecida como metassíntese. Nessa abordagem metodológica, os autores analisam e sintetizam resultados de pesquisas qualitativas¹⁴, possibilitando explorar significados, experiências e perspectivas dos participantes tanto profundamente quanto amplamente¹⁵. Com isso, a realização desse método de pesquisa vem sendo defendida por complementar evidências necessárias para a prática clínica¹⁶. Além de analisar e sintetizar os resultados, a metassíntese qualitativa integra interpretativamente os achados qualitativos, não sendo apenas a apresentação desses achados, mas uma nova interpretação¹⁷.

Apesar da pesquisa qualitativa ainda ser recente na fisioterapia, ela vem crescendo nas últimas décadas por compreender melhor as perspectivas e experiências das pessoas em contextos pessoais¹⁸. A compreensão dessas questões vem sendo considerada uma importante competência da fisioterapia, sendo que a Confederação Internacional de Fisioterapia afirma que a prática do fisioterapeuta deve ser responsiva às necessidades de saúde do paciente e da sociedade, abrangendo o bem-estar físico, psicológico, emocional e social¹⁹.

Como critérios de elegibilidade, os estudos incluídos nesta revisão deveriam apresentar uma metodologia qualitativa e discorrer sobre a percepção de pessoas com DLC sobre a comunicação com o fisioterapeuta no processo terapêutico. A estratégia de busca foi realizada nas bases de dados PubMed, EMBASE, BIREME, PsycINFO, Scopus e Scielo em 2018 e atualizada em maio de 2021 com os termos “Back Pain” OR “Low Back Pain” OR “Chronic Low Back Pain” OR “Chronic Backache” AND “Qualitative Research” OR “Qualitative Methodology” OR “Qualitative Investigation” OR “Qualitative Study” OR “Qualitative Methode”. Para a seleção dos trabalhos, foram lidos os títulos e resumos de todos os artigos identificados pela estratégia de busca e, quando necessário, foram

consultados na íntegra, seguindo o fluxograma preconizado pelo PRISMA 2020 Statement²⁰.

Para avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos foi utilizado o *Critical Appraisal Skills Program* (CASP) por ser um dos instrumentos mais utilizados nas metassínteses¹² e por ser recomendado pela Cochrane Collaboration²¹.

A pesquisa foi registrada no International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO) sob número CRD42020145575.

A análise dos resultados foi feita por três autoras seguindo o proposto por Braun e Clarke²². Como primeira etapa do processo, as autoras realizaram individualmente uma leitura minuciosa dos artigos incluídos para formulação de tópicos que sintetizassem os resultados dos estudos contemplados. Após a formulação dos tópicos iniciais, estes foram agrupados em possíveis temas, que posteriormente foram revisados e nomeados através de reuniões periódicas realizadas entre as pesquisadoras envolvidas. Por fim, foi realizada uma tabe-

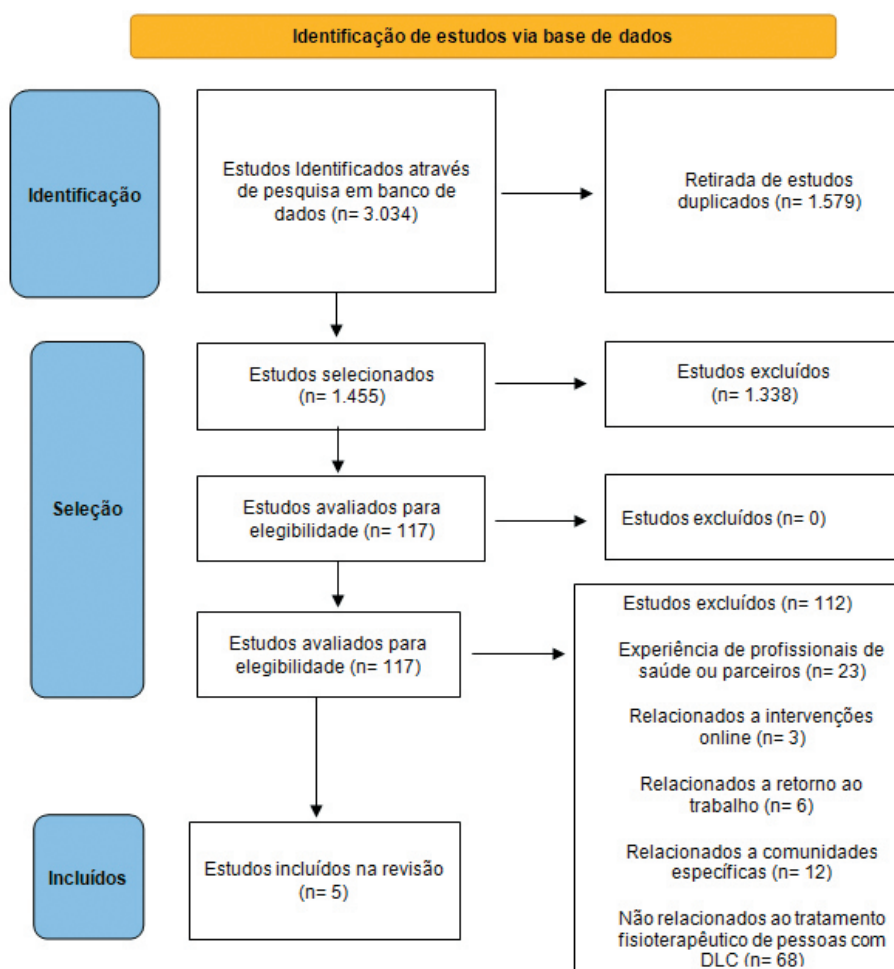
la com os resultados dos artigos incluídos organizados nos temas finais. Para cada tema, foram extraídas falas dos participantes que mais representassem a unidade temática. Através da tabela produzida deu-se início a escrita dos resultados.

RESULTADOS

Foram encontrados 3.034 artigos nas bases de dados. Após a exclusão de 1.579 duplicatas, 1.455 títulos e resumos foram lidos, sendo desses, 1.338 excluídos por discorrerem sobre outras condições de dor, estarem relacionados a outras metodologias de pesquisa, não estarem associados às experiências relacionadas ao processo terapêutico de pessoas com DLC com fisioterapeutas ou estarem relacionados a experiências no pós-operatório de coluna. Portanto, 117 trabalhos foram lidos na íntegra, sendo excluídos 112 por não atenderem aos critérios de inclusão, como especificado na Figura 1. Com isso, cinco artigos foram selecionados para compor a pesquisa (Figura 1).

Figura 1

Fluxograma PRISMA 2020 para revisões sistemáticas que incluíram pesquisas em bancos de dados.



Os estudos selecionados para análise nesta metassíntese foram publicados entre 2000 e 2018, desenvolvidos na Europa e apresentavam objetivos distintos, porém, sempre relacionados a percepções de pessoas sobre a comunicação com fisioterapeutas durante o tratamento de um quadro de DLC. Os métodos de coleta de dados mais utilizados foram entrevistas semiestruturadas, sendo também utilizados grupos focais e questionário com perguntas abertas, respondidas por escrito pelos participantes. O número de participantes variou de sete a 44. No Quadro 1 (Apêndice) constam mais informações quanto às características dos estudos incluídos.

No que diz respeito à avaliação da qualidade metodológica pelo CASP conforme descrito no Quadro 2 (Apêndice), todos os estudos responderam às duas primeiras questões, chamadas de questões de triagem. O critério que os estudos demonstraram maior dificuldade em atender foi o relativo à relação entre pesquisador e participante, em que os autores deveriam deixar claro se examinaram criticamente sua influência e viés potencial durante a formulação das questões de pesquisa e coleta de dados, e se explicitaram como responderam a eventos durante o estudo²³.

Nas temáticas apresentadas e discutidas nos artigos, é possível observar a presença de fatores relacionados à comunicação interpessoal que são percebidos pelos participantes como relevantes para gerar satisfação com o processo terapêutico, entretanto, em quatro dos cinco estudos analisados, houve também relatos de uma percepção de dificuldade nesta comunicação.

Um elemento considerado importante pelos participantes dos estudos na comunicação com fisioterapeutas, principalmente quando a dor era percebida pelo participante da pesquisa como relacionada unicamente com dano tecidual, foi a habilidade do profissional de explicar a dor de uma maneira que possibilitasse rever as crenças sobre a dor e contribuísse para a compreensão das diferentes dimensões que podem interferir na percepção de dor. Na pesquisa de Toye e Barker²⁴, por exemplo, os participantes comentaram que a comunicação com o fisioterapeuta lhes permitiu perceber que mais fatores podem estar associados à dor lombar, ajudando-os a rever a importância de alterações estruturais e a compreender que não existe uma relação direta entre intensidade da dor e alterações anatomopatológicas:

“O fisioterapeuta me disse várias coisas que transformaram toda a minha existência... eles veem discos degenerados em crianças que não sentem dor... então a degeneração do disco não tem influência sobre como [a dor] será”²⁴.

Os participantes também puderam entender como seus sintomas se relacionam a outras questões, como as psicológicas, percebendo a interação entre questões psicológicas e físicas²⁴.

“Eu acho que é tudo uma questão de relaxamento para ser honesto. Até certo ponto, pode ser a mente sobre a matéria, pode ser um pouco da minha cabeça... você fica tenso e preocupado que as coisas estão dando errado, e isso meio que provoca o espasmo”²⁴.

O investimento na comunicação interpessoal também se mostrou relevante para lidar com aspectos que influenciam a intensidade da dor e a adesão ao tratamento, sendo o medo do movimento o principal fator identificado nos estudos desta revisão²⁴⁻²⁵. A supervisão e as explicações detalhadas fornecidas pelos fisioterapeutas durante a execução dos movimentos e dos exercícios específicos no processo terapêutico, assim como o investimento em argumentos que justificavam a necessidade de movimentar-se mesmo que com dor, foram estratégias mencionadas como importantes para reduzir esse medo:

“[...] foi bom eu ter que fazer os exercícios enquanto estava com dor... Eu não teria avançado mais emocionalmente se não tivesse passado por isso”²⁴.

“[...] então, se eu colocar em prática as coisas que me foram ensinadas, isso realmente está ajudando... aliviar a pressão nas partes que estão me causando dor... Entendo que estou trazendo meu corpo de volta ao equilíbrio”²⁴.

“Eu acho que toda vez que somos apoiados, como na fisioterapia, podemos fazer as coisas melhor. Quando você está sozinho, você está com medo! Você está com medo de se machucar; você não sabe o que precisa ser feito. Foi isso que me fez parar de fazer os movimentos”²⁵.

A importância de uma comunicação que contribua para a identificação de hábitos que se mostram provocativos e que negocie mudanças possíveis em relação aos fatores que agravam a dor durante a realização das atividades no dia a dia, principalmente no que se refere aos fatores ergonômicos, também foi comentada pelos participantes do estudo de Saner e colaboradores²⁶:

“Eu alterei o hábito de me sentar incorretamente. Aprendi a maneira correta de levantar cargas. Presto mais atenção às minhas costas com mais frequência e encerro as atividades mais cedo, se elas sobrecarregam minhas costas”²⁶.

Entretanto, a comunicação com os fisioterapeutas nem sempre foi percebida pelos participantes dos estudos como positiva ou suficiente para dar-lhes segurança. Em quatro dos cinco estudos²⁵⁻²⁸, os participantes relataram que as estratégias comunicativas utilizadas por esses profissionais muitas vezes eram incapazes de suprir suas necessidades e expectativas. Os participantes dos estudos de Cook e Hassenkamp²⁸ e Palazzo e colaboradores²⁵, por exemplo, comentaram que não entender a explicação dos exercícios, assim como não compreender o que estava sendo proposto pelo fisioterapeuta, gerava um sentimento de insegurança e preocupação em agravar o desconforto ao realizar os movimentos:

“[parei de praticar porque] não queria sentir mais dor e também ...há um pouco de apreensão de que as coisas voltariam a acontecer como antes, quero dizer o disco escorregadio”²⁵.

“Em algum momento, as duas vértebras podem precisar ser seladas. Mas não sei, não tenho certeza quando digo a mim mesma se eu fizer [os exercícios], vou realmente evitar o agravamento? Talvez sim... Eu não sei. Não tenho certeza disso”²⁵.

Nas situações em que a utilidade dos exercícios não era bem contextualizada, os participantes da pesquisa também relataram maior dificuldade para aderir ao tratamento²¹ ou sentirem-se desamparados com a abordagem²⁴.

“Quero dizer, eu estava fazendo exercícios como esse... estiquei os dedos e pensei: ‘ele sabe qual é meu problema?’. Comecei a rir e disse ao fisioterapeuta: Tenho dores nas costas, na verdade não estou sofrendo rigidez nos dedos”²⁴.

Essa necessidade de uma melhor interação e qualidade de comunicação com o fisioterapeuta sobre os exercícios propostos durante a intervenção também está documentada na pesquisa de Palazzo e colaboradores²⁵, na qual os participantes comentaram sentirem falta de um *feedback* sobre o seu desempenho, seja para corrigir algo ou para reafirmar a boa qualidade de execução do movimento. No artigo de Cook e Hassenkamp²⁸, os participantes relataram a necessidade de serem questionados pelos fisioterapeutas sobre como estavam se sentindo ao realizarem os exercícios, pois ver suas percepções sendo desconsi-

deradas pelos profissionais, acabava gerando um sentimento de falta acolhimento e uma desmotivação no tratamento.

Quando a comunicação interpessoal não era capaz de gerar uma maior compreensão sobre a complexidade e cronicidade do problema, a frustração pela falta de resolução dos sintomas foi relacionada pelos participantes à dificuldade de aderir aos exercícios, por considerar que seus efeitos eram transitórios e, portanto, não eram resolutivos e não seriam úteis²⁵⁻²⁸:

“Quero dizer, tive dias e semanas em que fiquei deprimido com isso [exercícios] e acho que, bem, não posso me incomodar, não faz sentido, não está melhorando”²⁴.

“Eu não estava mais fazendo alongamentos, porque não estava me ajudando”²⁵.

Outro fator que parece comprometer a satisfação com o processo terapêutico foi a falta de uma explicação que desse sentido a uma piora do quadro de dor:

“Quero dizer, tive dias e semanas em que fiquei deprimido com isso (exercícios não resolverem completamente sua dor) (...) não faz sentido, não está melhorando”²⁸.

Participantes da pesquisa de Cook & Hassenkamp²⁸ e Palazzo e colaboradores²⁵ salientaram que a cronicidade, ou seja, a não remissão total da dor, era um fator que os desanimava. Eles desejavam, portanto, manter alguma forma de comunicação com o profissional, propondo que encontros periódicos ou esporádicos com os fisioterapeutas seriam relevantes para que a motivação fosse resgatada e os exercícios prescritos fossem revisados. Na pesquisa de Palazzo e colaboradores²⁵ também aparecem relatos de participantes da pesquisa que não estavam satisfeitos com a finalização do tratamento por considerarem que certos exercícios prescritos exacerbavam ou desencadeavam o quadro de dor.

DISCUSSÃO

O presente estudo procurou elucidar questões pertinentes à comunicação entre fisioterapeutas e pessoas com DLC no processo terapêutico através das perspectivas e experiências de pacientes, reunindo os achados de pesquisas qualitativas e reinterpretando seus resultados. Os artigos incluídos

nesta metassíntese demonstram que a comunicação entre fisioterapeutas e pessoas com DLC tem sido constituída por elementos que tanto facilitam quanto dificultam a satisfação dos pacientes.

A habilidade de comunicação, no que se refere à explicação sobre a multidimensionalidade da dor crônica e às orientações e explicações sobre os exercícios e atividades realizadas no cotidiano, permitiu aos participantes dos estudos se sentirem mais seguros e confiantes para lidarem com sua dor, compreenderem melhor o seu problema de saúde e modificarem crenças que estavam sendo desfavoráveis para sua saúde, como o medo de se movimentar por achar que sua dor aumentaria. Em relação à insatisfação ou falta de adesão ao tratamento, participantes dos estudos relataram que se sentiram desmotivados em continuar com a proposta terapêutica quando os exercícios recomendados não eram contextualizados em relação à importância e à necessidade de realizá-los, não eram percebidos como exitosos no alívio da dor ou quando não eram suficientemente orientados para, sem a presença do profissional, manterem uma rotina de exercícios. A falta de uma estratégia comunicativa que lhes ajudasse a compreender a complexidade e a cronicidade de seu problema também foi um fator percebido negativamente em relação à satisfação e à aderência ao tratamento. O fato de não haver diálogo durante a execução dos exercícios, assim como de não serem questionados sobre como se sentem ao realizá-los, foram outros fatores que geraram descontentamento no processo terapêutico.

A falta de compreensão em relação à multidimensionalidade da dor e de suporte em relação à segurança e importância dos exercícios tem sido salientada em outros estudos como fatores que dificultam o tratamento da DLC. Uma investigação acerca das crenças sobre dor e incapacidade em pessoas com DLC encontrou que indivíduos com maiores crenças “orgânicas” sobre a natureza e tratamento da dor relataram níveis mais altos de incapacidade²⁹. Ainda, o medo de se mover, conhecido como cinesiofobia, responsável por uma maior restrição de movimentos e exercícios, é um fator potencial para o desenvolvimento e a manutenção de problemas musculoesqueléticos crônicos³⁰⁻³¹. Portanto, uma comunicação que consiga explicar a dor crônica, contextualizar melhor o problema, modificar crenças e incentivar os indivíduos a adquirirem um estilo de vida mais ativo fisicamente tem sido indicada nas diretrizes para

DLC^{3-4,32} e foi percebida positivamente pelos participantes das pesquisas incluídas nesse estudo.

Os resultados deste estudo reforçam, portanto, a relevância de fisioterapeutas estarem preparados para comunicar detalhes sobre a escolha e a realização de exercícios, as formas de adaptar tarefas cotidianas e a natureza multidimensional da DLC. Estratégias comunicativas que ofereçam um espaço de escuta em relação às percepções do paciente sobre os exercícios e sobre como incluí-los no cotidiano também estão relacionadas à satisfação com o processo terapêutico. Essas características da comunicação interpessoal entre paciente e fisioterapeuta estão em ressonância com o que tem sido nomeado como cuidado centrado na pessoa, o qual é reconhecido como uma alternativa válida principalmente para a abordagem de problemas crônicos^{33,34} e parece responder melhor às necessidades de pessoas com dor lombar crônica. Essa abordagem leva em consideração e valoriza as visões, interesses e crenças das pessoas e incentiva os profissionais de saúde a estabelecer uma parceria com os pacientes, fornecendo um atendimento que dialoga com as necessidades e peculiaridades de cada pessoa³⁵. Para pacientes com DLC, a abordagem centrada na pessoa deve embasar-se em uma comunicação que os envolvam no processo terapêutico, fazendo com que se sintam confortáveis para compartilhar suas crenças, medos e anseios e discutir suas necessidades, assim como que lhes forneça explicações sobre a multidimensionalidade da dor e que os ajude a identificar as especificidades do seu problema de saúde. Para isso, o profissional deve dedicar tempo às explicações, usar uma terminologia culturalmente apropriada, ouvir, entender e conhecer o paciente e incentivar sua participação no tratamento. O tratamento também deve ser individualizado e compatível com as demandas dos seus cotidianos³³.

Portanto, é necessário que se desenvolva uma estratégia comunicativa que estimule a participação e contribuição do paciente, que seja mais horizontal, evitando uma hierarquização do profissional em relação ao indivíduo, e que aborde conteúdos centrados no que o paciente considera importante³⁶. No entanto, como mostrado no estudo de Hall e colaboradores³⁷, fisioterapeutas têm demonstrado dificuldade em estabelecer uma comunicação centrada na pessoa e, frequentemente, acabam comunicando-se de forma mais alinhada ao modelo biomédico. Neste modelo, o principal objetivo da comuni-

cação é obter informações que sejam relevantes para identificar a causa da queixa do paciente e para formular uma hipótese biológica do problema de saúde, dando pouca ênfase aos aspectos subjetivos e psicossociais que influenciam a experiência da pessoa com DLC³⁶. Cowell e colaboradores³⁸ identificaram, a partir de um estudo qualitativo, que fisioterapeutas reconhecem a existência e a importância de compreender e abordar esses aspectos durante o tratamento, porém relataram que a partir de uma formação embasada no modelo biomédico, não se sentem preparados para isso, sendo necessário investir em treinamentos específicos para desenvolver esta habilidade.

A comunicação em saúde é um campo de estudo que vem se ampliando nas últimas décadas, visando a melhora de resultados tanto individuais quanto coletivos⁹. Essa abordagem abrange tanto um melhor entendimento das demandas individuais, comunitárias e populacionais, quanto da atuação de profissionais de saúde, formuladores de políticas e administradores de serviços em saúde. Para Schiavo⁹, a comunicação interpessoal no processo terapêutico, que foi o foco do presente estudo, é uma habilidade reconhecida no cuidado em saúde e, para ser eficaz, precisa refletir os valores das pessoas e dar um sentido prático ao tratamento, motivando a incorporação de mudanças no cotidiano. Apesar de ainda haver pouca literatura específica sobre a comunicação interpessoal no campo da Fisioterapia, os estudos analisados salientam que as estratégias comunicativas consideradas relevantes para gerar satisfação com o processo terapêutico estão alinhadas ao que propõe Schiavo⁹ ao abordar a comunicação interpessoal no cuidado em saúde.

O fato de o processo de elegibilidade dos estudos ter sido realizado apenas por uma das pesquisadoras e a não utilização de todos os sinônimos para os termos *Mesh* e *Decs* na busca dos artigos podem ter prejudicado o processo de seleção dos estudos. Com base nos resultados desta revisão, entendemos que o investimento em estratégias eficientes de comunicação interpessoal é uma proposta promissora para obtenção de resultados satisfatórios no processo terapêutico de pessoas com DLC, e seria interessante a realização de mais pesquisas que explorassem como o uso da comunicação na relação fisioterapeuta-paciente pode contribuir para o processo terapêutico.

CONCLUSÕES

Por meio dessa revisão sistemática foi possível observar como uma comunicação que investe em explicações mais detalhadas sobre a natureza multidimensional da DLC e sobre a necessidade de reavaliar certas crenças e comportamentos influencia positivamente a percepção de pessoas com DLC sobre o seu processo terapêutico com fisioterapeutas. Os resultados do estudo também reforçam a importância de uma comunicação interpessoal clara tanto em relação a orientações de estratégias que contribuam para facilitar a realização de atividades cotidianas quanto torne claro os objetivos e o entendimento dos exercícios propostos. Os estudos analisados também salientaram como as trocas dos pacientes com o fisioterapeuta em relação às suas percepções sobre os exercícios e as suas demandas no cotidiano contribuem para um processo terapêutico mais satisfatório.

REFERÊNCIAS

1. Maher C, Underwood M, Buchbinder R. Non-specific low back pain. *The Lancet* [Internet]. 2017 [acesso em 11 ago 2021]; 389(10070), 736-747. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30970-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30970-9).
2. Peter BO'S, Caneiro JP, Mary O'K, Anne S, Wim D. Cognitive functional therapy: an integrated behavioral approach for the targeted management of disabling low back pain. *Physical therapy* [Internet]. 2018 [acesso em 11 ago 2021]; 98(5), 408-423. DOI: <https://doi.org/10.1093/ptj/pzy022>.
3. Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C, Hildebrandt J, Klaber-Moffett J, Kovacs F, *et al.* European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *European spine journal* [Internet]. 2006 [acesso em 11 ago 2021]; 15(Suppl 2), s192. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00586-006-1072-1>.

4. Delitto A, George, SZ, Van Dillen L, Whitman JM, Sowa G, Shekelle P, *et al.* Low Back Pain – Clinical Practice Guidelines Linked to the International Classification of Functioning, Disability, and Health from the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association. *J Orthop Sports Phys Ther* [Internet]. 2012 [acesso em 11 ago 2021]; 42(4):A1-A57. Disponível em: <https://www.jospt.org/doi/10.2519/jospt.2012.42.4.A1>.
5. Zolnierrek, K. B. H., & DiMatteo, M. R. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Medical care* [Internet]. 2009 [acesso em 11 ago 2021]; 47(8), 826. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31819a5acc>.
6. World Health Organization. Towards a Common Language for Functioning, Disability, and Health ICF [Internet]. 2002. [acesso em 15 ago 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/classifications/icf/icfbeginnersguide.pdf>.
7. Hush JM, Cameron K, Mackey M. Patient satisfaction with musculoskeletal physical therapy care: a systematic review. *Physical therapy* [Internet]. 2011; [acesso em 15 ago 2021] 91(1) 25-36. DOI: <https://doi.org/10.2522/ptj.20100061>.
8. Oliveira, V. C., Refshauge, K. M., Ferreira, M. L., Pinto, R. Z., Beckenkamp, P. R., Negro Filho, R. F., & Ferreira, P. H. Communication that values patient autonomy is associated with satisfaction with care: a systematic review. *Journal of Physiotherapy* [Internet]. 2012 [acesso em 15 ago 2021]; 58(4), 215-229. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S1836-9553\(12\)70123-6](https://doi.org/10.1016/S1836-9553(12)70123-6).
9. Schiavo R. Health communication: from theory to practice. 2º edição. São Francisco: Jossey-Bass. 2014.
10. Aittokallio J & Rajala AI. Perspectives On 'Person-Centeredness' From Neurological Rehabilitation and Critical Theory: Toward a Critical Constellation. *The Journal of Humanities in Rehabilitation* [Internet]. 2020. [acesso em 10 mai 2023]; Disponível em: <https://www.jhrehab.org/2020/05/07/perspectives-on-person-centeredness-from-neurological-rehabilitation-and-critical-theory-toward-a-critical-constellation/>.
11. Pluut B. Differences that matter: developing critical insights into discourses of patient-centeredness. *Medicine, Health Care, and Philosophy* [Internet]. 2016. [acesso em 5 mai 2023]; 19,501-515. Disponível em: DOI: 10.1007/s11019-016-9712-7.
12. Paparella G. Person-centred care in Europe: a cross-country comparison of health system performance, strategies and structures. Oxford: Picker Institute Europe. 2016.
13. May, S. J. Patient satisfaction with management of back pain main. *Physiotherapy* [Internet]. 2001 [acesso em 15 ago 2021]; 87(1), 4-20. DOI: [https://www.physiotherapyjournal.com/article/S0031-9406\(05\)61186-8/fulltext](https://www.physiotherapyjournal.com/article/S0031-9406(05)61186-8/fulltext).
14. Sandelowski, M., Docherty, S., & Emden, C. Qualitative metasynthesis: Issues and techniques. *Research in nursing & health* [Internet]. 1997 [acesso em 15 ago 2021]; 20(4), 365-371. Disponível em: [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-240X\(199708\)20:4<365::AID-NUR9>3.0.CO;2-E](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-240X(199708)20:4<365::AID-NUR9>3.0.CO;2-E).
15. Lachal, J., Revah-Levy, A., Orri, M., & Moro, M. R. Metasynthesis: an original method to synthesize qualitative literature in psychiatry. *Frontiers in psychiatry* [Internet]. 2017 [acesso em 15 ago 2021]; 8, 269. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00269>.
16. Korhonen, A., Hakulinen-Viitanen, T., Jylhä, V., & Holopainen, A. Meta-synthesis and evidence-based health care – a method for systematic review. *Scandinavian journal of caring sciences* [Internet]. 2013 [acesso em 20 ago 2021]; 27(4), 1027-1034. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/scs.12003>.

17. Lopes, A. L. M., & Fracolli, L. A. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. *Texto & Contexto-Enfermagem* [Internet]. 2008 [acesso em 20 ago 2021]. 17, 771-778. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400020>.
18. Jette AM, Delany C, Lundberg M. The Value of Qualitative Research in Physical Therapy. *Phys Ther* [Internet]. 2019 [acesso em 20 ago 2021] Jul 1;99(7):819-820. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31260535/>.
19. World Confederation for Physical Therapy (WCPT). Description of physical therapy Policy statement London, UK: WCPT [Internet]. 2011 [acesso em 20 ago 2021]. Disponível em: <https://world.physio/sites/default/files/2020-07/PS-2019-Description-of-physical-therapy.pdf>.
20. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, *et al*. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* [Internet]. 2021 [acesso em 20 ago 2021] 372:n71. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>.
21. Higgins J, Thomas J. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions [Internet]. 2021 [acesso em 20 ago 2021]. Disponível em: <https://training.cochrane.org/handbook/current>.
22. Braun, V., & Clarke, V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology* [Internet]. 2006 [acesso em 20 ago 2021]; 3(2), 77-101. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1191/1478088706qp063oa>.
23. Williams, V., Boylan, A. M., & Nunan, D. Critical appraisal of qualitative research: necessity, partialities and the issue of bias. *BMJ evidence-based medicine* [Internet]. 2020 [acesso em 5 set 2021]; 25(1), 9-11. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjebm-2018-111>.
24. Toye, F., & Barker, K. 'I can't see any reason for stopping doing anything, but I might have to do it differently' – restoring hope to patients with persistent non-specific low back pain – a qualitative study. *Disability and rehabilitation* [Internet]. 2012 [acesso em 20 ago 2021]; 34(11), 894-903. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/09638288.2011.626483>.
25. Palazzo, C., Klinger, E., Dorner, V., Kadri, A., Thierry, O., Boumenir, Y., *et al*. Barriers to home-based exercise program adherence with chronic low back pain: Patient expectations regarding new technologies. *Annals of physical and rehabilitation medicine* [Internet]. 2016 [acesso em 20 ago 2021]; 59(2), 107-113. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27050664/>.
26. Saner, J., Bergman, E. M., de Bie, R. A., & Sieben, J. M. Low back pain patients' perspectives on long-term adherence to home-based exercise programmes in physiotherapy. *Musculoskeletal Science and Practice* [Internet]. 2018 [acesso em 20 ago 2021]; 38, 77-82. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30317015/>.
27. Campbell, C., & Guy, A. Why Can't They Do Anything for a Simple Back Problem? A Qualitative Examination of Expectations for Low Back Pain Treatment and Outcome. *Journal of health psychology* [Internet]. 2007 [acesso em 20 ago 2021]; 12(4), 641-652. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1359105307078171>.
28. Cook, F. M., & Hassenkamp, A. M. Active rehabilitation for chronic low back pain: The patients' perspective. *Physiotherapy* [Internet]. 2000 [acesso em 20 ago 2021]; 86(2), 61-68. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0031-9406\(05\)61207-2](https://doi.org/10.1016/S0031-9406(05)61207-2).
29. Walsh, D. A., & Radcliffe, J. C. Pain beliefs and perceived physical disability of patients with chronic low back pain. *Pain* [Internet]. 2002 [acesso em 2 set 2021]; 97(1-2), 23-31. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(01\)00426-2](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(01)00426-2).

30. Turk, D. C., & Wilson, H. D. Fear of pain as a prognostic factor in chronic pain: conceptual models, assessment, and treatment implications. *Current pain and headache reports* [Internet]. 2010 [acesso em 2 set 2021]; 14(2), 88-95. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20425197/>.
31. Luque-Suarez, A., Martinez-Calderon, J., & Falla, D. Role of kinesiophobia on pain, disability and quality of life in people suffering from chronic musculoskeletal pain: a systematic review. *British journal of sports medicine* [Internet]. 2019 [acesso em 5 set 2021]; 53(9), 554-559. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2017-098673>.
32. Burton, A., Balagué, F., Cardon, G., Eriksen, H.R., Henrotin, Y.L.A., Leclerc, A., Muller, G. and van der Beek, A.J. European guidelines for prevention in low back pain. Project Report. European Commission Research Directorate General [Internet]. 2004 [acesso em 5 set 2021]. Disponível em: http://eprints.hud.ac.uk/id/eprint/7489/1/WG3_Guidelines.pdf.
33. Cooper, K., Smith, B. H., & Hancock, E. Patient-centredness in physiotherapy from the perspective of the chronic low back pain patient. *Physiotherapy* [Internet]. 2008 [acesso em 5 set 2021]; 94(3), 244-252. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.physio.2007.10.006>.
34. Buchbinder, R., van Tulder, M., Öberg, B., Costa, L. M., Woolf, A., Schoene, M., *et al.* Low back pain: a call for action. *The Lancet* [Internet]. 2008 [acesso em 5 set 2021]; 391(10137), 2384-2388. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29573871/>.
35. Santana, M. J., Manalili, K., Jolley, R. J., Zelinsky, S., Quan, H., & Lu, M. How to practice person-centred care: A conceptual framework. *Health Expectations* [Internet]. 2018 [acesso em 5 set 2021]; 21(2), 429-440. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/hex.12640>.
36. Hiller, A., Guillemin, M., & Delany, C. Exploring healthcare communication models in private physiotherapy practice. *Patient education and counseling* [Internet]. 2015 [acesso em 5 set 2021]; 98(10), 1222-1228. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.07.029>.
37. Hall, A. J., Burrows, L., Lang, I. A., Endacott, R., & Goodwin, V. A. Are physiotherapists employing person-centred care for people with dementia? An exploratory qualitative study examining the experiences of people with dementia and their carers. *BMC geriatrics* [Internet]. 2018 [acesso em 5 set 2021]; 18(1), 1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0756-9>.
38. Cowell I., O'Sullivan P., O'Sullivan K., Poyton R., McGregor A., & Murtagh G. Perceptions of physiotherapists towards the management of non-specific chronic low back pain from a biopsychosocial perspective: a qualitative study. *Musculoskeletal Science and Practice* [Internet]. 2018 [acesso em 5 mai 2023] 38, 113-119. Disponível em: DOI: 10.1016/j.msksp.2018.10.006.

APÊNDICE

Quadro 1

Distribuição dos artigos quanto ao autor, ano e país de publicação, participantes, método de coleta, objetivo e principais resultados.

Estudo	Participantes	País de publicação	Método de coleta de dados	Objetivo	Principais achados
Campbell & Guy, 2007	n = 16 Idade = entre 34 a 78 anos Duração da dor = dois anos Pacientes que já haviam concluído um Programa Multidisciplinar de Manejo da Dor, mas que haviam solicitado mais encaminhamentos para cuidados secundários por causa de sua dor contínua.	Reino Unido	Dois grupos focais, contendo 8 participantes em cada	Examinar narrativas dos pacientes com dor crônica para obter uma maior compreensão e insights sobre suas expectativas para um tratamento futuro.	Participantes sugeriram que os fisioterapeutas geralmente tinham mais conhecimento sobre sua condição de dor e que os tratamentos fornecidos eram benéficos. No entanto, a maioria queixou-se do número limitado de atendimentos. Os tratamentos também foram vistos como tendo apenas efeitos transitórios e, portanto, dificilmente eram mantidos.
Cook & Hassenkp, 2000	n = 7 Idade = entre 22 a 63 Duração da DLC = seis meses a 20 anos Pacientes que tiveram DL em diferentes períodos de tempo.	Reino Unido	Entrevistas semi-estruturadas	Explorar a experiência de pacientes com DLC em reabilitação ativa e a capacidade de gerenciar seu problema de forma independente.	Havia preocupações de que os exercícios pudessem agravar o problema, e foi destacada a importância de uma explicação detalhada das atividades. Também foi comentado que exercícios que promoviam efeitos de curto prazo, ou que não resolviam a dor, não eram realizados.
Palazzo <i>et al.</i> , 2016	n = 29 Duração da dor: não informado Pacientes com DLC cadastrados em um hospital com recomendação para realizar exercícios diários em casa por pelo menos dois meses.	França	Entrevistas semi-estruturadas	Avaliar a percepção de pacientes com DLC sobre barreiras à adesão ao programa de exercícios em casa e registrar as expectativas em relação a novas tecnologias.	As principais barreiras para adesão aos exercícios a domicílio foram: o número dos exercícios, a não eficácia e a complexidade do programa, a falta de supervisão e de acompanhamento a longo prazo, a dificuldade de entrar em contato com os profissionais, o medo de movimento, as crenças inapropriadas, a falta de motivação e as dificuldades para planejar ou organizar a prática de exercícios. Os participantes também deram sugestões para melhorar a adesão ao programa de exercícios, como aumentar a atratividade, ter um vídeo ou descrição dos exercícios, assim como um <i>feedback</i> sobre a realização do movimento, receber apoio dos prestadores de cuidados e ter ferramentas para melhorar seu desempenho.

Estudo	Participantes	País de publicação	Método de coleta de dados	Objetivo	Principais achados
Toye & Barker, 2012	n = 20 Duração da dor: três a 23 anos Pacientes com DLC que aguardavam para participar de um programa de tratamento da dor em um hospital.	Reino Unido	Entrevistas semi-estruturadas	Explorar as diferenças na narrativa entre pacientes com DLC inespecífica que se beneficiaram de um programa de gerenciamento da dor e aqueles que não se beneficiaram.	Para os participantes era essencial encontrar esperança para atingir um bom resultado. Os pacientes restauraram a esperança desconstruindo medos específicos, construindo um modelo explicativo aceitável e reconstruindo a própria identidade. Aqueles que não restabeleceram a esperança e mantiveram medo, permaneceram comprometidos com o modelo biomédico e foram incapazes de fazer mudanças.
Saner <i>et al.</i> , 2018	n = 44 Duração da dor: média de 9,5 anos Participantes de um ensaio clínico randomizado. Grupos: MC (controle do movimento n = 19) GE (exercícios gerais n = 25).	Suíça	Questionário com perguntas abertas	Explorar as perspectivas dos pacientes sobre a adesão a longo prazo a um programa de exercícios especificamente adaptado para pacientes com DLCI com comprometimento do controle de movimento e a um programa de exercícios gerais.	De acordo com os participantes, ganhar confiança para se exercitar corretamente tem um alto impacto na adesão a longo prazo ao exercício. Os exercícios realizados com facilidade trouxeram benefícios notáveis, apoiaram sua adesão aos exercícios e influenciaram o desempenho em sua vida cotidiana no longo prazo.

Quadro 2**Avaliação metodológica dos estudos incluídos através do instrumento Critical Appraisal Skills Program.**

Critério	Campbell & Guy, 2007	Cook & Hassenkamp, 2000	Palazzo <i>et al.</i>, 2016	Toye & Barker, 2012	Saner <i>et al.</i>, 2018
Houve uma declaração clara dos objetivos da pesquisa?	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
É uma metodologia qualitativa apropriada?	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
O projeto da pesquisa foi apropriado para abordar os objetivos da pesquisa?	Sim	Sim	Não	Sim	ND
A estratégia de recrutamento foi apropriada para o objetivo da pesquisa?	Sim	Sim	Sim	Sim	ND
Os dados foram coletados de uma maneira que se abordou o problema da pesquisa?	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
A relação entre pesquisador e participante foi adequadamente considerada?	ND	Sim	ND	Sim	ND
As questões éticas foram tomadas em consideração?	Sim	ND	Sim	Sim	Sim
A análise de dados foi suficientemente rigorosa?	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Existe uma declaração clara de achados?	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
A pesquisa discorre sobre contribuições, implicações e limitações do estudo?	ND	Sim	Sim	Sim	Sim

Legenda: ND = não pode dizer

Análise da utilização dos serviços em uma Unidade Básica de Saúde da Família do Distrito Federal, Brasil

Analysis of the use of services in a Basic Family Health Unit in the Federal District, Brazil

Pedro Lucas Göttems King¹ , Flávio Pontes de Amorim² , Gleiton Lima Araújo³ , Thais Barros Zanette da Silva⁴ , Levy Aniceto Santana⁵ , Sergio Eduardo Soares Fernandes⁶ , Leila Bernarda Donato Göttems⁷ 

RESUMO

Objetivo: analisar as características da acessibilidade e da utilização dos serviços em uma Unidade Básica de Saúde do Distrito Federal no período de setembro de 2017 a dezembro de 2020.

Métodos: estudo descritivo dos dados extraídos do Portal InfoSaúde-DF, do e-SUS-AB e do Geoportal do Governo do Distrito Federal. Georreferenciamento e mapas criados no *software* QGIS.

Resultados: analisaram-se 28.148 atendimentos ocorridos no período de 40 meses. De 6.811 usuários, 80% residiam a no máximo 2,28 km da UBS. A demanda espontânea representou 67,1% dos atendimentos. A taxa de utilização dos que residem a até 500 m da UBS foi maior comparada aos que residem a mais de 1 km. O ritmo de atendimentos foi alterado na primeira onda de covid-19.

Conclusão: o modelo de acesso, os turnos e localização da UBS influenciam a acessibilidade e a utilização dos serviços pela população do território. O monitoramento contínuo destes efeitos contribui para a melhoria da APS.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Georreferenciamento; Acesso aos Serviços de Saúde; Equidade.

ABSTRACT

Objective: analyze the characteristics of accessibility and use of services in a Federal District Basic Health Unit from september 2017 to december 2020.

Method: a descriptive study of data extracted from the InfoSaúde-DF Portal, the e-SUS-AB, and the Geoportal of the Federal District Government. Georeferencing and maps created in QGIS software.

Results: we analyzed 28.148 visits of 6.811 users over the period of 40 months, 80% living no more than 2.28 km from the UBS. Spontaneous demand represented 67.1% of the consultations. The utilization rate of those who live up to 500 m from the UBS was higher than those who live more than 1 km away. The attendance rate was altered in the first wave of covid-19.

Conclusion: the access model, shifts, and UBS location influence the accessibility and use of services by the population. The continuous monitoring of these effects contributes to PHC the improvement.

Keywords: Primary Health Care; Georeferencing; Health Services Accessibility; Equity.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) representa, preferencialmente, o primeiro contato da população com os serviços de saúde. Seu papel é o de disponibilizar cuidados orientados pelos principais agravos de saúde que acometem a população. Diferentes modelos de organização da APS podem ser adotados com vistas a garantir esse primeiro acesso aos serviços¹. No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), o modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF) se consolidou a partir dos anos 2000 como a principal política de APS no país, ancorada nos atributos essenciais e derivados e nas dimensões de participação social, intersetorialidade e multidisciplinaridade, alinhadas aos princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS². Esta proposta visa proporcionar maior acesso e resolubilidade a partir do trabalho de equipes que assumem a responsabilidade pela população de uma área geográfica definida, onde são desenvolvidas ações individuais e coletivas de forma integral e contínua.

Enquanto porta de entrada preferencial do sistema de saúde brasileiro, a APS deve atuar no processo de acolher o usuário promovendo a vinculação e corresponsabilização pelo seu cuidado³⁻⁵. No entanto, ainda persistem obstáculos para a garantia da continuidade do cuidado, integralidade e eficiência do sistema que precisam ser investigados para estimular seu aperfeiçoamento na ampliação de acesso da população aos serviços de saúde.

O direito à saúde está atrelado à equidade no acesso, que é afetada pelas desigualdades socioeconômicas. O acesso tem múltiplas dimensões: disponibilidade, acessibilidade, adequação funcional, capacidade financeira e aceitabilidade⁶. A acessibilidade, por sua vez, caracteriza-se pela relação entre localização da oferta e dos usuários, distância entre eles, forma de deslocamento e custos. Destaca-se o acesso geográfico que é caracterizado pelo tempo de deslocamento e distância entre a residência do usuário e o serviço de saúde, aspectos que devem ser considerados nos processos de territorialização das Unidades Básicas de Saúde (UBS) com ou sem ESF^{6,7}.

Para Donabedian (1988)⁸ a acessibilidade é muito mais do que a presença ou disponibilidade do recurso em um dado momento e lugar, e deve incluir dois aspectos: sócio-organizacionais e geográficos. O primeiro refere-se ao funcionamento e

oferta dos serviços e a estrutura necessária para a sua execução, e o segundo pode ser medido pela qualidade da infraestrutura viária, distância e tempo de locomoção, disponibilidade de transporte público, custo da viagem⁷.

A expansão da ESF, por mais de duas décadas, tem favorecido a equidade e a universalidade da assistência, segundo as estatísticas nacionais. Os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) em 2019 ratificam que a ESF se mantém como o principal modelo de APS no SUS, apresentando resultados exitosos ao longo do tempo com sua orientação comunitária e promoção da equidade em saúde². Entretanto, conforme apontado por Viegas e Penna (2015)⁹, apenas a expansão do número de equipes de Saúde da Família (eSF) por si só não representa uma solução infalível aos aspectos que dificultam ou impedem o acesso a uma assistência integral à saúde, bem como não extingue os riscos da ocorrência de equidade reversa na APS.

A teoria da equidade reversa afirma que novos programas e intervenções em saúde pública são inicialmente mais acessíveis e utilizados por pessoas com situação econômica mais favorável, mas ao longo do tempo minimiza-se as desigualdades quando nova tecnologia ou política é alcançável pela população com situação econômica inferior, o que geralmente ocorre quando o impacto da intervenção nos grupos mais ricos já atingiu o seu limite^{10,11}.

Embora um estudo realizado em 2018 no Brasil¹² não tenha constatado a equidade reversa quando se considera que a ampliação da cobertura pela ESF prioriza a população menos favorecida, há a necessidade de se examinar como isto ocorre nos territórios cobertos pela ESF. Entre outros aspectos, é preciso monitorar constantemente se a população exposta a maiores fatores de risco para doenças tem acesso a serviços de saúde que priorizam o acolhimento da demanda dessa população. Nesse contexto, os hiperutilizadores dos serviços de saúde, que são usuários que buscam atendimento de forma excessiva ou sem real necessidade, podem representar um fator de risco para a equidade em saúde visto que estes podem consumir até 40% das consultas ofertadas em uma UBS¹². Na constatação de Guimarães (2018)¹³, a equidade tem sido preservada pelas ações de promoção à saúde adotadas pelas eSF, que criam estratégias para reduzir a desigualdade e aumentar o nível de saúde.

No entanto, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017³ pode retroceder para uma concepção de APS seletiva e limitada, uma vez que impõe dificuldades para a construção de uma APS integral. Exemplos dessas dificuldades estão na segmentação do cuidado a certos padrões assistenciais e na descaracterização do perfil do ACS, o que reforça a necessidade de estudos locais. Além disso, há riscos de recuos na oferta de ESF a partir do novo modelo de financiamento proposto em 2019, por meio do Previner Brasil, instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019¹⁴. Esse modelo modifica as formas de repasse financeiro aos municípios, que deixa de ser apenas por quantitativo de população residente e passa a adotar quatro critérios:

- 1) A captação ponderada, calculada com base no número de pessoas cadastradas na unidade de APS, considerando fatores como vulnerabilidade socioeconômica, perfil de idade e classificação rural-urbana de acordo com o IBGE. Esse cadastro pode ser feito por CPF ou CNS por todos os integrantes da equipe de saúde;
- 2) A definição do valor a ser transferido com base no pagamento por desempenho, em que são considerados os resultados alcançados em um conjunto de indicadores no trabalho das equipes;
- 3) Os incentivos para ações estratégicas abrangem características específicas de acordo com a necessidade de cada município ou território.
- 4) Os incentivos financeiros com base em critério populacional consideram a estimativa populacional mais recente divulgada pelo IBGE.

O Distrito Federal (DF) tem desenvolvido esforços para tornar a ESF o modelo predominante de APS. Conforme registrado na literatura, houve avanços nos indicadores de cobertura populacional pelas eSF e alguns efeitos na redução da mortalidade infantil no DF ao longo dos anos^{15,16}. Assim, este estudo tem como objetivos: analisar aspectos da acessibilidade da população a uma UBS com ESF e as características da utilização dos serviços pela população adscrita no período de setembro de 2017 a dezembro de 2020 no DF.

MÉTODO

Tipo de estudo

Foi realizada uma pesquisa descritiva de dados secundários. Utilizam-se técnicas da geografia da saúde, em uma perspectiva interdisciplinar, por meio da análise espacial de área pequena em nível de unidade conforme descrito por Kirby *et al.* (2016)¹⁷. Adota-se o conceito de território setorial como um recorte do território político administrativo, que é a área de abrangência da UBS.

Os dados de georreferenciamento (latitude e longitude) foram obtidos através dos endereços, cruzando informações com o código de endereçamento postal e nos casos em que isso não foi possível, buscando a localização no aplicativo web Google Maps®. Os pontos cartográficos foram plotados sobre o mapa de satélite da região, obtido pela aplicação Google Earth® através do programa QGIS Desktop 3.26.2®, no qual também foram construídas curvas de áreas de distanciamento dos domicílios.

Local de estudo

O estudo foi realizado em um setor habitacional urbano da Região Administrativa de Sobradinho II, que está localizada na Região de Saúde Norte do Distrito Federal. Conforme dados públicos de caracterização urbana e ambiental disponibilizados pela Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN), trata-se de um relevo de chapada, com morros e vales e, por esta razão, as ruas possuem declives consideráveis. O setor tem um desenvolvimento recente, oriundo de invasões e, portanto, carece de infraestrutura pública. A UBS estudada está localizada em uma casa residencial alugada que passou por adaptações para abrigar duas eSF, uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (eNASF) e uma equipe de Saúde Bucal (eSB). O horário de funcionamento da UBS escolhida para o estudo é de segunda a sexta-feira das 7h às 17h. Anteriormente à pandemia de covid-19, havia uma sala de acolhimento com escuta inicial onde acontecia o primeiro contato dos usuários com os profissionais, entretanto, com o início da pandemia esta sala foi destinada para o atendimento de usuários com sintomas respiratórios e a escuta inicial passou a ser realizada na recepção da unidade, com separação entre usuários com e sem sintomas respiratórios. Após a escuta inicial e classificação de risco o

usuário é agendado ou encaminhado para atendimento com o profissional de saúde adequado para o caso.

Esta UBS foi selecionada por critérios de conveniência dada a facilidade de acesso aos dados pela equipe de pesquisa.

Coleta de dados

UBS e sua área de abrangência foram identificadas a partir da Sala de Situação – Portal InfoSaúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). Os dados de atendimento foram extraídos do sistema e-SUS AB filtrando-se todos os atendimentos realizados na unidade estudada e registrados no sistema entre os meses de setembro de 2017 e dezembro de 2020. O período temporal foi definido tomando como base o início da implementação do sistema e-SUS AB na UBS estudada, visto que esse sistema seria a principal fonte de dados da pesquisa.

O relatório de cadastro individual do sistema e-SUS AB, que contém informações individualizadas referentes ao endereço, idade e sexo dos usuários cadastrados em cada eSF, foi gerado em formato PDF e convertido manualmente em formato de planilha eletrônica. Os dados originais foram extraídos em fevereiro de 2021. Durante os meses de fevereiro, março e abril de 2021 foram coletados os endereços dos domicílios dos usuários atendidos e não cadastrados, tendo em vista o fato de que os relatórios de cadastro individual apenas trazem informações de usuários cadastrados nas equipes, entretanto, os registros de atendimentos abrangem usuários cadastrados e não cadastrados. Foram coletados os endereços que constavam na ficha do Cadastro Cidadão do e-SUS AB dos usuários que não estavam incluídos no relatório extraído anteriormente.

Os dados foram transportados para o *software* Microsoft Excel® 2016, para organização e análise estatística, de forma a identificar as características da população por faixa etária, sexo, tipo de atendimento realizado, situação cadastral e as categorias profissionais que realizaram os atendimentos. Os dados coletados foram, então, anonimizados, atribuindo-se um código aleatório para cada usuário que constava na planilha, para preservar a identificação

dos participantes do estudo. As bases de dados foram construídas em nível de microdados, uma para pacientes e uma para atendimentos. A tabulação foi realizada por data do registro de atendimento no sistema.

A partir das informações anteriormente coletadas no sistema e-SUS AB acerca da localização do domicílio dos usuários, a planilha gerada foi importada no *software* QGIS e as coordenadas geográficas foram identificadas para as geoanálises espaciais com a utilização deste sistema *opensource* de informação geográfica.

Para fins de análise de série temporal, foram ainda extraídos dados sobre os registros de casos de covid-19 no Distrito Federal para análise comparativa com as atividades da UBS a partir do repositório Brasil.io (Brasil.io), plataforma que oferece acesso a dados públicos de interesse da população brasileira.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) sob parecer nº 3.253.271 e CAAE nº 09762319.4.0000.5553.

RESULTADOS

No período de 40 meses, de setembro de 2017 a dezembro de 2020, foram registrados 28.148 atendimentos. Um total de 6.811 usuários foram atendidos na UBS durante o intervalo de tempo avaliado, dos quais 5.276 residiam na área adscrita da UBS. As equipes ainda não haviam concluído o cadastramento da totalidade da população, mas atenderam a 85,13% da estimada. No perfil dos usuários atendidos, predominou o sexo feminino em comparação com o masculino (Tabela 1), a média de idade na primeira consulta foi de 34,7 anos, mediana de 32,7 e intervalo interquartil de 34,1. Destes, 96% (IC: 95,5% a 96,5%) eram residentes no DF. As proporções calculadas foram expressas com seus respectivos intervalos de confiança (IC) de 95% entre parênteses.

Em relação ao tipo de acesso, a procura espontânea foi observada com pouco mais do que o dobro do atendimento programado e o tipo de atendimento mais frequente foi a consulta no dia, que são atendimentos de demanda espontânea em casos não agudos (Tabela 1).

Tabela 1**Distribuição demográfica dos atendimentos e pacientes da UBS entre setembro de 2017 e dezembro de 2020.**

		Feminino		Masculino		TOTAL	
		N	% (IC 95%)	N	% (IC 95%)	N	% (IC 95%)
Quantidade de atendimentos	0 a 9 anos	1.958	10,9 (10,5 a 11,4)	2.071	20,2 (19,5 a 21,0)	4.029	14,3 (13,9 a 14,7)
	10 a 19 anos	1.281	7,2 (6,8 a 7,5)	1.002	9,8 (9,2 a 10,4)	2.283	8,1 (7,8 a 8,4)
	20 a 29 anos	3.374	18,8 (18,3 a 19,4)	1.129	11,0 (10,4 a 11,6)	4.503	16,0 (15,6 a 16,4)
	30 a 39 anos	2.775	15,5 (15,0 a 16,0)	948	9,3 (8,7 a 9,8)	3.723	13,2 (12,8 a 13,6)
	40 a 49 anos	2.399	13,4 (12,9 a 13,9)	1.040	10,2 (9,6 a 10,7)	3.439	12,2 (11,8 a 12,6)
	50 a 59 anos	2.712	15,1 (14,6 a 15,7)	1.405	13,7 (13,1 a 14,4)	4.117	14,6 (14,2 a 15,0)
	60 a 69 anos	1.869	10,4 (10,0 a 10,9)	1.319	12,9 (12,2 a 13,5)	3.188	11,3 (11,0 a 11,7)
	70 a 79 anos	1.119	6,2 (5,9 a 6,6)	841	8,2 (7,7 a 8,7)	1.960	7,0 (6,7 a 7,3)
	80 anos ou mais	426	2,4 (2,2 a 2,6)	480	4,7 (4,3 a 5,1)	906	3,2 (3,0 a 3,4)
	Total	17.913	63,6 (63,1 a 64,2)	10.235	36,4 (35,8 a 36,9)	28.148	100
Quantidade de pacientes	0 a 9 anos	558	13,8 (12,8 a 14,9)	559	20,1 (18,6 a 21,6)	1117	16,4 (15,5 a 17,3)
	10 a 19 anos	430	10,7 (9,7 a 11,6)	390	14 (12,7 a 15,3)	820	12 (11,3 a 12,8)
	20 a 29 anos	756	18,8 (17,6 a 20)	433	15,6 (14,2 a 16,9)	1189	17,5 (16,6 a 18,4)
	30 a 39 anos	626	15,5 (14,4 a 16,7)	358	12,9 (11,6 a 14,1)	984	14,4 (13,6 a 15,3)
	40 a 49 anos	573	14,2 (13,1 a 15,3)	313	11,3 (10,1 a 12,4)	886	13 (12,2 a 13,8)
	50 a 59 anos	502	12,5% (11,4 a 13,5)	343	12,3 (11,1 a 13,6)	845	12,4 (11,6 a 13,2)
	60 a 69 anos	298	7,4 (6,6 a 8,2)	205	7,4 (6,4 a 8,3)	503	7,4 (6,8 a 8)
	70 a 79 anos	191	4,7 (4,1 a 5,4)	119	4,3 (3,5 a 5)	310	4,6 (4,1 a 5,0)
	80 anos ou mais	95	2,4 (1,9 a 2,8)	62	2,2 (1,7 a 2,8)	157	2,3 (1,9 a 2,7)
	Total	4.029	59,2 (58 a 60,3)	2.782	40,8 (39,7 a 42)	6.811	100,00%
Turno do atendimento	Manhã	10.052	35,7 (35,2 a 36,3)	5.723	20,3 (19,9 a 20,8)	15.775	56 (55,5 a 56,6)
	Tarde	7.842	27,9 (27,3 a 28,4)	4.510	16 (15,6 a 16,5)	12.352	43,9 (43,3 a 44,5)
	Noite	19	0,07 (0,04 a 0,10)	2	0,01 (0,00 a 0,02)	21	0,07 (0,04 a 0,11)
Agendamento do atendimento	Demanda espontânea	11.619	41,3 (40,7 a 41,9)	7.274	25,8 (25,3 a 26,4)	18.893	67,1 (66,6 a 67,7)
	Agendado	6.294	22,4 (21,9 a 22,8)	2.961	10,5 (10,2 a 10,9)	9.255	32,9 (32,3 a 33,4)
Tipo de atendimento	Adm. Medicamento	121	0,43 (0,35 a 0,51)	63	0,22 (0,17 a 0,28)	184	0,65 (0,56 a 0,75)
	Consulta no dia	9.704	34,5 (33,9 a 35)	5.801	20,6 (20,1 a 21,1)	15.505	55,1 (54,5 a 55,7)
	Curativo	57	0,20 (0,15 a 0,26)	206	0,73 (0,63 a 0,83)	263	0,93 (0,82 a 1,05)
	Escuta inicial	657	2,3 (2,2 a 2,5)	395	1,4 (1,3 a 1,5)	1.052	3,7 (3,5 a 4,0)
	Exames	51	0,18 (0,13 a 0,23)	22	0,08 (0,05 a 0,11)	73	0,26 (0,20 a 0,32)
	Consulta agendada	6.294	22,4 (21,9 a 22,8)	2.961	10,5 (10,2 a 10,9)	9.255	32,9 (32,3 a 33,4)
	Procedimentos	49	0,17 (0,13 a 0,22)	26	0,09 (0,06 a 0,13)	75	0,27 (0,21 a 0,33)
	Vacina	980	3,5 (3,3 a 3,7)	761	2,7 (2,5 a 2,9)	1.741	6,2 (5,9 a 6,5)

		Feminino		Masculino		TOTAL	
		N	% (IC 95%)	N	% (IC 95%)	N	% (IC 95%)
Profissional do atendimento	Téc. de enf.	8.253	29,3 (28,8 a 29,9)	5.405	19,2 (18,7 a 19,7)	13.658	48,5 (47,9 a 49,1)
	Médico	5.962	21,2 (20,7 a 21,7)	3.028	10,8 (10,4 a 11,1)	8.990	31,9 (31,4 a 32,5)
	Enfermeiro	2.063	7,3 (7 a 7,6)	717	2,5 (2,4 a 2,7)	2.780	9,9 (9,5 a 10,2)
	Terapia ocupacional	57	0,20 (0,15 a 0,26)	38	0,14 (0,09 a 0,18)	95	0,34 (0,27 a 0,41)
	Nutricionista	73	0,26 (0,20 a 0,32)	46	0,16 (0,12 a 0,21)	119	0,42 (0,35 a 0,5)
	Cirurgião-dentista	955	3,4 (3,2 a 3,6)	715	2,5 (2,4 a 2,7)	1.670	5,9 (5,7 a 6,2)
	ACS	297	1,1 (0,9 a 1,2)	201	0,7 (0,6 a 0,8)	498	1,8 (1,6 a 1,9)
	Fisioterapeuta	149	0,53 (0,44 a 0,61)	38	0,14 (0,09 a 0,18)	187	0,66 (0,57 a 0,76)
	Psicólogo	61	0,22 (0,16 a 0,27)	19	0,07 (0,04 a 0,10)	80	0,28 (0,22 a 0,35)
	Serviço Social	21	0,07 (0,04 a 0,11)	11	0,04 (0,02 a 0,06)	32	0,11 (0,07 a 0,15)
	TSB	21	0,07 (0,04 a 0,11)	11	0,04 (0,02 a 0,06)	32	0,11 (0,07 a 0,15)
	Fonoaudiólogo	1	0,004 (0,00 a 0,01)	6	0,021 (0,004 a 0,04)	7	0,025 (0,01 a 0,04)

Legenda: n = número absoluto; % = proporção; IC 95% = Intervalo de confiança de 95%; Téc. de enf., = Técnico de Enfermagem; ACS = Agente Comunitário de Saúde; TSB = Técnico de Saúde Bucal.

Fonte: E-SUS.

A taxa de utilização anual foi obtida dividindo-se a taxa de utilização no período pelo número de meses no intervalo e, em seguida, multiplicando-se esse valor por 12. Na taxa de utilização dos serviços da UBS foi definida como a média do número de atendimentos anual dos usuários no período de observação do estudo (40 meses). Observou-se que 90,2% (IC: 89,4% a 90,9%) dos pacientes atendidos no período utilizaram serviços da UBS 3 vezes ou menos por ano. Apenas 2,5% (IC: 0,2% a 4,9%) dos pacientes atendidos no período podem ser considerados hiperutilizadores de serviços da UBS porque foram atendidos 6 vezes ou mais por ano. Os pacientes foram atendidos em média 1,2 vezes por ano, com mediana de 0,6 atendimentos anuais e intervalo interquartil de 1,2 atendimentos. A maioria dos atendimentos ocorreu no turno da manhã (56,0%) quando comparado com o turno vespertino (43,9%). A UBS estudada não funciona no período noturno, porém, quando a finalização do registro de atendimento no sistema e-SUS AB ocorre após às 18h, esse atendimento é contabilizado para o período noturno. Em dias de grande demanda na UBS ou quando há falha do sistema, alguns profissionais realizam o lançamento dos registros após o expediente, ocasionando a geração de dados de atendimento no turno da noite na UBS.

A série histórica dos atendimentos da unidade mostrou um ritmo de crescimento regular dentro de um canal que foi quebrado com a primeira onda de covid-19 no Distrito Federal (Figura 1). No mesmo período foram observados *outliers* com números de atendimentos diários superiores a 100. O limite do canal linear superior e inferior dos atendimentos diários foi estabelecido unindo-se as cristas e vales da curva anteriores ao período da pandemia.

Foi possível observar ainda, que o número de atendimentos e o número de pacientes do sexo masculino e feminino permanece muito semelhante até a faixa etária por volta dos 15 anos, quando os atendimentos e os pacientes do sexo feminino são significativamente preponderantes (Figura 2). Esse efeito perdura em todas as outras faixas etárias para os pacientes e até por volta dos 75 anos de idade, indicando que a taxa de utilização do sexo masculino se eleva entre idosos (Figura 2). Embora sem significância estatística, a taxa de utilização do gráfico inferior da Figura 2 confirma esse achado.

A Figura 2 permite ainda perceber uma notável elevação da taxa de utilização entre o sexo feminino durante a menacme, com um retorno precoce ao padrão da curva similar ao traçado masculino

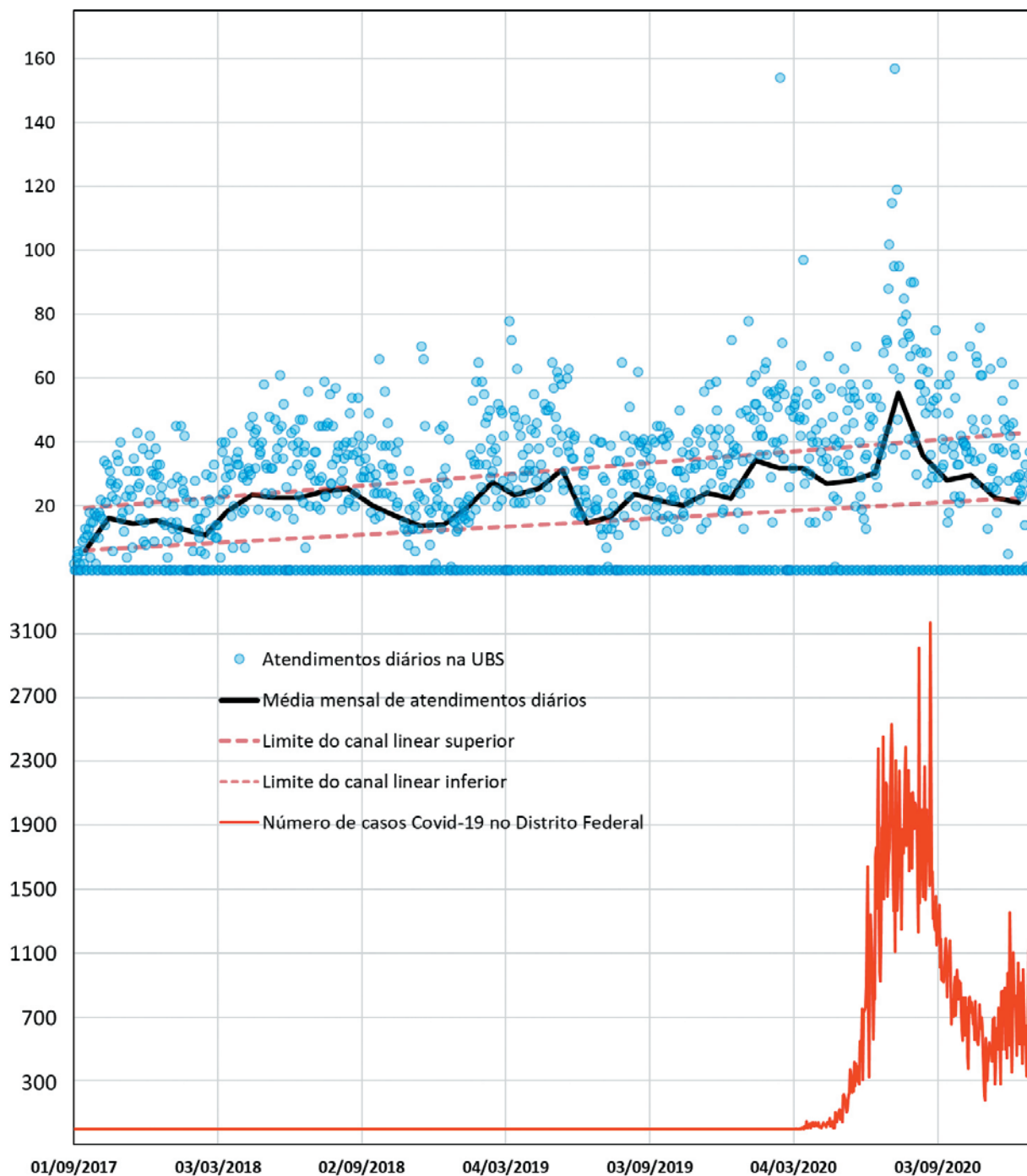
após os 35 anos de idade. Esse é o único período em que há diferença estatisticamente significativa entre a taxa de utilização masculina e feminina.

As taxas de utilização modificaram conforme os estratos de distância entre a residência do pacien-

te e a UBS. Cerca de 80% da população morava a no máximo 2,28 km da UBS. Com efeito, a taxa de utilização dos usuários que moravam a até 500 metros da UBS foi significativamente mais alta que a dos que moravam a mais de 1 km de distância (Figura 3).

Figura 1

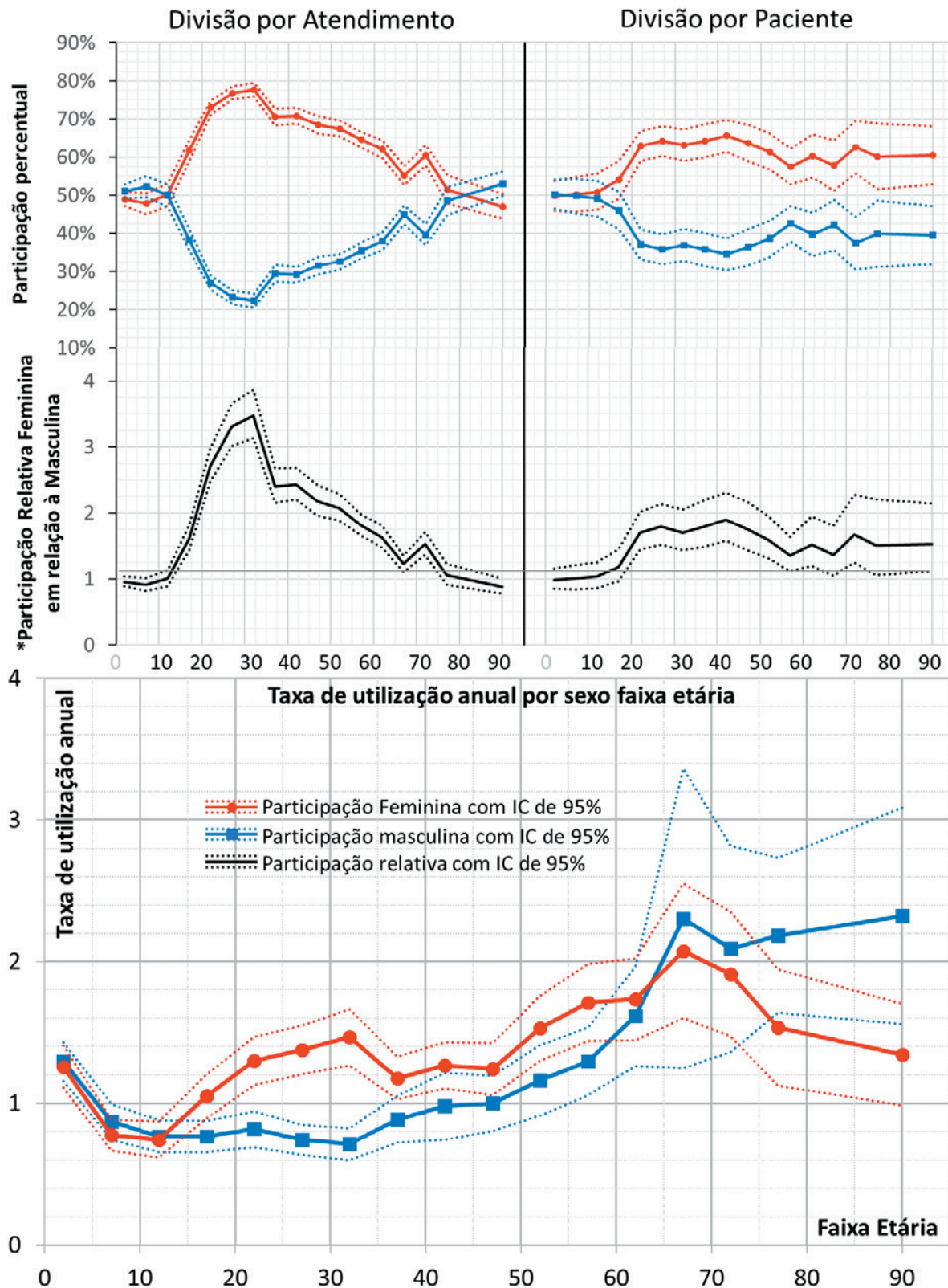
Estratificação das atividades da UBS por atendimento, paciente e taxa de uso anual média em relação ao sexo e idade no período de setembro de 2017 a dezembro de 2020.



Fonte: E-SUS, Brasília.

Figura 2

Estratificação das atividades da UBS por atendimento, paciente e taxa de uso anual média em relação ao sexo e idade no período de setembro de 2017 a dezembro de 2020.

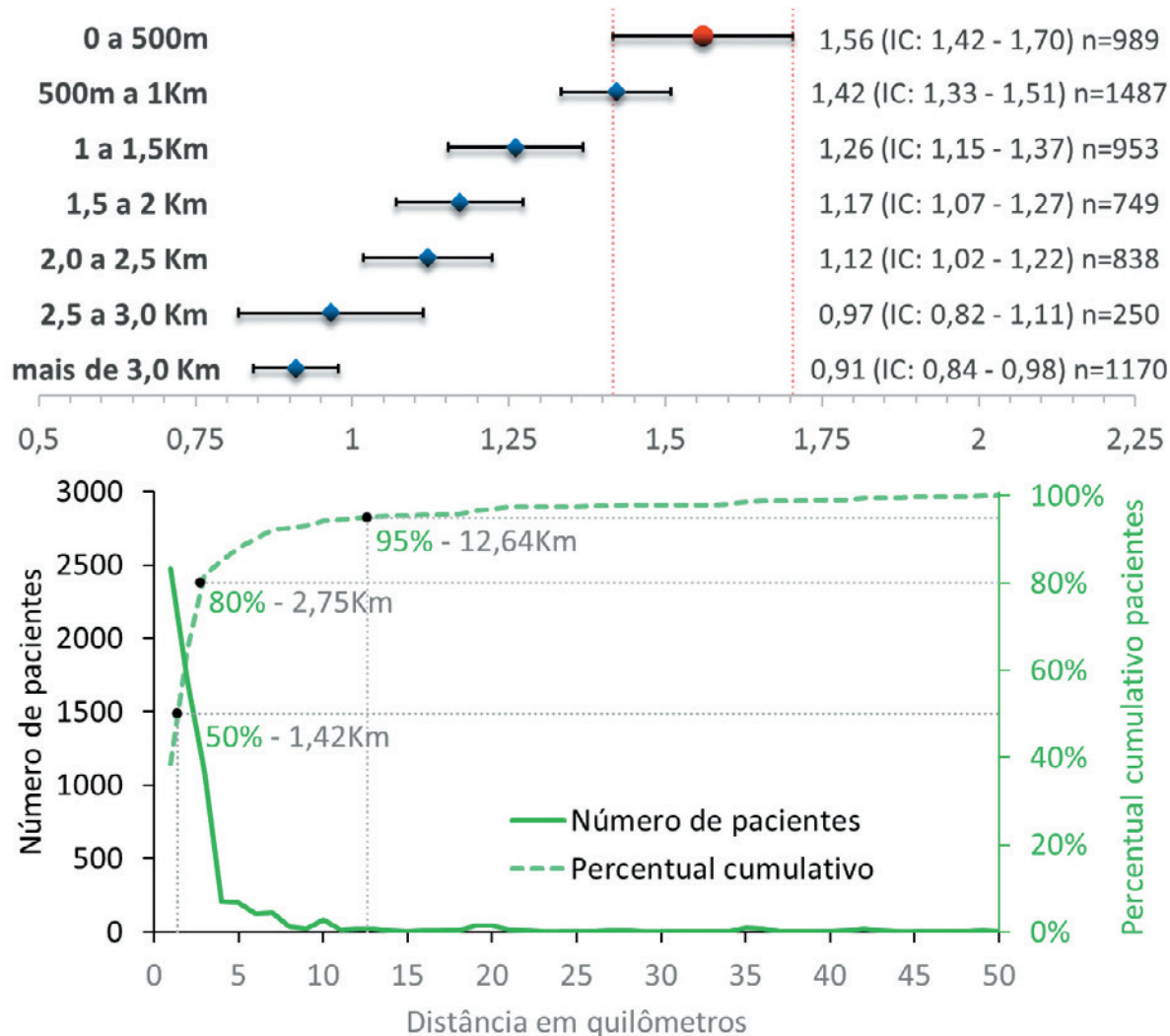


Legenda: IC = Intervalo de Confiança; *Relação obtida dividindo o número de casos do sexo feminino pelo número de casos do sexo masculino.

Fontes: E-SUS, Pesquisadores.

Figura 3

Taxa de uso anual média por usuário e distribuição dos usuários e atendimentos conforme a distância da UBS no período de setembro de 2017 a dezembro de 2020.



Legenda: n = 6436 usuários. Foram excluídos 187 usuários cadastrados com o endereço da UBS e 188 com endereços registrados a mais de 500 km da UBS.

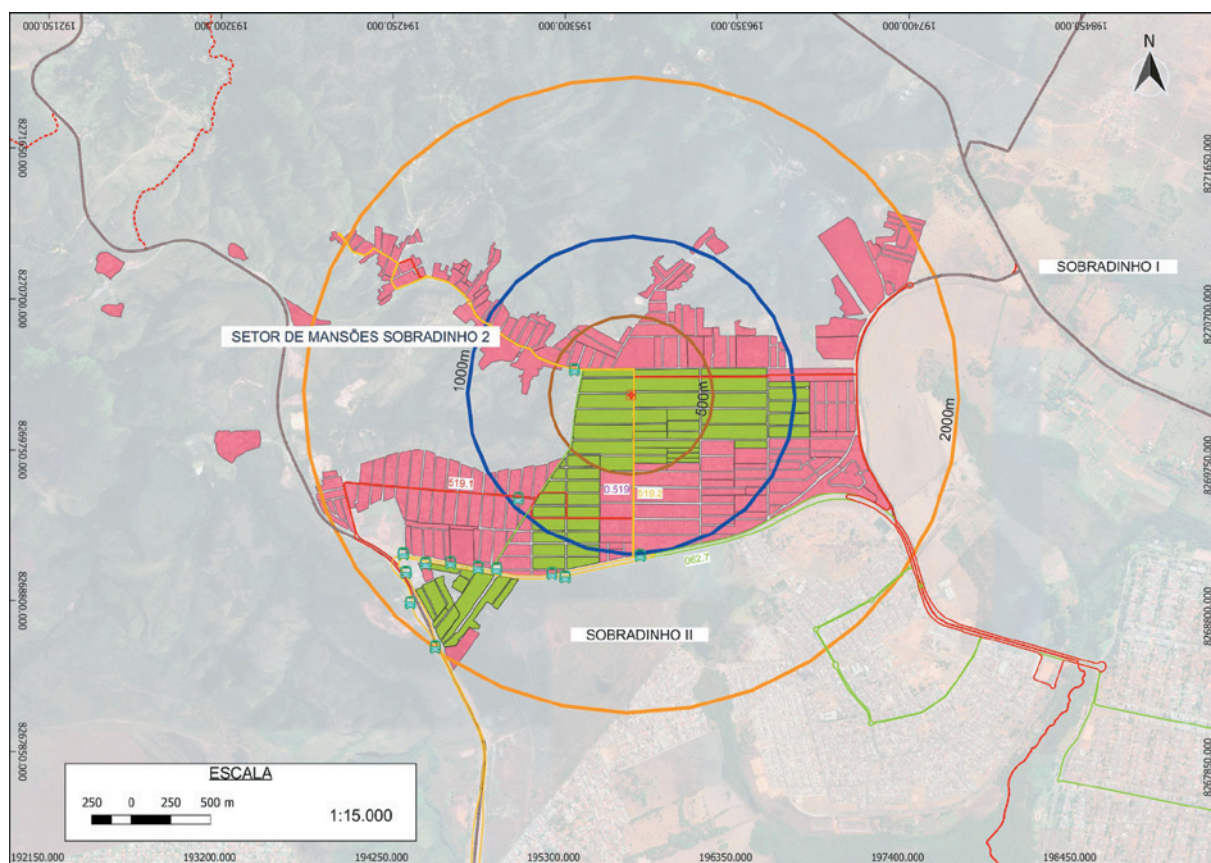
Fontes: E-SUS, Pesquisadores

A microrregião onde está localizada a UBS, representada na Figura 4 pela cor verde, alcança um total estimado máximo de 8 mil pessoas. Uma pequena parcela da população reside dentro de um

raio de 2 km, as quais, para acessar a UBS, podem precisar de transporte público ou locomover-se por uma área com aclive, avenidas movimentadas e ruas com calçadas precárias.

Figura 4

Bairro onde se localiza a UBS, área de abrangência, raios de distância de 1 e 2 km e linhas de transporte público.



Fontes: E-SUS, Pesquisadores, Google Maps, autores.

DISCUSSÃO

O perfil da população atendida no período aponta para a preponderância das mulheres como usuárias da UBS, com dois picos modais de idade, na primeira e terceira décadas de vida. Resultados semelhantes foram encontrados por Albuquerque *et al.*¹⁸ em Pernambuco. Destaca-se a importância do papel feminino no cuidado com a família e o maior acesso às UBS, provavelmente pelo horário de funcionamento, que é atualmente somente de 7h às 17h. Não há, todavia, neste estudo, a possibilidade de aprofundamento de outras características desta população porque limitou-se aos dados disponibilizados pelo e-SUS.

Observou-se que nos atendimentos da UBS, no período do estudo, houve predominância da

demanda espontânea (67,1%) comparada com atendimentos a pacientes previamente agendados (32,9%). Este resultado revela alinhamento com a proposta de acesso avançado no qual as demandas do dia devem representar no mínimo 70%. Todavia, é preciso considerar que a melhor abordagem da demanda espontânea ocorre com o acolhimento que deve procurar romper a lógica hegemônica da busca pelas agendas fechadas e predefinidas. O acolhimento pode contribuir para o redirecionamento da demanda espontânea para atividades organizadas pelo serviço, influenciando no planejamento e na programação de serviços mais coerentes com as necessidades reais da comunidade¹⁸.

A respeito da demanda espontânea, é preciso resgatar que segundo Normam e Tesser¹⁹ os centros

de saúde que buscam implantar a diretriz do acolhimento utilizam basicamente dois modos de organização do processo de trabalho: um que valoriza o território e a longitudinalidade na assistência à demanda espontânea e outro que não valoriza. No primeiro, a demanda espontânea é atendida pela equipe da área de abrangência e no segundo, independentemente dessa relação. Neste último caso, é escalada uma “equipe de acolhimento” destinada apenas para atender às demandas espontâneas do dia de forma pontual e sem haver necessariamente um contato entre a eSF responsável e o usuário, com isso, aspectos inerentes à vinculação e longitudinalidade do cuidado não são observados durante esses atendimentos. Nesta UBS observou-se que a população foi atendida pelas eSF de referência ao buscar a unidade por demanda espontânea, independentemente de ser ou não cadastrada. Assim, observa-se um alinhamento com a primeira proposta de Normam e Tesser¹⁹.

Uma maneira de contornar o risco da equidade reversa seria utilizando o acesso avançado que consiste em agendar as pessoas para serem atendidas pelos profissionais da APS no mesmo dia ou em até 48 horas após o contato com o serviço de saúde, assim diminuindo o tempo de fila, o número de faltas e favorecendo o cuidado contínuo desses pacientes. Estudos sobre o assunto constataram que nos locais onde esse modelo de agendamento foi introduzido foi observado um aumento no número de atendimentos, bem como uma maior satisfação do usuário para com o serviço de saúde^{20,21}. Também se observou a diminuição da sobrecarga dos profissionais de saúde, principalmente sobre os médicos, pois com esse modelo foi possível redistribuir os atendimentos para os outros profissionais da UBS, como os enfermeiros, que no modelo tradicional têm sua agenda quase nunca lotada. É importante destacar, entretanto, que o acesso avançado, ainda que se mostre promissor na melhoria de vários aspectos relevantes para os serviços prestados na APS, possui desafios para sua implementação. Conforme discutido por Stelet *et al.*, a literatura carece de estudos nacionais de longo prazo que versem sobre a utilização do modelo de acesso avançado no contexto da realidade da população brasileira. A implementação de qualquer modelo de acesso aos serviços de saúde em uma UBS requer necessariamente um planejamento cuidadoso com constante monitoramento e avaliação das estratégias adotadas²².

Há baixa frequência de hiperutilizadores, aqui classificados de forma simplificada como os que

foram atendidos mais de 5 vezes/ano, considerando todos os tipos de atendimento (consultas com qualquer profissional, escuta inicial e demais procedimentos). Apesar de não haver consenso na literatura sobre a definição de usuário superutilizador, considerou-se aqui aquele indivíduo que compareceu a mais de seis consultas no intervalo de um ano^{12,23,24}. Dentre os artigos analisados, o estudo realizado por Melo²⁵, em Monte Alto, após a análise de bibliografias chegou à conclusão de que os hiperutilizadores são aqueles que utilizam os serviços de urgência e emergência mais de 3 vezes no ano e que predominantemente são do sexo feminino e portadores de doenças crônicas. Já Carvalho *et al.*²⁶ consideraram como hiperutilizadores as pessoas que apresentaram sete ou mais consultas médicas em cada um dos dois últimos anos que antecederam a publicação, contados retrospectivamente a partir da data da coleta dos dados.

A análise espacial mostra que a distância da UBS das residências adscritas está dentro de um raio de 2 km. Das residências mais longínquas, a distância chega a ser de quase 2,5 km em uma área ao leste desconectada do resto da massa urbana. A acessibilidade geográfica a um serviço de saúde depende da sua disponibilidade e da impedância para acessar esse serviço. Maior impedância de viagens afetará tanto o fornecimento quanto a utilização de serviços de saúde resultando em baixos resultados de saúde¹⁷. Em uma região com urbanização nova e desordenada, com vias de baixa qualidade, e com pouca infraestrutura pública, foi demonstrada a necessidade de rever a territorialização da UBS. Tendo em vista o fato de que existem outras UBS que se encontram mais próximas de algumas porções do território, o ideal seria a redivisão das áreas de abrangência das equipes que atuam na região com vistas a diminuir a distância geográfica entre domicílio do usuário e UBS de referência. Apenas a mudança de localização da UBS estudada não representaria uma melhora significativa no acesso geográfico da população, já que o território de abrangência da unidade é composto por porções relativamente distantes umas das outras. Esta reordenação da área de abrangência da UBS poderá facilitar o acesso de parte da população que reside em áreas distantes e com acessibilidade difícil por transporte público.

No que se refere ao recorte de território desta UBS, a sua localização está próxima de onde as famílias residem, coerente com o conceito de acessibilidade

de geográfica, embora não tenham sido mensurados o tempo e os gastos com locomoção⁶.

CONCLUSÃO

A aplicação das ferramentas metodológicas da geografia da saúde se mostrou muito útil para proporcionar um olhar sobre uma área de abrangência de UBS. Sobretudo porque a utilização das análises espaciais a partir dos domicílios, da distribuição da população estratificada por características epidemiológicas e demográficas, e a identificação das impedâncias no acesso, viabilizam uma visão sistêmica para profissionais e gestores locais em saúde, o que evita as decisões de intervenções locais com base em estatísticas nacionais. Com o crescimento do compartilhamento de dados públicos e tecnologias para monitorar a saúde da população e identificar alvos viáveis para intervenção, é possível ainda evoluir para abordagens ao longo da vida, que consideram as exposições cumulativas que as pessoas enfrentam à medida que envelhe-

cem e fazem mudanças ocupacionais, superando a medição das influências contextuais baseado apenas no ambiente residencial, no espaço e no tempo estáticos¹⁶.

Assim, conclui-se que aspectos da organização da UBS como modelo de acesso, turnos e localização influenciam a acessibilidade e a utilização dos serviços pela população do território. Ademais, o monitoramento contínuo destes efeitos e das características da população, capturadas por meio dos dados cadastrais são elementos fundamentais para a melhoria contínua das APS com redução de riscos de equidade reversa e aumento da responsividade às demandas da população.

LIMITAÇÕES

Há limitações no estudo por incompletudes e inconsistências dos dados cadastrais da população atendida, sobretudo pela falta de mais informações sociodemográficas e dos domicílios.

REFERÊNCIAS

1. Portela GZ. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. *Physis*. 2017;27(2). <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000200005>.
2. Giovanella L, Bousquat A, Schenkman S, Almeida PF, Sardinha LMV, Vieira MLFP. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. *Ciênc. Saúde Colet*. 2021;26(suppl 1):2543-2556. doi.org/10.1590/1413-81232021266.1.43952020.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
4. Brito GEG, Mendes ACG, Santos Neto PM. Purpose of work in the Family Health Strategy. *Interface (Botucatu)*. 2018;22(64):77-86.
5. Melo DS, Silva ALA, Martelli PJJ, Lyra TM, Miranda GMD, Mendes ACG. O direito à saúde no território: o olhar dos usuários para Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. Saúde Colet*. 2021;26(10):4569-4578. doi.org/10.1590/1413-812320212610.10722021.
6. Assis MM, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2012, v. 17, n. 11 [Acessado 29 Junho 2022], pp. 2865-2875. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>. Epub 04 Dez 2012. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>.
7. Silva Junior ES, Medina MG, Aquino R, Fonseca ACF, Vilasbôas ALQ. Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant*. 2010;10(supl. 1):s49-s60. doi.org/10.1590/S1519-38292010000500005.

8. Donabedian A. Los espacios de La Salud: Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. México: Fondo de Cultura Económica; 1988. Available in: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-138957>.
9. Viegas SMF, Penna CMM. Integrality: Life principle and right to health. *Investigacion y Educacion en Enfermeria*. 2015;33(2):237-47. <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v33n2a06>.
10. Hart JT. The inverse care law. *Lancet*. 1971;1(7696):405-12. doi: 10.1016/s0140-6736(71)92410-x.
11. Victora CG, Vaughan JP, Barros FC, Silva AC, Tomasi E. Explaining trends in inequities: evidence from Brazilian child health studies. *Lancet*. 2000;356(9235):1093-8. doi: 10.1016/S0140-6736(00)02741-0.
12. Tureck F, Chioro A, Andreazza R. Meu Deus, lá vem ele de novo! O cuidado à saúde aos “hiperutilizadores” na Atenção Básica. *Interface (Botucatu)*. 2022;26:e210653. <https://doi.org/10.1590/interface.210653>.
13. Guimarães RM. A teoria da equidade reversa se aplica na atenção primária à saúde? Evidências de 5.564 municípios brasileiros. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:128. doi.org/10.26633/RPSP.2018.128.
14. Brasil. Portaria Nº 2.979 de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS. *Diário oficial da União* 2017; 28 de set. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>.
15. Gottems LBD, Almeida MO, Raggio AMB, Bittencourt RJ. O Sistema Único de Saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2018): revisitando a história para planejar o futuro. *Ciênc. Saúde Colet*. 2019;24(6):1997-2008. doi.org/10.1590/1413-81232018246.08522019.
16. Corrêa DSRC, Moura AGOM, Quito MV, Souza HM, Versiani LM, Leuzzi S, *et al*. Movimentos de reforma do sistema de saúde do Distrito Federal: a conversão do modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. Saúde Colet*. 2019;24(6):2031-41. doi: 10.1590/1413-81232018246.08802019.
17. Kirby RS, Delmelle E, Eberth JM. Advances in spatial epidemiology and geographic information systems. *Ann Epidemiol*. 2017;27(1):1-9. doi: 10.1016/j.annepidem.2016.12.001.
18. Albuquerque MSV, Lyra TM, Farias SF, Mendes MFM, Martelli PJJ. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. *Saúde Debate*. 2014;38:182-94. doi:10.5935/0103-1104.2014S014.
19. Normam AH, Tesser CD. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. *Saúde Soc*. 2015;24(1):165-79. doi.org/10.1590/S0104-12902015000100013.
20. Vidal TB. Acesso avançado e sua relação com o número de atendimentos médicos em atenção primária à saúde [dissertação]. Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/87111>.
21. Cirino FMSB, Schneider Filho DA, Nichiata LYI, Fracolli LA. O Acesso Avançado como estratégia de organização da agenda e de ampliação do acesso em uma Unidade Básica de Saúde de Estratégia Saúde da Família, município de Diadema, São Paulo. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2020;15(42):2111. [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(2\)2111](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(2)2111).
22. Stelet BP, Modesto AAD, Neto AO, Aragão CM, Reigada CLL. “Avançado” ou “precipitado”? Sobre o Modelo de Acesso Avançado/Aberto na Atenção Primária à Saúde. *Trab. educ. saúde*. 2022;20. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs588>.

23. Andersson SO, Mattsson B, Lynoe N. Patients frequently consulting general practitioners at a primary health care centre in Sweden – a comparative study. *Scand J Soc Med*. 1995;23(4):251-7. doi: 10.1177/140349489502300406.
24. Follador K, Becker A, Gasparin VA, Fonseca AP, Ferraz L, Lazzari DP, *et al*. Hiperutilizadores Do Sistema Único De Saúde: Perfil E Estratégia De Intervenção. In: Política, planejamento e gestão em saúde 4. Castro LHA, Moreto FVC, Pereira TT (Org.). Ponta Grossa: Atena; 2020. p.42-50. Disponível em: <https://www.atenaeditora.com.br/post-artigo/39758>.
25. Melo SRA. Caracterização e avaliação dos usuários frequentes (hiperutilizadores) do Serviço público de urgência/emergência do município de Monte Alto/SP [dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2018. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17157/tde-12072019-110311/pt-br.php>.
26. Carvalho IPA, Carvalho CGX, Lopes JMC. Prevalência de hiperutilizadores de serviços de saúde com histórico positivo para depressão em Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015;10(34):1-7. [https://doi.org/10.5712/rbmfc10\(34\)957](https://doi.org/10.5712/rbmfc10(34)957).

Morte encefálica pós-traumática: perfil epidemiológico de notificações em um hospital público do Distrito Federal

Post-traumatic brain death: epidemiological profile of notifications in a public hospital in Distrito Federal

Nathália da Silva Ferreira¹ , Simone Rodrigues da Silva Araújo² 

RESUMO

Objetivos: conhecer o perfil clínico e epidemiológico de pacientes com diagnóstico de Traumatismo Cranioencefálico (TCE) que evoluíram para morte encefálica (ME) e o período decorrido entre a abertura de protocolo e a declaração de ME.

Métodos: estudo descritivo, observacional do tipo transversal e retrospectivo.

Resultados: os pacientes que evoluíram para ME por causa traumática em 2020 foi predominantemente do sexo masculino, com idade de 51 e 60 anos, com maior incidência por queda de altura (> 2 m). O tempo médio de fechamento de protocolo de ME foi de 40,8 horas. Corroborando com a literatura, as principais causas de morte encefálica são provocados por agravos externos como o TCE.

Conclusão: as características dos pacientes diagnosticados com TCE que evoluíram para ME, em um ano tão atípico como foi o da pandemia, alerta para a construção de medidas preventivas futuras para a redução de traumas por causas evitáveis.

Palavras-chave: Morte Encefálica; Perfil de Saúde; Epidemiologia.

ABSTRACT

Objectives: to know the clinical and epidemiological profile of patients diagnosed with traumatic brain injury who progressed to brain death and the period between the opening of the protocol and the declaration of brain death.

Methods: descriptive, observational, cross-sectional and retrospective study.

Results: patients who evolved to brain death due to traumatic causes were predominantly male, aged 51 to 60 years, with a higher incidence of falls from heights. The mean time for closing the brain death protocol was 40.8 hours.

Conclusion: the characteristics of patients diagnosed with traumatic brain injury who progressed to brain death, in a year as atypical as the pandemic was, call attention to the construction of future preventive measures to reduce trauma due to preventable causes.

Keywords: Brain Death; Health Profile; Epidemiology.

INTRODUÇÃO

O Traumatismo Cranioencefálico (TCE) é um problema de saúde pública, representando na atualidade, umas das maiores causas de mortalidade em todo o mundo, principalmente em países desenvolvidos, gerando não apenas impactos físicos, como também socioeconômicos a curto e longo prazo¹. É definido por ser uma alteração da estrutura craniana, associado ao comprometimento anatômico do couro cabeludo, meninges, vasos sanguíneos e dano funcional encefálico². Ocorre a partir de uma agressão de ordem traumática por força externa, podendo ser classificado quanto ao mecanismo de trauma (fechado ou penetrante); morfologia da lesão (fratura de crânio, lesões extracranianas e lesões intracranianas); e gravidade da lesão cerebral (leve, moderada e grave)².

Atualmente, as Lesões Cerebrais Traumáticas (LCT) são reconhecidas como o principal mecanismo do TCE e se subdividem em duas formas: lesão cerebral focal (relacionadas a traumas diretos, resultando em laceração e hemorragias intracranianas) e lesão cerebral difusa (associada aos mecanismos de aceleração e desaceleração, que culminam em lesão axonal difusa e edema cerebral)³. O resultado dessas lesões pode ainda ser especificado quanto ao momento de início do processo patológico: lesão primária (ocorrida na ocasião do trauma) e lesão secundária (manifestações tardias do trauma)³.

No Brasil, registros dos anos de 2008 a 2012 demonstraram que o TCE foi responsável por um total de 125 mil internações hospitalares, 9.715 mortes e cerca de 1 milhão de casos de incapacidade motora, física e cognitiva ao ano¹. Com prevalência de ocorrência em jovens adultos, do sexo masculino, com idades entre 20 a 29 anos, representando uma carga anual de custos gerados aos cofres públicos de R\$ 156.300.000 por ano¹.

O TCE é um problema grave e além dos agravos e estatísticas citadas acima, pode trazer complicações ainda mais sérias, como a Morte Encefálica (ME), esta que possibilita a doação e transplante de órgãos⁴. A ME é o pior prognóstico que se pode esperar, sendo definida por ser um estado clínico em que o indivíduo tem a interrupção completa e irreversível de todas as suas funções cerebrais, sendo portanto, incompatível com a vida⁴.

Atualmente, os critérios para identificação de ME são definidos pelo Conselho Federal de

Medicina (CFM), por meio da resolução nº 2.173/17, que trazem como pré-requisitos para definição do diagnóstico, a presença de lesão cerebral irreversível e de causa conhecida; ausência de fatores reversíveis que possam falsear o diagnóstico de ME; suporte clínico completo em âmbito hospitalar; e observação desse indivíduo por um período mínimo de 6h; sendo que em casos de encefalopatia hipóxico-isquêmica, o período se estende para 24h⁵.

Todos os sinais clínicos de ME deverão ser obrigatoriamente comprovados por dois exames clínicos, que confirmem a ausência de reflexos do tronco encefálico e irreversibilidade do coma, um teste de apneia para confirmação de ausência de movimentos respiratórios, após estimulação máxima do centro respiratório pela hipercapnia ($\text{PaCO}_2 > 55 \text{ mmHg}$) e exame complementar que comprove ausência de atividade encefálica (Doppler Transcraniano, eletroencefalografia ou arteriografia)⁵.

Assim, levando em consideração a gravidade e os impactos multifacetários que o TCE pode causar no indivíduo, principalmente a possibilidade de evolução para um quadro de ME, uma compreensão adequada sobre o processo de identificação precoce e um manejo adequado do paciente com suspeita de ME, podem repercutir de maneira positiva nos desfechos de captação de órgãos⁶.

Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo conhecer o perfil clínico e epidemiológico de pacientes com diagnóstico de TCE que evoluíram para morte encefálica constatada em um hospital terciário público do Distrito Federal, bem como analisar o período decorrido entre a abertura de protocolo e a declaração final de ME.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, com abordagem quantitativa, realizado na Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos (CIHDOTT) de um Hospital terciário público do Distrito Federal, atendendo aos preceitos éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012⁷, após aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), parecer consubstanciado nº 5.034.311 e 5.274.137.

Quanto aos critérios de inclusão, foram considerados neste estudo prontuários de pacientes

adultos, de todas as faixas etárias, vítimas de TCE que evoluíram para abertura de protocolo de ME, com internação nas seguintes unidades de um Hospital terciário do DF no ano de 2020: Unidade de Pronto Atendimento (Sala vermelha do Trauma, Unidade de Suporte Avançado do Trauma-USAT e Enfermarias do PS); Unidades de Tratamento Intensivo – UTI Trauma, UTI Cirúrgica e UTI Pediátrica; e Sala de Recuperação Pós-anestésica (SRPA).

Em oposição, foram excluídos indivíduos em abertura de protocolo de ME por causa não traumática, cujo diagnóstico diferiam de TCE; além daqueles que não tiveram confirmação final do protocolo de ME, bem como os que apresentaram dados incompletos e os que não se enquadraram no período e unidade de internação referida.

Nesse sentido, a coleta foi realizada a partir da transcrição direta de planilhas do programa Microsoft Excel da CIHDOTT, através de informações referentes a pacientes que tiveram notificação de protocolo de ME abertas no ano de 2020, extraídas de documentos preenchidos durante todo o processo de investigação de ME como: sexo, faixa etária, comorbidades, mecanismo do trauma, frequência de notificações de ME por mês, local de internação e data de admissão, data de notificação de abertura de protocolo de ME, data de fechamento de protocolo de ME, tipo de transporte, presença de protocolo de trauma, classificação do TCE, presença de reflexo de tronco, pupilas, tipo de ventilação, uso de droga vasoativa (DVA) e primeiro laudo de exame tomográfico.

Para inferência dos dados, utilizaram-se o o programa Microsoft Excel 2020 e a biblioteca seaborn (Python), além da análise estatística descritiva e inferencial, por meio de medidas de tendência central, utilizando cálculos de média e um indicador de variabilidade dos dados como o desvio padrão, bem como análise estatística bivariada e multivariada, incluindo testes de normalidade estatísticos, cujos valores de média e desvio padrão da amostra foram testados e comparados com a de uma distribuição normal.

Por se tratar de uma pesquisa que não envolveu diretamente indivíduos, que aborda um assunto delicado para os familiares responsáveis pelos protuários que pode contribuir de forma negativa para que revivam o momento de luto diante da perda de seu ente querido, foi solicitado e

aprovado a dispensa da aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Entre os meses de janeiro a dezembro de 2020, o número de notificações de ME em um hospital terciário público do Distrito Federal foi de 201 casos. Deste total, 42,3% dos casos notificados (85 casos) tinham como diagnóstico primário o Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico (AVCH), enquanto a segunda maior causa de ME estava relacionada ao TCE, representando 25,9% das notificações (52 notificações). Outras causas relacionadas ao diagnóstico de ME; além de Tumores, Anóxia e Acidente Vascular Isquêmico (AVCI); corresponderam respectivamente, a 27 (13,4%), 19 (9,45 %), 9 (4,5%) e 9 (4,5%).

Do número total de notificações geradas em 2020, foram selecionados apenas aqueles indivíduos que tiveram a confirmação do diagnóstico de ME, cuja causa estava relacionada exclusivamente ao TCE. Conforme Tabela 1, 37 pacientes participaram deste estudo, sendo a maioria do sexo masculino $n = 33$ (89,1%), na faixa etária entre 51 e 60 anos $n = 8$ (21,6%), sucedido de jovens adultos entre 31 a 40 anos $n = 7$ (18,9%) e 41 a 50 anos $n = 7$ (18,9%).

Os demais indivíduos com notificação de abertura de protocolo de ME relacionado a causas traumáticas que não participaram deste estudo, não obtiveram o diagnóstico final de ME, sendo descartados aqueles que apresentaram parada cardiorrespiratória antes da conclusão do protocolo, ou diagnóstico incompatível com ME.

Quanto às comorbidades, grande parte dos prontuários dos indivíduos não apresentavam informação referente às doenças prévias $n = 18$ (41,8%). Em contrapartida, dos participantes que tinham tal informação, $n = 13$ (35,1%) não tinham diagnóstico ou desconheciam histórico de comorbidades.

Já em relação ao mecanismo do trauma, verifica-se que a etiologia predominante foi queda de altura > 2 m 10 (27%), seguido de queda da própria altura 8 (21,6%). Trauma decorrente de acidente automobilístico por colisão de veículos (moto x carro; moto x moto e carro x carro) e atropelamento, apresentaram taxa de incidência iguais, com percentuais de 13,5%.

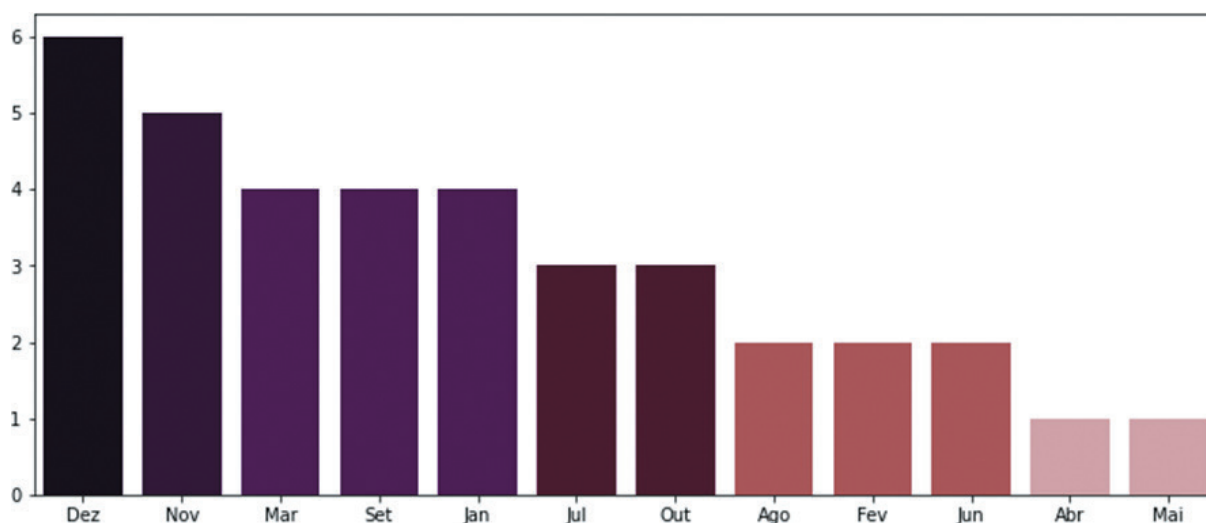
Na Figura 1, observa-se a frequência de abertura de protocolo de ME por mês no ano de 2020, demonstrando predominância de notificações nos meses de novembro n= 5 (13,5%) e dezembro

n= 6 (16,2%), respectivamente. Em oposição, os meses de abril e maio representaram as menores taxas de notificações no ano de 2020, ambas com frequência de n= 1 (2,7%).

Tabela 1

Perfil das vítimas de TCE que evoluíram para ME em um hospital terciário público, Brasília- DF, Brasil, 2020.

Características	N	%
Sexo		
Masculino	33	89,1%
Feminino	4	10,9%
Faixa Etária		
0 a 10	4	10,8%
11 a 20	4	10,8%
21 a 30	3	8,1%
31 a 40	7	18,9%
41 a 50	7	18,9%
51 a 60	8	21,6%
> 60	4	10,8%
Comorbidades		
Não informado	18	46,6%
Nega comorbidade	13	35,1%
Alguma comorbidade	6	16,2%
Mecanismo do Trauma		
Queda de altura > 2m	10	27%
Queda da própria altura	8	21,6%
Acidente automobilístico (colisão)	5	13,5%
Atropelamento	5	13,5%
Acidente automobilístico (queda)	3	8,1%
Perfuração por arma de fogo	3	8,1%
Mecanismo indefinido	1	2,7%
Outras causas traumáticas	1	2,7%
Agressão física	1	2,7%

Figura 1**Frequência de notificações de abertura de protocolo de ME por mês, Brasília-DF, Brasil, 2020.**

No que se refere aos locais de internação em que foram notificadas as vítimas de TCE, grande parte se encontrava em unidades de terapia intensiva, sendo 17 (45,5%) estavam na UTI trauma, 11 (29,7%) na USAT, e 4 (10,8%) na UTI pediátrica. Uma pequena porcentagem 2 (5,4%) se encontrava na sala vermelha, enquanto 1 (2,7%) na Sala de Recuperação Pós-anestésica, sendo esta uma unidade de internação após realização de procedimento cirúrgico; 1 (2,7%) na UTI cirúrgica e 1 (2,7%) na UTI adulto. O tempo médio de internação foi de 211,2 horas, considerando a data da primeira admissão até a constatação final e diagnóstico de ME. O tempo de fechamento de protocolo de ME foi de 40,8 horas.

Analisando as informações referentes às condições de transporte das vítimas, percebe-se que a maioria $n= 31$ (83,78%) foram transportadas por equipes de unidade de suporte avançado de vida, incluindo o transporte aeromédico do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU. Em contrapartida, $n= 22$ (59,45%) seguiram sem protocolo de trauma; dados que podem ser observados na Tabela 2.

Quanto às características clínicas das vítimas de TCE no momento da admissão, observa-se na Tabela 3, que a maioria dos indivíduos $n= 34$ (91,9%) apresentou classificação de traumatismo craniano grave, enquanto apenas $n= 3$ (8,1%) tiveram diagnóstico de TCE moderado. Na amostra

Tabela 2**Informações referentes ao transporte das vítimas de TCE que evoluíram para ME em um hospital terciário público do Distrito Federal, 2020.**

Características	N	%
Tipo de transporte		
Unidade de suporte avançado	31	83,78%
Unidade de suporte básico	4	10,81%
Não informado	2	5,40%
Protocolo de trauma		
Não	22	59,45%
Sim	10	27,02%
Não informado	5	13,51%

estudada, não houve indivíduos com classificação de TCE leve que evoluíram para ME.

Nos sinais e sintomas identificados na avaliação primária do indivíduo que podem indicar gravidade de lesão neurológica, percebe-se que grande parte das vítimas ainda estava com o reflexo de tronco preservado $n= 25$ (67,5), mesmo havendo predominância também de pupilas com midríase fixa $n= 14$ (37,8%). Pacientes com pupilas isocóricas representaram $n=8$ (21,6%), enquanto anisocoria, pupilas médio fixas e mióticas tiveram percentuais menores, com taxas de $n= 6$ (16,2%), $n= 4$ (10,8%) e $n= 4$ (10,8%) respectivamente.

Em relação ao tipo de ventilação no momento da admissão, a maioria foi admitida com suporte de ventilação mecânica 30 (81,1%). Apenas 5 (13,5%) estavam em ar ambiente, enquanto 2 (5,4%) utilizavam máscara não reinalante. Quanto ao uso de aminas no momento da admissão, cons-

tata-se que 32 (82,2%) chegaram na unidade hospitalar fazendo uso de alguma droga vasoativa.

No que se refere ao primeiro laudo de exame tomográfico, é possível notar que lesões como Hemorragia Subaracnóidea Traumática (HSAT) $n= 17$ (20%) e Hemorragia Subdural (HSD) $n= 17$ (20%) tiveram ocorrência em grande parte das vítimas, ressaltando que todos os participantes deste estudo apresentaram múltiplas lesões, com resultados de tomografia de crânio contendo mais de dois diagnósticos.

Na Figura 2, observa-se que há relação entre algumas variáveis, mostrando a existência de correlação positiva forte entre tipo de ventilação e transporte e correlação positiva fraca entre mecanismo de trauma e idade. Mecanismo de trauma e pupilas tiveram indícios de alguma correlação no gráfico, enquanto o restante demonstrou correlação insignificante.

Tabela 3

Características clínicas no momento da admissão das vítimas de TCE que evoluíram para ME em um hospital terciário público, Brasília-DF, Brasil, 2020.

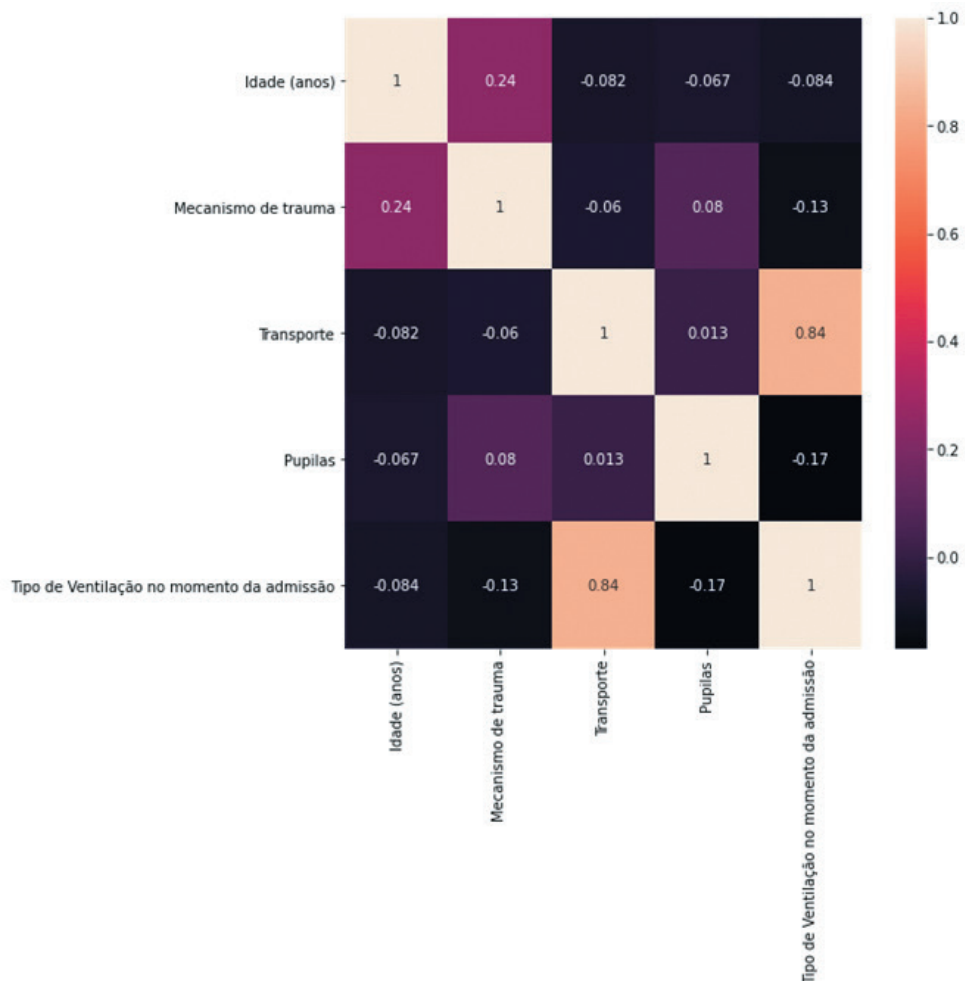
Características	N	%
Classificação do TCE		
Grave	34	91,9%
Moderado	3	8,1%
Reflexo de tronco		
Sim	25	67,5%
Não	12	32,4%
Pupilas		
Midríase fixa	14	37,8%
Isocóricas	8	21,6%
Anisocóricas	6	16,2%
Médio fixas	4	10,8%
Mióticas	4	10,8%
Não informado	1	2,7%
Tipo de ventilação		
Ventilação mecânica	30	81,1%
Ar ambiente	5	13,5%
Máscara não reinalante	2	5,4%
Uso de droga vasoativa		
Não	32	86,5%
Sim	5	13,5%

Características	N	%
Laudo do 1º exame tomográfico**		
Edema	18	21,17%
HSAT [†]	17	20%
HSD ⁺	17	20%
Contusão	10	11,76%
HIP [∞]	9	10,6%
HED [§]	8	9,41%
Herniação	3	3,5%
LAD ⁺⁺	2	2,35%
Fratura da base do crânio	1	1,17%

Nota: ** Percentual individual de cada diagnóstico apresentado no laudo do 1º exame tomográfico; [†]Hemorragia Subaracnóidea Traumática; ⁺Hemorragia Subdural, [∞]Hemorragia Intraparênquimatosa; [§]Hemorragia Extradural; ⁺⁺Lesão Axonal Difusa.

Figura 2

Mapa de calor de phyton, 2020: Correlação entre variáveis (Idade x Mecanismo de trauma; Idade x Transporte; Idade x Pupilas; Idade x Tipo de ventilação no momento da admissão; Mecanismo de trauma x Transporte; Mecanismo de trauma x Pupilas; Mecanismo de trauma x Tipo de ventilação no momento da admissão; Transporte x Mecanismo de trauma; Transporte x Pupilas; Transporte x Tipo de ventilação no momento da admissão e Pupilas x Tipo de ventilação no momento da admissão).



DISCUSSÃO

Os dados apresentados neste estudo corroboram com as estatísticas encontradas na literatura, confirmando que agravos provocados por causas externas como o TCE e doenças crônicas não transmissíveis como AVCH e AVCI representam as principais causas de ME⁸⁻⁹.

Quanto ao perfil das vítimas de ME por causa traumática, foram identificados a predominância do sexo masculino, com incidência maior em adultos com idades entre 40 e 60 anos. Como na maioria das lesões traumáticas, a incidência de TCE tende a ser significativamente maior nos homens quando comparados às mulheres¹⁰⁻¹¹. Alguns estudos demonstram que as diferenças de gênero estão relacionadas às características existentes entre os sexos e questões socioculturais, em que o público masculino tende a se expor a maiores riscos e a ter comportamentos mais agressivos¹⁰⁻¹¹.

No ano de 2020, o cenário pandêmico da covid-19 provocou impacto destrutivo em todo o mundo, com altas taxas de óbito e repercussões no âmbito econômico e psicossocial¹², além de trazer modificações nos padrões típicos de neurotrauma¹³.

Em São Paulo foi observado através de um estudo retrospectivo, as implicações da covid-19 na incidência de traumas, demonstrando que queda de altura e acidente automobilístico estavam relacionados aos principais mecanismos de trauma no ano de 2019. No entanto, durante o pico pandêmico do ano seguinte e consequente restrição das atividades não essenciais, houve redução significativa desses casos¹⁴; contrariando o que foi encontrado no presente estudo, onde as quedas representaram maior incidência de casos de TCE, seguida de acidente automobilístico.

Dados importantes encontrados em alguns estudos recentes podem contribuir na construção de hipóteses que possam explicar a prevalência desses mecanismos de trauma nesse período. No Brasil, a vulnerabilidade de motociclistas aos acidentes automobilísticos durante a pandemia, foi citada em alguns artigos; evidenciando o aumento da adesão às atividades laborais de alto risco, como os serviços de *delivery* e imprudência no trânsito facilitada pela diminuição do fluxo nas vias¹².

Além disso, mudanças de rotina geradas pelo desemprego e pelas medidas de proteção contra disseminação do vírus, como isolamento social, pas-

saram a se tornar fatores de desencadeamento de comportamentos de estresse, além da potencialização do abuso de álcool e outras drogas¹³.

Em relação à ME por causa traumática, nota-se que esta ocorreu com maior frequência nos meses de novembro e dezembro, podendo estar relacionada aos festejos de final de ano, bem como a férias escolares¹⁴.

Sobre a unidade de internação do paciente no momento da notificação de ME, os dados encontrados demonstram maior número de internações em unidades de atendimento intensivo, justamente por acomodar pacientes com alta gravidade e potencial risco de necessitar de suporte de alta complexidade em tempo integral¹⁵.

A média de tempo de internação dos participantes deste estudo foi semelhante aos achados na literatura, apontando para um tempo de aproximadamente 7,43 dias, o que equivale a 178,32 horas. No entanto, o intervalo de tempo entre abertura e fechamento de protocolo de ME encontrado neste estudo, foi consideravelmente maior do que o observado em uma pesquisa realizada na Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos no norte de Minas Gerais, onde o tempo de constatação de ME foi de 10 horas.

Outro estudo recente, realizado em um Hospital referência em Urgência e Trauma no Estado do Pará, também apresentou tempo de conclusão de ME inferior aos achados deste estudo, sendo de aproximadamente 20,75 horas¹⁵. Os efeitos desse intervalo de tempo podem ser refletidos em melhores desfechos para esse indivíduo; uma vez que protocolos concluídos em tempo inferior a 30 horas reduzem as chances de parada cardiorrespiratória e consequente perda de potenciais doadores.

Quanto às condições de transporte dos indivíduos, este estudo demonstrou que a maioria das vítimas foi removida por equipes de unidade de suporte avançado de vida terrestre e aeromédico, sendo estes componentes do serviço pré-hospitalar móvel regulamentados em lei¹⁶. Em consonância com esse achado, um estudo demonstrou que pacientes com TCE moderado e grave tendem a ser transportados pelo SAMU pela gravidade do quadro, enquanto vítimas de TCE leve são em muitos casos, levados a unidade hospitalar por familiares e terceiros¹⁷.

O protocolo de trauma é uma das principais condutas previstas na assistência ao paciente trau-

matizado, sendo preconizado no manejo de toda e qualquer lesão aguda traumática com suspeita de TCE ou Trauma raquimedular (TRM). O protocolo inclui a imobilização da cervical com o colar e blocos laterais (*head blocks*); combinados com a prancha rígida. Quando não aplicados de maneira correta, podem gerar complicações no quadro do paciente¹⁸.

Nos resultados encontrados, a maioria dos indivíduos foram admitidos sem colar cervical e/ou prancha rígida, o que pode ter corroborado com o mau desfecho dos casos; no entanto é importante ressaltar que por se tratar de registros coletados no primeiro momento da admissão, em um hospital com grande fluxo de pacientes; os dados podem apresentar viés de informação.

Uma equipe especializada e qualificada, associada a uma avaliação correta e intervenções e transporte adequados são fatores essenciais a serem considerados no prognóstico do paciente traumatizado, podendo influenciar diretamente nas chances de sobrevivência do indivíduo, além de prevenir sequelas futuras¹⁹.

Corroborando com outros estudos, a classificação do TCE da maioria dos participantes que evoluíram para ME, segundo a Escala de Coma de Glasgow (ECG), foi a de TCE grave^{4,20}. O mau prognóstico, incluindo o desfecho de ME, é esperado em acidentes com cinemática grave, principalmente pelo fato de gerar lesões graves e estas estarem geralmente relacionadas à progressão de lesões neurológicas⁴.

O exame pupilar é um importante preditor de lesão cerebral verificado durante a avaliação neurológica, sendo este um dos componentes da avaliação primária. No trauma, a avaliação primária tem a função de identificar potenciais problemas de risco de vida em um paciente com suspeita de TCE, sendo estabelecida uma sequência lógica de tratamento de acordo com as prioridades e condições que coloquem em risco a vida do doente.

Esse processo constitui o mnemônico XABCDE, e o seu significado é: X (exsanguinante) – controle de hemorragia exsanguinante; A (*airways*) – vias aéreas com controle da coluna cervical; B (*breathing*) – respiração e ventilação; C (*circulation*) – circulação com controle de hemorragia; D (*disability*) – exame neurológico através da ECG e avaliação pupilar; E (*exposure*) – exposição e ambiente.

Após a constatação do coma cerebral, um exame mais detalhado deve ser realizado a fim de confirmar ausência de reflexo de tronco, manifestada pela ausência dos reflexos fotomotor, córneo-palpebral, oculocefálico, vestibulo-calórico e de tosse.

No presente estudo, os resultados encontrados mostram que a maioria dos participantes deram entrada na unidade hospitalar com pupilas midriáticas e fixas, o que pode estar relacionado à compressão do terceiro par craniano (nervo oculomotor), causada pelo edema cerebral difuso e herniação transtentorial²¹.

Quanto ao tipo de ventilação no momento da admissão, constata-se que grande parte estava sob uso de ventilação mecânica. Esse dado vai ao encontro de outro estudo, mostrando que pacientes com ECG com escore menor que 8 devem ser submetidos a ventilação invasiva, mantendo a ventilação sob aparelhos até que se tenha uma melhora do quadro neurológico⁴. Em relação ao uso de DVA, seu uso foi quase unânime, evidenciando instabilidade hemodinâmica desses indivíduos e consequente gravidade²².

O exame de imagem é um importante instrumento na sala de emergência, devendo ser realizado nas primeiras horas após a admissão do paciente, sendo a Tomografia Computadorizada (TC) mais indicada, a fim de identificar o tipo e a gravidade das lesões²³. Em relação aos achados tomográficos do primeiro exame, verifica-se a predominância de lesões hemorrágicas como HSAT e HSD.

Nessa perspectiva, algumas pesquisas internacionais confirmam a prevalência de HSAT e HSD como as principais lesões decorrentes de TCE, sendo elas geralmente associadas a TCE moderado e grave com escore de ECG < 8²⁴⁻²⁵. Estudo realizado no departamento de neurocirurgia da Índia trouxe a relação da incidência de HSAT com prognósticos ruins, pela alta taxa de mortalidade em pacientes, em que esses números se tornam ainda maiores quando acompanhados de outras lesões intracranianas²⁴.

No Brasil, não foram encontradas pesquisas que confirmam os achados deste estudo, sendo mencionadas as dificuldades e limitações em relação ao registro de informações descritas nos prontuários e fichas de atendimento pelos profissionais⁴.

Analisando a correlação entre as variáveis, nota-se associação significativa entre o tipo de ventilação e transporte. Veículos de transporte com classi-

ificação tipo D (Unidade de Suporte Avançado – USA) e tipo E (Aeronave de transporte médico), são compostos obrigatoriamente por um médico e um enfermeiro; sendo destinado ao atendimento e transporte de pacientes com alto risco de vida, e que necessitam de cuidados médicos intensivos.

Sendo a Intubação Orotraqueal (IOT) um procedimento privativo médico, e levando-se em consideração que grande parte dos participantes tiveram o primeiro atendimento realizado por unidade de suporte avançado; subentende-se que todos aqueles que necessitavam de suporte ventilatório por (IOT), tinham a garantia de uma via aérea definitiva.

Mecanismo de trauma e idade também apresentaram correlação positiva, corroborando com estudos de que idosos possuem mais risco de trauma por queda, levando em consideração sua vulnerabilidade associada ao uso de medicações de uso contínuo²⁵. Por outro lado, jovens adultos tendem a se envolver mais em brigas, abuso de álcool e drogas, levando a riscos maiores de traumas por acidentes automobilísticos e violência⁴.

CONCLUSÃO

Com o cenário pandêmico de 2020, este estudo apontou que o perfil e os mecanismos de trauma foram modificados, quando comparados ao ano anterior; e que apesar de algumas pesquisas apon-

tarem que as medidas de proteção e isolamento social refletiram na redução significativa de casos de traumas por acidente de trânsito e queda neste período; os resultados encontrados nesse estudo foram divergentes.

Alguns autores chamam a atenção para possíveis fatores desencadeantes da vulnerabilidade à ocorrência de traumas e violência durante a pandemia; como o abuso de álcool e drogas, além da adesão aos trabalhos de *delivery* sob duas rodas. No entanto, deve-se considerar que a pandemia é um marco recente e ainda presente nos dias atuais; sendo necessário a continuidade de estudos que envolvam suas repercussões no trauma.

Neste sentido, o conhecimento das características dos pacientes diagnosticados com TCE que evoluíram para ME, ocorridos em um ano tão atípico como foi o da pandemia, acende um alerta para a construção de medidas preventivas futuras que visem a redução de traumas por causas evitáveis; corroborando com a redução de gastos públicos com internações e auxílios decorrentes de afastamentos por invalidez.

No âmbito intra-hospitalar tais resultados podem também permitir que a equipe multiprofissional identifique de forma precoce esses casos, bem como os potenciais doadores, a fim de minimizar o sofrimento dos familiares e propiciar melhores desfechos para captações e ofertas de órgãos.

REFERÊNCIAS

1. Magalhães ALG, Souza LC, Faleiro RM, Teixeira AL, Miranda AS. Epidemiologia do Traumatismo Cranioencefálico no Brasil. *Rev Bras Neurol* 2017; 53(2):15-22. DOI: <https://doi.org/10.46979/rbn.v53i2.12305>.
2. Gomes ANH, Barbosa LMCP, Passos LMN. Perfil epidemiológico das notificações de morte encefálica. Perfil epidemiológico de notificações de Morte Encefálica. *Research, Society and Development* 16 jun 2020. 9(7) 1-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4662>.
3. Gerhardt S, Aguiar M, Kramer A, Severo CM. Trauma cranioencefálico. *Acta Médica* 2016; (37): 139-143. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/883056/18-tce.pdf>. Acesso em 13 de setembro de 2021.
4. Silva PFS, Silva AS, Olegário WKB, Furtado BMASM. Caracterização das vítimas de traumatismo encefálico que evoluíram para morte encefálica. *Rev Cuid* 2018; 9(3):2349-60. DOI: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v9i3.565>.
5. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM. Resolução nº 2.173/17. Define os critérios do diagnóstico de morte encefálica. *Diário Oficial da União*. 2017 Dez. Edição: (240 Seção:1)50-275. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20171205/19140504-resolucao-do-conselho-federal-de-medicina-2173-2017.pdf>.

6. Paixão JT, Nascimento VH, Alves MC, Rodrigues MF, Sousa EJ, Santos-Lobato BL. Análise do processo de declaração de morte encefálica e seu impacto na doação de órgãos em um centro de referência em trauma. *Rev einstein* (São Paulo). 2020;18:1-6. DOI: 10.31744/einstein_journal/2020AO5448.
7. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil* 13 jun 2013; Seção 1. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 03 de outubro de 2020.
8. Aredes JS, Firmo JOA, Giacomini KC. A morte que salva vidas: complexidades do cuidado médico ao paciente com suspeita de morte encefálica. *Cad. Saúde Pública* 2018; 34 (11). DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00061718>.
9. Souza DH, Costa LC, Barbosa TP, Chieratto CLD, Olivares NM, Ornelas J. Determinação de morte encefálica, captação e doação de órgãos e tecidos em um hospital de ensino. *Cuid Enferm*. 2021; 15(1): 53-60. Disponível em: <http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2021v1/p.53-60.pdf>. Acesso em: 03 de setembro de 2020.
10. Pádua CS, Scherer TAP, Prado PR, Meneguetti DUO, Bortolini MJS. Perfil epidemiológico de pacientes com traumatismo crânio-encefálico (TCE) de uma Unidade de Terapia Intensiva na cidade de Rio Branco-AC, Amazônia ocidental. *South American Journal of Basic Education, Technical and Technological* 2018; 5 (1): 125-136. Disponível em: <https://periodicos.ufac.br/index.php/SAJEBTT/article/view/1651/1047>. Acesso em: 05 de novembro de 2021.
11. Santos JC. Traumatismo cranioencefálico no Brasil: análise epidemiológica. *Rev Cient Esc Estadual Saúde Pública Goiás Cândido Santiago* 2020; 6 (3). Disponível em: <https://www.revista.esap.go.gov.br/index.php/resap/article/view/249/107>. Acesso em: 05 de novembro de 2021.
12. Guimarães SS, Junior RTA, Medeiros MN. Isolamento social, proteção à saúde e risco para violência durante a pandemia de COVID-19. *Psicol Argum* 2021 abr-jun; 39(104): 364-383. DOI: <https://doi.org/10.7213/psicolargum.39.104.AO09>.
13. Lara-Reyna J, Yaeger KA, Rossitto CP, Câmara D, Wedderburn R, Ghatan S, Bederson JB, Margetis K. “Staying Home” – Early Changes in Patterns of Neurotrauma in New York City During the COVID-19 Pandemic. *World Neurosurgeon* 2020 Nov; 143: 344-350. DOI: <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.wneu.2020.07.155>.
14. Andrade CWQ, Marcos EAC, Santos JAR, Silva SNGR, Filho ESN, Figueredo DS, Santos I. O impacto da pandemia pela COVID-19 nos acidentes de motocicleta e o perfil dos acidentados em uma região de saúde de Pernambuco. *Research, Society and Development* 2021; 9 (11).
15. Fernandes PCR, Ilias EEJ, Ribeiro AP, Garcia DFA, Pereira TFS, Leite IS, Nascimento LN, França CN, Juliano Y, Novo NF. *Med. perna. Costa Rica vol.39 n.1 Heredia Jan./Mar. 2022*. Acesso em: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-00152022000100081&script=sci_arttext&tlng=en#B26. Em 05 de agosto de 2022.
16. Fraga-Maia H, Santos MRC. Perfil epidemiológico das vítimas de traumatismo cranioencefálico atendidas pelo SAMU-Salvador. *Revista Pesquisa em Fisioterapia* 2016 Nov; 6(4):369-378. DOI: <https://doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v6i4.1017>.
17. Andrade CWQ, Marcos EAC, Santos JAR, Silva SNGR, Filho ESN, Figueredo DS, Santos I. O impacto da pandemia pela COVID-19 nos acidentes de motocicleta e o perfil dos acidentados em uma região de saúde de Pernambuco. *Research, Society and Development* 2021; 9 (11). DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i9.17680>.

18. Semião MCP. Características dos pacientes que evoluíram para morte encefálica em unidades de cuidados críticos. Florianópolis. Monografia [Graduação em Enfermagem] Universidade Federal de Santa Catarina; 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/197134>. Acesso em: 06 de novembro de 2021.
19. Paixão JT, Nascimento VH, Alves MC, Rodrigues MF, Sousa EJ, Santos-Lobato BL. Análise do processo de declaração de morte encefálica e seu impacto na doação de órgãos em um centro de referência em trauma. Einstein (São Paulo) 2020; 18:1-6. DOI: https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO5448.
20. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 1.864, de 29 de setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU- 192. Diário Oficial da União 29 set 2003; Seção 1. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010_21_05_2012.html. Acesso em: 03 de novembro de 2020.
21. Silva JAV, Padula MPC, Waters C. Perfil epidemiológico, clínico e desfecho de pacientes com traumatismo craneoencefálico. Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo 2021; 66: 017. DOI: <https://doi.org/10.26432/1809-3019.2021.66.017>.
22. Moraes ACM, Félix TA, Santana CR, Andrade AP. Imobilização realizada no transporte de pacientes vítimas de traumas. ReTEP 2019; 11 (1): 10-16. Disponível em: <http://www.coren-ce.org.br/wp-content/uploads/2020/01/Imobiliza%C3%A7%C3%A3o-realizada-no-transporte-de-pacientes-v%C3%ADtimas-de-traumas.pdf>. Acesso em: 25 de janeiro de 2022.
23. Guerrero JJE, Cabezas FM, Rodríguez AR, Vilches-Arena A. Traumatismo craneoencefálico: valoración del nivel de gravedad Traumatic brain injury: Severity assessment. Cartas al Editor / Med Clin (Barc) 2014; 142 (10): 468-471. DOI: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-traumatismo-craneoencefalico-valoracion-del-nivel-S0025775313007112>.
24. Souza RL. Lado da midríase pupilar é um preditor independente do prognóstico cognitivo em pacientes vítimas de traumatismo craneoencefálico grave. Florianópolis. Tese [Dissertação de mestrado] Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2013. 52p. Disponível em: <http://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/103506>. Acesso em: 25 de janeiro de 2022.
25. Moura KDO, Fernandes FECV, Lira GG, Fonseca EOD, Melo RA. Prevalência e fatores associados ao diagnóstico de morte encefálica. Rev. Enferm. UFSM 2021; 11 (39): 1-15. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769253157>.
26. Matias EL, Dias PIA, Rocha RB, Peçanha AS, Poubel AS, Silva CL, Cola CSD, Boechat JCS, Cruz RAC, Mathias RR. Abordagem adequada do paciente vítima de traumatismo craneoencefálico (TCE) nas primeiras horas após o acometimento. Revista Interdisciplinar do Pensamento Científico 2018; 3 (4). Disponível em: <http://reinpeconline.com.br/index.php/reinpec/article/download/241/202/>. Acesso em: 25 de janeiro de 2022.
27. Modi NJ, Agrawal M, Sinha VD. Post-traumatic subarachnoid hemorrhage: A review. Neurol India 2016; 64:8-13. DOI: <https://doi.org/10.4103/0028-3886.178030>.
28. Karibe H, Hayashi T, Hirano T, Kameyama M, Nakagawa A, Tominaga T. Surgical management of traumatic acute subdural hematoma in adults: a review. Neurol Med Chir (Tokyo) 2014; 54: 887-894. DOI: <https://doi.org/10.2176/nmc.cr.2014-0204>.
29. Silva JA, Moreno GHM, Hayakawa LY, Inoue KC, Cuman RKN. Queda do mesmo nível em idosos: fatores associados ao trauma craneoencefálico e raquimedular. Cogitare Enferm. 2018; 4 (23): 56 -325. DOI: <https://doi.org/10.5380/ce.v24i3.56325>.

Gestão de estoque de medicamentos: relatos da implantação de sistemas computacionais em municípios do Paraná

Medicine stock management: reports on the implementation of computer systems in cities of Paraná

Tuane Bazanella Sampaio¹ , Talita Dalla Santini Avanci² , Pricilla Camargo Andrade Zanoni³ , Débora Regina de Oliveira Moura⁴

RESUMO

Objetivo: relatar a experiência da construção de planos operativos (PO) para a implantação de sistemas computacionais de gestão de estoque de medicamentos em municípios do estado do Paraná.

Métodos: os PO foram desenvolvidos entre julho de 2014 e dezembro de 2015, nas farmácias municipais do Núcleo Integrado de Saúde de Quitandinha e da Unidade Básica de Saúde de Alto Paraíso.

Resultados: ambos os PO foram desenvolvidos de acordo com o Planejamento Estratégico Situacional, obtendo como resultado a aquisição dos sistemas HÓRUS® e RC Saúde®, respectivamente, pelos municípios de Quitandinha e Alto Paraíso.

Considerações finais: o desenvolvimento dos PO culminou com a implantação de um sistema para gerenciamento de estoque, essencial para subsidiar o planejamento farmacêutico e garantir a qualidade da assistência farmacêutica. Desta forma, pretende-se que as experiências aqui relatadas possam ser utilizadas como referencial a quem for trilhar caminhos semelhantes.

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica; Gestão em Saúde; Saúde Pública.

ABSTRACT

Objective: to report the experience of making operational plans (OP) for the implementation of computer systems to medicine stock management in cities in the state of Paraná.

Methods: the OPs were developed between July 2014 and December 2015, in the community pharmacies of the Integrated Health Center of Quitandinha and the Basic Health Unit of Alto Paraíso.

Results: both OPs were developed according to Situational Strategic Planning, resulting in the acquisition of the HÓRUS® and RC Saúde® systems, respectively, by the cities of Quitandinha and Alto Paraíso.

Final considerations: the development of the OPs culminated in the implementation of a stock management system, essential to support pharmaceutical planning and ensure the quality of pharmaceutical care. In this way, it is intended that the experiences reported here can be used as a reference for those who are going to follow similar ways.

Keywords: Pharmaceutical Care; Health Management; Public Health.

INTRODUÇÃO

A assistência farmacêutica (AF) é definida como um conjunto de ações e serviços, realizados tanto em estabelecimentos públicos como privados, que visam assegurar a assistência terapêutica integral, sendo voltados à promoção, proteção ou recuperação da saúde. Na AF, o medicamento é tido como insumo essencial e o farmacêutico atua garantindo o acesso e uso racional dele, na perspectiva de amplificar os benefícios da farmacoterapia e melhora a qualidade de vida da população^{1,2}.

Dentre as diversas etapas contidas no ciclo da AF, destacam-se a seleção, programação e aquisição como atividades cruciais para a garantia do acesso expedito e oportuno de medicamentos². O planejamento quantitativo incorreto na compra de medicamentos induz uma série de problemas às instituições de saúde. O excesso de medicamentos gera perdas por vencimento do prazo de validade, gerando custos desnecessários. Por outro lado, o desabastecimento de medicamentos essenciais é ainda mais crítico, pois – além de comprometer a farmacoterapia do paciente – em geral, não há previsibilidade imediata da reposição de estoque^{2,3}.

Infelizmente, o desabastecimento de medicamentos essenciais é um problema frequente em muitas instituições públicas de saúde brasileiras. Com intuito de sanar tal problema, Reis e Perini³ sugerem a incorporação dos conceitos de logística de materiais, como a implantação de programas computacionais capazes de auxiliar no controle de estoque dos medicamentos. Com isso, é possível programar a dispensação diária (no caso de prescrições de uso contínuo), registrar os dados do paciente, do medicamento e de cada dispensação feita, evitar duplicidade de prescrições e dispensações e, por fim, emitir relatórios que auxiliarão nos processos do ciclo da AF, principalmente na seleção, programação e aquisição de medicamentos³.

OBJETIVOS

Este trabalho objetiva relatar a experiência obtida no desenvolvimento de planos operativos (PO), baseados na teoria do Planejamento Estratégico Situacional (PES), para a implantação de sistemas computacionais de gestão de controle de estoque em farmácias municipais no estado do Paraná (PR). O PES reconhece a complexidade

de considerar a diversidade dos sujeitos participantes em um planejamento⁴. Sendo assim, uma das grandes vantagens da utilização do PES na formulação de um PO é a necessidade do diálogo, uma vez que as propostas e ações planejadas dependem de articulações interpessoais para serem efetivadas⁵.

MÉTODOS

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, no formato de relatos de experiência, sobre o desenvolvimento de PO para a implantação de sistemas computacionais de gestão de estoque de medicamentos em dois municípios do Paraná: Alto Paraíso e Quitandinha.

Locais e período do estudo

De acordo com o Censo Demográfico do Brasil⁶, o município de Quitandinha/PR possui aproximadamente 17 mil habitantes e localiza-se na região metropolitana de Curitiba, capital do estado do PR. Destes, em torno de 200 pacientes são atendidos por dia na farmácia municipal do Núcleo Integrado de Saúde (NIS-I). A AF é coordenada por uma única farmacêutica responsável, sendo a dispensação de medicamentos realizada por técnicos de enfermagem devidamente treinados. Quinzenalmente, os medicamentos também são enviados para Unidades Básicas de Saúde (UBS) do interior, que somam ao todo quatorze unidades. Entretanto, os medicamentos sujeitos a controle especial (Portaria 344/1998), são dispensados somente na farmácia municipal do NIS-I, sob a supervisão da farmacêutica.

O município de Alto Paraíso, localizado no noroeste do estado do PR e às margens do Rio Paraná, possui uma população de cerca de 3.200 habitantes. A cidade foi criada em 1990, através do desmembramento do município de Umuarama. Alto Paraíso possui apenas uma UBS e uma Unidade de Atenção Primária Saúde da Família. A equipe da UBS é composta por enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, agentes comunitários, dentista, psicóloga, fisioterapeuta e farmacêuticas. Há duas farmacêuticas responsáveis técnicas pela AF da farmácia municipal da UBS, que dispensa desde medica-

mentos constantes da farmácia básica até aqueles sujeitos a controle especial.

Ambos os PO foram desenvolvidos durante o período de julho de 2014 a dezembro de 2015, como parte das atividades do Curso de Especialização de Gestão da Assistência Farmacêutica – UAB/UFSC, sendo dispensados de Parecer consubstanciado de um Comitê de Ética devido à ausência de coleta de dados de seres humanos.

Planejamento estratégico situacional (PES)

Os PO desenvolvidos na farmácia municipal do NIS-I de Quitandinha e na farmácia municipal da UBS de Alto Paraíso foram baseados no PES, tendo como foco a identificação e a resolução de problemas nestes locais. Logo, os PO seguiram a divisão dos quatro momentos do PES: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional⁴.

O momento explicativo é aquele no qual se realiza uma análise da realidade presente e a distância entre o agora e o que se almeja para o futuro, gerando a imagem-objetivo. É neste momento em que os problemas são identificados e um deles é priorizado. Para isto, utiliza-se a matriz de priorização contendo os seguintes parâmetros: magnitude, transcendência, vulnerabilidade, urgência e factibilidade; que expressam, respectivamente, o tamanho, nível de interesse, possibilidade de reversão, possibilidade de espera e disponibilidade de recursos para resolução de tal.

O momento normativo é a etapa em que se definem, com base no objetivo geral, os objetivos específicos e as operações e ações necessárias para alcançá-los. O momento estratégico consiste na análise aprofundada da viabilidade e factibilidade do PO. Assim, viabilidade é entendida como possibilidade política de se executar e manter um projeto e factibilidade como

a existência de recursos para a realização dele. Já o momento tático-operacional, caracteriza-se pelo momento de implantação do PO e definição dos responsáveis, prazos e indicadores para monitoramento e avaliação⁷.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A experiência na farmácia municipal do NIS-I de Quitandinha-PR

A elaboração do PO iniciou com a apresentação da proposta pela farmacêutica coordenadora da AF ao secretário de saúde do município, que prontamente autorizou a sua realização. Desta forma, os sujeitos relacionados ao tema central “controle de estoque de medicamentos da farmácia municipal do NIS-I de Quitandinha” foram convidados a participarem da primeira reunião. Sendo eles: dois gestores da Secretaria de Saúde, dois técnicos de enfermagem que atuam na dispensação de medicamentos, uma psicóloga que atua na clínica e um representante do departamento de engenharia que realiza parte da logística de medicamentos. Houve grande motivação do grupo para com o tema escolhido, uma vez que este possibilitaria a abordagem de muitos tópicos considerados problemáticos na farmácia municipal do NIS-I.

Conduziu-se o momento explicativo, com a exposição e identificação dos problemas relacionados ao controle de estoque de medicamentos da farmácia municipal do NIS-I de Quitandinha. Uma vez que todos os participantes apresentavam ideias semelhantes, rapidamente e sem conflitos foram elencados os problemas relativos ao tema. A seguir, aplicou-se a matriz de priorização para obtenção do problema a ser priorizado. A Tabela 1 apresenta os cinco problemas descritos e as pontuações atribuídas para cada um dos parâmetros da matriz de priorização, bem como o somatório dessas.

Tabela 1

Matriz de priorização dos problemas elencados realizada na primeira reunião de elaboração do PO, desenvolvido na farmácia municipal do NIS-I de Quitandinha-PR.

PROBLEMA	Magnitude	Transcendência	Vulnerabilidade	Urgência	Factibilidade	Total
1. Insuficiência de recursos humanos e pessoal treinado para operar o sistema;	3+4+3+4+4+4	2+2+2+2+2+2	2+2+3+2+2+2	2+3+2+2+2+2	2+0+1+1+1+1	66
2. Carência de uma estrutura física ampliada para colocação de mesas e computadores;	2+3+2+0+0+0	1+1+2+1+1+1	3+2+2+2+2+2	1+1+2+1+1+1	2+1+1+1+1+1	41
3. Falta de um programa informatizado;	4+4+3+4+4+4	2+2+2+4+1+1	3+4+3+2+2+2	2+4+3+3+3+3	1+1+3+2+2+2	80
4. Necessidade de recursos financeiros para a compra de equipamentos;	3+4+4+4+4+4	2+4+3+2+2+2	2+4+4+2+2+2	2+4+4+2+2+2	0+1+1+1+1+1	75
Quantitativo de equipamentos insuficientes para inclusão de um sistema informatizado.	4+4+4+4+4+4	2+2+2+0+0+0	4+4+4+2+2+2	3+4+2+2+2+2	2+1+1+1+1+1	70

Desta forma, determinou-se que o problema a ser priorizado pelo PO foi a falta de um programa informatizado, com um total de 80 pontos. A seguir, foram identificados os descritores do problema “falta de um programa informatizado”, sendo eles: D1. Dificuldade para controlar o estoque de medicamentos; D2. Dificuldade para planejamento da compra dos medicamentos; D3. Descontrole da dispensação individual de medicamento ao paciente. Considerou-se que a definição dos descritores foi bem direcionada, pois explicam claramente as consequências da ausência de um programa informatizado. Com isso, retomou-se a importância de se ter um entendimento claro do problema priorizado, para que fosse possível explicar tanto o porquê deste ocorrer, como quais fatos ele induz.

Essa reflexão foi essencial, visto que na próxima etapa do momento explicativo do PES, cada sujeito foi questionado quanto a cada descritor com as seguintes perguntas: “Por que esta situação ocorre?” e “o que este problema gera?”. Assim, definiu-se como causa convergente o desconhecimento sobre a eficácia de se possuir um programa informatizado para controle de estoque. Por sua vez, a causa conduz para a consequência convergente, descrita como planejamento quantitativo incorreto, com consequente oneração ao setor de saúde. Por fim, a imagem-objetivo vislumbrada foi a de

implantar um sistema informatizado que atenda às necessidades do planejamento quantitativo de medicamentos para a AF.

Com o objetivo delimitado, o momento normativo pode ser iniciado. A elaboração das ações e operações necessárias foram estabelecidas, conforme a matriz do momento normativo, pela coordenadora da AF, sendo elas: 1. Aquisição, através do Termo de Adesão, do sistema informatizado; e 2. Realização de treinamento com os técnicos de enfermagem que realizam o processo de dispensação de medicamentos.

As ações delineadas para que o sistema informatizado fosse adquirido englobaram a identificação dos diferentes sistemas informatizados disponíveis que possuam, entre seus recursos, formas de registro da dispensação de medicamentos de uso diário; e o encaminhamento do termo de adesão do sistema informatizado escolhido para que Secretário de Saúde autorize legalmente a sua implantação no município. Quanto ao treinamento dos responsáveis pela dispensação diária de medicamentos, determinou-se solicitar – por endereço eletrônico – o cadastramento de cada operador e, a seguir, realizar sua capacitação para o sistema informatizado escolhido. Além disso, incluiu-se a aquisição de mobiliários e equipamentos essenciais para a realização do treinamento.

Após a determinação das ações e operações necessárias para o alcance dos objetivos almejados, seguiu-se para a próxima etapa do PES, o momento estratégico. Aqui, a viabilidade e factibilidade das operações e ações propostas no momento normativo foram analisadas. A viabilidade das ações propostas para as duas operações delineadas apresentou-se positiva, sendo julgadas politicamente capazes de ocorrerem. O mesmo ocorreu para a análise dos recursos existentes e necessários para a implantação dessas ações, ou seja, da factibilidade destas, onde os recursos humanos (RH), físicos e materiais estavam disponíveis para a concretização do PO. Destaca-se como RH, o Secretário de Saúde e a farmacêutica do município, e como recursos físicos e materiais, o computador, mobiliários, cadeiras, estantes, e demais equipamentos necessários para o processo de implantação do sistema informatizado.

Uma vez que as operações se apresentaram viáveis e factíveis, o momento tático-operacional foi iniciado. O objetivo específico do PO foi alcançado por meio da identificação dos sistemas informatizados disponíveis, sendo escolhido o HÓRUS® do Ministério da Saúde, e obtenção da autorização do Secretário de Saúde para a implantação deste sistema. Ao todo, o sistema HÓRUS foi obtido através da cooperação entre a coordenação técnica da Secretaria de Saúde, coordenação da AF e coordenação de Administração Financeira do município de Quitandinha-PR.

A operação destinada ao treinamento dos técnicos de enfermagem que trabalham diariamente no processo de dispensação de medicamentos foi atingida através das ações delineadas e cooperação da coordenação técnica da Secretaria de Saúde e coordenação de AF. Desta forma, foram disponibilizados, através de endereço eletrônico do Ministério da Saúde, os dados pessoais de cada funcionário que iria operar o sistema informatizado. O cadastro no sistema HÓRUS foi realizado e o curso *online* foi disponibilizado, resultando em um prazo de 30 dias para o funcionário tornar-se habilitado a operar o sistema. Por fim, os recursos materiais foram adquiridos através do Qualifar SUS.

Apesar da efetiva implantação, o HÓRUS permaneceu por mais de um ano sendo utilizado somente para os medicamentos antibióticos. Devido ao elevado número de prescrições e ausência de RH suficiente, o lançamento da entrada e saída dos medicamentos da farmácia básica só foi iniciado após a inserção de mais um funcionário. Adicionalmente, para que não houvesse duplici-

dade de prescrições, o sistema foi implantado nas UBS do interior do município, sendo possível realizar o controle de toda a rede de saúde.

A experiência na farmácia municipal da UBS de Alto Paraíso-PR

O momento explicativo iniciou com a entrega do convite para os profissionais de saúde de diferentes setores, sendo eles: a farmacêutica da UBS e secretário da saúde, como responsáveis pela programação de medicamentos; dois enfermeiros, um médico e um dentista como profissionais da assistência direta ao paciente; e um técnico de informação, responsável pelos sistemas de informação do setor de saúde. Com exceção do secretário de saúde e de um dos enfermeiros, todos os demais convidados participaram da primeira reunião.

Após a apresentação da proposta de elaboração de um PO, os seguintes problemas foram elencados pelos participantes: (i) carência de padronização para compra de medicamentos; (ii) desabastecimento de medicamentos; (iii) infraestrutura inadequada da farmácia da UBS; (iv) falta de sistema operacional para controle de estoque; e (v) ausência de um auxiliar técnico em farmácia. A seguir, foi aplicada a matriz de priorização. A maior pontuação (78 pontos) foi obtida pelo problema “desabastecimento de medicamentos”, seguida por ausência de um auxiliar técnico em farmácia com 70 pontos, infraestrutura inadequada da farmácia da UBS com 67 pontos, falta de sistema operacional para controle de estoque recebeu 65 pontos e, por fim, carência de padronização para compras dos medicamentos com 59 pontos.

Embora a problemática com maior pontuação tenha sido o desabastecimento de medicamentos, após maior debate dos problemas elencados, decidiu-se por priorizar a problemática “falta de sistema operacional para controle de estoque”. Tal decisão foi baseada no fato de que o desabastecimento de medicamentos poderia ser uma consequência da ausência de um bom controle de estoque, com consequente erro na seleção, programação e aquisição de medicamentos pela UBS.

Com o problema priorizado, realizou-se uma segunda reunião para o levantamento dos descritores, suas causas e consequências, e a obtenção da imagem-objetivo do PO. Para essa etapa, houve a participação somente do médico, dentista e farmacêutica. Os descritores, bem como suas causas e consequências, estão esquematizados na Tabela 2.

Tabela 2

Causas e consequências determinadas para cada um dos descritores estipulados no momento explicativo do PO realizado na farmácia da UBS de Alto Paraíso-PR.

Descritor	Causa	Consequência
D1: Desabastecimento de medicamentos	Demora na aquisição; Demora na contagem de medicamentos; Grande demanda de atendimento; Ausência de um auxiliar de farmácia.	Insatisfação do usuário; Aumento de reclamações; Aumento de internações; Aumento de compras fora de licitação; Aumento de gastos com a saúde.
D2: Registro incompleto do fluxo diário de atendimento	Receituário sem segunda via; Economia por parte da gestão; Investimento insuficiente da AF e RH; Erros de logística.	Desabastecimento da farmácia municipal; Aumento da dispensação de medicamentos sem prescrições; Automedicação, uso irracional de medicamentos e intoxicação.
D3: Insatisfação dos funcionários	Erros de controle de estoque; Insegurança e falha nos pedidos; Carência de reconhecimento.	Estresse relacionado ao trabalho; Negligência no acompanhamento farmacológico do paciente.

Com a definição desses dados, obteve-se como causa convergente o “desconhecimento do estoque de medicamentos” e como consequência convergente o “aumento de gastos com medicamentos”. Com este panorama definido, estabeleceu-se a “a contratação de um sistema operacional para o controle de estoque da UBS” como a imagem-objetivo do problema priorizado do PO.

Finalizado o momento explicativo, apenas a farmacêutica e o dentista continuaram participando das reuniões das próximas etapas do PES. Com a imagem-objetivo definida, no momento normativo, foi realizado o levantamento das operações e ações necessárias para tal. Inicialmente, os seguintes objetivos específicos foram determinados: (i) promover a inclusão de um sistema operacional na farmácia municipal da UBS de Alto Paraíso, garantindo o conhecimento do estoque de medicamentos; e (ii) adequar a quantidade de RH na farmácia municipal da UBS de Alto Paraíso para suprir as necessidades dos serviços farmacêuticos, proporcionando um atendimento humanizado e ágil. Em seguida, foram estabelecidas as operações e ações necessárias para o alcance dos objetivos específicos e, por consequência, da imagem-objetivo do PO. Por fim, no momento estratégico, foram analisadas a viabilidade e factibilidade de execução das operações e ações propostas no PO (Tabela 3).

Para finalizar o PO, chegou-se ao momento tático-operacional, no qual foram elencados os in-

dicadores de monitoramento e avaliação da execução do PO. Utilizando o protocolo de indicadores, estabeleceu-se (i) documento com um comparativo de custos para verificar a possibilidade de contratação de um sistema operacional, com o prazo de até um ano para o setor de RH e contabilidade realizarem o levantamento e análise do melhor custo-benefício para a farmácia municipal; (ii) relatórios disponibilizados pelo sistema operacional demonstrando a importância do sistema para a AF, sendo de responsabilidade das farmacêuticas e devendo ser implementado tão logo haja incorporação do sistema à rotina da farmácia; (iii) relação dos equipamentos e mobiliários existentes e necessários para a farmácia municipal e CAF, com prazo de até seis meses para o setor de compras receber a listagem do que há atualmente e do que é necessário adquirir e fazer o processo de cotação de preços; e, por fim, (iv) elaboração da relação de RH presente na farmácia municipal da UBS de Alto Paraíso, com prazo de um ano para verificação da possibilidade de realizar um concurso público ou um contrato emergencial de um auxiliar de farmácia.

Após finalizadas as atividades previstas pelos quatro momentos do PES para elaboração do PO, este foi concluído e apresentado ao gestor do município de Alto Paraíso, que concordou com a necessidade de resolução do problema priorizado. Desta forma, o PO foi implantado através da aquisição do sistema RC Saúde®, sendo alcançada a imagem-objetivo estabelecida,

Tabela 3**Matriz dos momentos normativo e estratégico do PO realizado na farmácia da UBS de Alto Paraíso-PR.**

MOMENTO NORMATIVO			MOMENTO ESTRATÉGICO
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	OPERAÇÕES	AÇÕES	ATIVIDADE ESTRATÉGICA
Promover a inclusão de um sistema operacional na farmácia municipal da UBS de Alto Paraíso garantindo o conhecimento do estoque de medicamentos.	Identificar a necessidade de contratação de um sistema operacional para evidenciar o consumo de medicamentos;	Fazer o levantamento de custo para a contratação do sistema;	Mostrar ao secretário de saúde do município a necessidade de um sistema operacional, que permita o controle de estoque, o que viabilizaria alterações no plano anual de saúde, levando essas alterações ao Conselho Municipal de Saúde (CMS)
		Elaborar a relação de preços dos sistemas, observando o que mais se adequar as necessidades, e enviar ao RH;	
		Verificar a possibilidade de contratação do serviço em conjunto com a gestão municipal.	
	Sensibilizar o gestor da importância de se conhecer o estoque de medicamentos, reduzindo custos.	Elaborar os diversos relatórios que o sistema operacional permite, e divulgá-los para o gestor;	Verificar, junto ao CMS e câmara de vereadores, a possibilidade de realizar projetos com a finalidade de adquirir recursos financeiros para aquisição de mobiliários para adequação da farmácia municipal da UBS e CAF.
		Elaborar uma relação de equipamentos e material existentes na farmácia e na Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF);	
		Verificar a possibilidade de adquirir equipamentos e mobiliários para a farmácia e CAF.	
Adequar a quantidade de RH na farmácia municipal da UBS de Alto Paraíso para suprir as necessidades dos serviços farmacêuticos, proporcionando um atendimento humanizado e ágil.	Identificar a necessidade de um auxiliar de farmácia para executar os serviços de atendimento geral na farmácia municipal da UBS.	Elaborar a relação de RH existentes na farmácia municipal da UBS;	Encaminhar o levantamento de RH e atendimentos realizados para a Câmara de Vereadores, a fim de sensibilizar o gestor para a realização de concurso para auxiliar de farmácia.
		Fazer um levantamento do atendimento mensal e encaminhar para o RH, identificando a necessidade de um auxiliar;	
		Sensibilizar o gestor municipal, para realizar concurso para auxiliar de farmácia e/ou contratação de estagiários para a farmácia municipal da UBS.	

que visava a contratação de um sistema operacional para o controle de estoque da farmácia municipal da UBS de Alto Paraíso. Além disso, as expectativas em relação ao proposto e planejado no PO foram superadas, pois o sistema abrangeu toda a UBS, incluindo os consultórios médicos, odontológico, recepção, sala de enfermagem e sala de triagem. Com a integração dos setores, propiciou-se um atendimento mais ágil e melhor acompanhamento ao paciente, reduzindo o desabastecimento de medicamentos na farmácia da UBS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerado um insumo clínico essencial, os medicamentos também compreendem uma parcela significativa dos recursos financeiros destinados à saúde no Brasil⁸. A gestão de estoque subsidia o planejamento farmacêutico, facilitando a programação e aquisição de medicamentos⁹. Além disso, é considerada uma ferramenta de garantia de qualidade da assistência prestada ao paciente¹⁰. Nesse contexto, este trabalho relatou o desenvolvimento de PO para a implantação de sistemas computacionais em dois municípios do estado Paraná, sendo ambos bem-

sucedidos. De destaque, os dois municípios são de pequeno porte, similar a muitos locais no Brasil que não possuem gerenciamento de estoque. Tal característica, embora pareça facilitar o processo de gestão devido à menor demanda, pode impactar muito

mais na saúde da população em caso de desabastecimento de medicamentos. Desta forma, pretende-se que as experiências aqui relatadas possam ser utilizadas como referencial a quem for trilhar caminhos semelhantes.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html.
2. Oliveira, MA; Bermudez, JAZ; Osorio-de-Castro, CGS. Assistência farmacêutica e acesso a medicamentos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. 112 p.
3. Reis, AMM; Perini, E. Desabastecimento de medicamentos: determinantes, consequências e gerenciamento. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2008; 13: 603-610. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000700009>.
4. MATUS, C. Política, planejamento e governo. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1993.
5. Rivera, FJU; Artmann, E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. Ciência e Saúde Coletiva [online]. 1999; 4 (2): 355-365. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81231999000200010>.
6. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico do Brasil 2010. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>.
7. Veber, AP; Lacerda, JT; Calvo, MCM. Planejamento em Saúde. Gestão da Assistência Farmacêutica. Florianópolis: UFSC, 2011.
8. Moraz, G; Garcez, AS; Assis, EM; Santos, JP; Barcellos, NT; Kroeff, LR. Estudos de custo-efetividade em saúde no Brasil: uma revisão sistemática. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2015; 20 (10): 3211-3229. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.00962015>.
9. Lira, AB; Nóbrega, FM; de Sousa, DF; Delmondes, MN; Pereira, PCG; Ribeiro, NKR; *et al.* Gestão de estoque: proposta para uma farmácia diferenciada. O Mundo da Saúde, São Paulo. 2013; 37(1): 97-104. DOI: <https://doi.org/10.15343/0104-7809.201337197104>.
10. Abramovicius1, AC; Pasti, MJ; Padula, KM; Ballini, JM; Guimarães, GR; Cainelli, SS; *et al.* Gerenciamento de estoques de medicamentos: ferramenta para a qualidade da assistência prestada ao paciente. Revista Qualidade HC. 2012; 3: 50-54. Disponível em: <https://www.hcrp.usp.br/revistaqualidade/uploads/Artigos/102/102.pdf>.

Conhecimento e aplicabilidade da Prática Baseada em Evidência por fisioterapeutas de um hospital pediátrico

Knowledge and applicability about Evidence-Based Practices in physiotherapeutic in a pediatric hospital

José Ermes Neto , Renato Claudino , Tatiane Regina Sousa

RESUMO

Introdução: a Prática Baseada em Evidências (PBE) tem sido amplamente utilizada pelos profissionais de saúde.

Objetivo: identificar comportamentos, conhecimentos, habilidades, recursos, opiniões e barreiras percebidas pelos fisioterapeutas pediátricos em relação à PBE.

Métodos: foi realizada uma pesquisa quantitativa onde foi aplicado um questionário com domínios, sobre comportamento, conhecimento, habilidades, recursos, opiniões e barreiras percebidas em relação à PBE formulado para se conhecer a interação do profissional com a PBE.

Resultados: a taxa de resposta final foi de 94,4%. Aproximadamente 35% dos entrevistados relataram uma compreensão clara sobre diferentes tipos de estudo; e apenas 17,6% acredita ter conhecimento suficiente para aplicar a PBE. As barreiras mais relatadas foram relacionadas à dificuldade de obtenção de artigos em texto completo (88,2%) e falta de treinamento em PBE (88,2%).

Conclusão: os fisioterapeutas relatam atitudes positivas quanto ao uso da PBE, por outro lado, existem algumas barreiras que dificultam a implantação da PBE na rotina profissional.

Palavras-chave: Prática Baseada em Evidências; Prática Clínica Baseada em Evidências; Fisioterapia.

ABSTRACT

Introduction: evidence-Based Practice (EBP) has been widely used by health professionals.

Objective: To identify behaviors, knowledge, skills, resources, opinions and barriers perceived by pediatric physiotherapists in relation to EBP.

Methods: a quantitative research was carried out where a questionnaire with domains was applied, about behavior, knowledge, skills, resources, opinions and perceived barriers in relation to EBP formulated to know the interaction of the professional with EBP.

Results: the final response rate was 94.4%. Approximately 35% of respondents reported a clear understanding of different types of study; and only 17.6% believe they have enough knowledge to apply EBP. The most reported barriers were related to the difficulty of obtaining full-text articles (88.2%) and lack of training in EBP (88.2%).

Conclusion: physical therapists report positive attitudes regarding the use of EBP, on the other hand, there are some barriers that hinder the implementation of EBP in the professional routine.

Keywords: Evidence-Based Practice; Evidence-Based Clinical Practice; Physical Therapy.

INTRODUÇÃO

Recentemente a Prática Baseada em Evidências (PBE) vem conquistando seu espaço na saúde. Acredita-se que o profissional deve estar apto a reconhecer o problema que acomete o indivíduo, apresentando sugestões de tratamento baseado em pesquisas que comprovem a efetividade da técnica, assim como estar preparado para ajustar a conduta de acordo com as necessidades e preferência de cada paciente^{1,2}. Para adotar a PBE na rotina de atendimentos, o profissional deve dispor da melhor evidência publicada para tratar problemas clínicos baseando-se nos princípios: 1- formulação de uma questão clínica; 2- busca na literatura; 3- avaliação crítica da validade da evidência; 4- aplicação dos resultados da evidência na prática clínica; e 5- avaliação dos efeitos da implementação³.

O avanço da tecnologia propõe que o profissional use os achados das pesquisas científicas a favor da obtenção de bons resultados nos tratamentos aplicados sem negligenciar sua experiência profissional e as necessidades do paciente, gerando assim credibilidade ao profissional pela competência clínica⁴. Na década de 1970 os estudiosos iniciaram a implementação da PBE na enfermagem, buscando melhoria no atendimento. Contudo naquela época constatou-se a presença de muitas barreiras à utilização da PBE, como falta de tempo e pouco investimento para a pesquisa, inexperiência dos profissionais em colocar em prática os achados científicos e repassá-los para o restante da equipe. E de acordo com que os achados atuais até hoje estas barreiras existem e precisam ser trabalhadas e superadas³⁻⁴.

Na década de 1980, David L. Sacket criou a medicina baseada em evidências (MBE), pensando em fazer uma medicina pautada em resultados de pesquisas, proporcionando aos enfermos, qualidade de atendimento⁵. A PBE surgiu um pouco mais tarde, em meados de 1990, com a mesma linha de raciocínio da MBE, cujo objetivo era manter o profissional sempre atualizado, buscando conhecimento contínuo, a fim de melhorar o tratamento do paciente⁶.

Em 1998 os estudiosos Law e Baum relataram que pesquisas criteriosas podem ser usadas como referência para condutas efetivas, porém a experiência clínica e o raciocínio do terapeuta não po-

dem ser desvalorizados, mas sim usados como aliados na busca do êxito do tratamento⁷. Em 2007, corroborando com esta ideia, Sampaio e Mancini destacaram que a PBE é vista com credibilidade pela maioria dos profissionais, porém para que ela seja utilizada rotineiramente é preciso investir em educação continuada, mostrando aos profissionais da área da saúde, como procurar a informação, quais são as fontes seguras e como repassar esta informação para a prática clínica, ajustando a cada paciente⁸.

O reconhecimento da PBE na fisioterapia ocorreu entre os anos de 1973 e 1979, por meio das técnicas respiratórias utilizadas em hospitais. A partir daí, foi ganhando espaço atuando com pacientes hospitalizados e demais pacientes⁹⁻¹⁰.

Desse modo, esta pesquisa tem como objetivo caracterizar o fisioterapeuta pediátrico hospitalar quanto ao nível de conhecimento e aplicabilidade sobre o uso da prática baseada em evidência em um hospital pediátrico referência no Estado de Santa Catarina – Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), por meio do comportamento, conhecimento, habilidades, recursos, opiniões e as principais barreiras enfrentadas para utilização da PBE em suas condutas.

MÉTODOS

Tipo de estudo

O presente estudo é caracterizado como descritivo e exploratório de caráter transversal. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Infantil Joana de Gusmão, Florianópolis, SC, Brasil, sob o parecer número 3.811.931.

Participantes

Os participantes da pesquisa foram os fisioterapeutas do HIJG. Utilizou-se a amostragem não probabilística por conveniência, a fim de se atingir todos os 18 profissionais na ativa.

Para participar da pesquisa, os participantes deveriam estar de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, respectivamente apresentados a seguir: ser fisioterapeuta do Hospital Infantil Joana de Gusmão, estar regularmente registrado no CREFITO-10 e aceitar responder o ques-

tionário assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram excluídos indivíduos de licença, fosse ela, de qualquer natureza ou afastados das atividades de trabalho por qualquer que fosse o motivo durante o período que a pesquisa aconteceu. Não foram levados em consideração questões não respondidas.

Instrumento de coleta

O Questionário de Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências (QECPE) é um instrumento de autopreenchimento, cuja versão original contempla 24 itens avaliados através de uma escala de diferencial semântico, organizado em três dimensões². O primeiro componente avalia as Práticas, o segundo as Atitudes, e o terceiro componente avalia Conhecimentos/Habilidades e Competências. A versão original do QECPE apresenta 24 itens e três subescalas: Práticas ($\alpha = 0,85$); Atitudes ($\alpha = 0,79$); Conhecimentos/Habilidades e Competências ($\alpha = 0,91$); e tem consistência interna global de $\alpha = 0,87^2$.

Em 2015 o questionário foi validado para a língua portuguesa por Pereira e colaboradores¹³ e adaptado por Silva e col². A versão adaptada em português do questionário consiste em perguntas divididas em oito seções: 1) formulário de consentimento; 2) estado atual da prática; 3) dados demográficos; 4) comportamento; 5) conhecimento prévio dos recursos da PBE; 6) habilidades e recursos disponíveis; 7) opiniões sobre a PBE; e 8) barreiras percebidas à PBE. O questionário foi desenvolvido com respostas de múltipla escolha, e as seções cinco, seis e sete continham uma escala do tipo Likert de 5 pontos (onde 1 = discordo totalmente, 2 = discordo parcialmente, 3 = neutro, 4 = concordo parcialmente e 5 = concordo totalmente).

Para garantir melhor qualidade e compreensão do questionário, dois estudos piloto foram realizados por Silva e col. No primeiro estudo piloto,

uma versão impressa do questionário foi respondida e analisada por 31 estudantes do curso de fisioterapia para avaliar a compreensão das questões. No segundo estudo piloto, o questionário foi enviado por e-mail a 50 mestres em fisioterapia para verificar a qualidade das questões e o processo de resposta².

Procedimentos de coleta

Após aprovação pelo comitê de ética foi feito o contato com o responsável pelo setor de fisioterapia do HIJG, solicitando uma reunião para que os questionários fossem entregues e ficassem à disposição dos profissionais durante 7 dias, a fim de serem respondidos. Após este prazo os questionários foram recolhidos e os dados obtidos foram armazenados no computador dos pesquisadores, devidamente seguros por senha.

Análise dos dados

Os dados foram analisados utilizando estatística descritiva, a partir do programa IBM SPSS versão 22.0, e reportados por meio de porcentagens e frequências, apresentadas em forma de tabelas.

RESULTADOS

A taxa de resposta ao questionário do estudo foi de 94,4% ($n=17/18$). Apenas um sujeito foi excluído, pois estava de férias durante o período de coleta de dados. A Tabela 1 descreve os dados sociodemográficos dos profissionais. Todos os participantes eram do sexo feminino (100%), em sua maioria com tempo de formação entre 5 a 9 anos (64,7%), formados em instituição pública (58,8%), e pós-graduados (94,2%), referindo boa ou excelente habilidade com leituras de textos em língua inglesa (76,4%). Todos os fisioterapeutas atuam com o atendimento ao paciente dentro do ambiente hospitalar, além disso, 58,8% não possuem experiência com docência e a área de maior interesse além da fisioterapia hospitalar é a neurofuncional (52,9%).

Tabela 1**Características sociodemográficas dos fisioterapeutas participantes da pesquisa. Florianópolis, SC, Brasil, 2022.**

Características	n (frequência)	(%)
Tempo de formação		
Menos que 5 anos	1	5,9
5-9 anos	11	64,7
10-14 anos	2	11,8
15-19 anos	2	11,8
20-24 anos	1	5,9
Nível de formação atual		
Graduação	1	5,9
Pós-graduação <i>Lato sensu</i>	8	47,1
Mestrado	8	47,1
Procedência da sua graduação		
Privada	7	41,2
Pública	10	58,8
Exerce a profissão atualmente		
No atendimento ao paciente	17	100
Como docente	1	5,9
Como pesquisador(a)	2	11,8
Qual outra área de interesse além da fisioterapia hospitalar		
Acupuntura	1	5,9
Onco-funcional	1	5,9
Cardiorrespiratória	6	35,3
Dermato-funcional	2	11,8
Neurofuncional	9	52,9
Saúde coletiva	2	11,8
Saúde da Mulher e Uroginecologia	1	5,9
Outras (Geriatria)	1	5,9
Outras (DTM)	1	5,9
Sector de trabalho como fisioterapeuta		
Privado	4	23,5
Profissional liberal (autônomo)	7	41,2
Não trabalha em outro setor além do hospital	6	35,3
Experiência em docência		
Sim	7	41,2
Não	10	58,8
Experiência em elaboração de pesquisa		
Sim	15	88,2
Não	2	11,8
Habilidade na leitura de textos em inglês		
Ruim	3	17,6
Razoável	1	5,9
Boa	10	58,8
Excelente	3	17,6

Comportamento em relação à PBE

A Tabela 2 descreve o comportamento dos fisioterapeutas hospitalares em relação à PBE. O meio de atualização profissional mais utilizado pelos fisioterapeutas (100%) foram os artigos científicos, sendo que 58,8% dos participantes apontaram

acessar as plataformas de busca de artigos com frequência de 1 a 3 vezes por semana, sendo que as bases de dados mais acessadas atualmente são a Pubmed (94,1%) seguida da Scielo (64,7%) e da Cochrane (41,2%). O local principal para realizar as buscas em bases de dados foram a casa do profissional (100%) e o trabalho (47,1%).

Tabela 2

Uso dos dados na Prática Baseada em Evidências.

Características	n (frequência)	(%)
Meios de atualização profissional		
Cursos	14	82,4
Congressos, palestras e conferências	13	76,5
Grupos de estudo	3	17,6
Livros	4	23,5
Artigos científicos	17	100
Artigos informais	3	17,6
Bases de dados que já utilizou		
PubMed	17	100
Cochrane	14	82,4
Scielo	17	100
Lilacs	16	94,1
PEDro	17	100
Google Acadêmico	10	58,8
Outras (Bireme)	2	11,8
Bases de dados que mais faz uso (até 3 opções)		
Bireme	2	11,8
PubMed	16	94,1
Cochrane	7	41,2
Scielo	11	64,7
Lilacs	3	17,6
PEDro	5	29,4
Google Acadêmico	2	11,8
Frequência das bases de dados nos últimos 6 meses		
De 1 a 3x na semana	10	58,8
De 1 a 3x no mês	7	41,2
Quais os locais que realiza a busca das bases de dados		
Casa	17	100
Trabalho	8	47,1
Universidade	4	23,5

Conhecimento, habilidades e recursos, e opiniões em relação à PBE

A Tabela 3 traz resultados quanto ao conhecimento, habilidades e recursos, e opiniões em relação à PBE. Em relação ao conhecimento, 94,1% (16/17) dos fisioterapeutas relatam que sabem o significado do termo PBE, apesar que somente 35,3% tiveram informações suficientes sobre PBE durante sua formação. Porém, a maioria (52,9%) acredita ter conhecimento suficiente para aplicabilidade da PBE e apresenta interesse em aprofundar seus conhecimentos sobre o tema.

Sobre habilidades e recursos disponíveis, a maioria dos fisioterapeutas possui o hábito de acessar bases de dados *online* (52,9% concordam totalmente e 23,5% concordam parcialmente), apresentam facilidade em realizar buscas através de bases de dados (52,9%), e relatam saber avaliar criticamente um artigo científico (76,5% concordam parcialmente) procurando implantar a melhor evidência científica na prática clínica (70,6%).

Grande parte dos fisioterapeutas (52,9% concordam parcialmente e 17,6% concordam totalmente) questionam o paciente quanto às preferências, considerando-as na tomada de decisão. Porém, quando questionados se informavam as opções de tratamento decidindo-a em conjunto com o paciente (35,3% concordam parcialmente e 29,4% discordam parcialmente), não houve consenso, não obtendo uma amostragem com diferença significativa.

Sobre as opiniões, os fisioterapeutas acreditam que PBE é importante para a prática clínica (76,5%) e que melhora o atendimento ao paciente (88,2%). Além disso, apontam que grande parte da tomada de decisão em relação ao plano de tratamento incorpora a PBE (52,9% concorda totalmente e 35,3% concorda parcialmente) e que a utilização da melhor evidência possível auxilia na qualidade dos serviços de saúde (64,7%). Por outro lado, não ficou evidente se a opinião de especialistas da área é o fator mais importante na tomada de decisão.

Tabela 3

Repostas relacionadas ao conhecimento, habilidade e recursos e opiniões em Prática Baseada em Evidências. Florianópolis, SC, Brasil. 2022.

Conhecimentos	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Neutro	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
Sei o significado do termo Prática Baseada em Evidências (PBE)	0	0	0	1 (5,9%)	16 (94,1%)
Não tive experiência com PBE na minha formação	5 (29,4%)	11 (64,7%)	0	1 (5,9%)	0
As informações que tive na minha formação sobre PBE foram suficientes.	5 (29,4%)	3 (17,6%)	2 (11,8%)	6 (35,3%)	1 (5,9%)
Não possuo compreensão sobre os elementos centrais da PBE.	7 (41,2%)	4 (23,5%)	1 (5,9%)	5 (29,4%)	0
Possuo compreensão clara sobre a aplicação dos dados de uma pesquisa na prática clínica.	0	2 (11,8%)	1 (5,9%)	5 (29,4%)	9 (52,9%)
Possuo entendimento a respeito de diferentes tipos de estudo.	0	2 (11,8%)	2 (11,8%)	7 (41,2%)	6 (35,3%)
Não possuo entendimento sobre dados estatísticos.	6 (35,3%)	6 (35,3%)	2 (11,8%)	3 (17,6%)	0
Acredito ter conhecimento suficiente para aplicar a PBE.	0	4 (23,5%)	1 (5,9%)	9 (52,9%)	3 (17,6%)
Não apresento interesse em aprofundar meus conhecimentos em PBE.	9 (52,9%)	5 (29,4%)	2 (11,8%)	1 (5,9%)	0

Habilidades e recursos	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Neutro	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
Não possuo facilidade em realizar buscas através das bases de dados.	9 (52,9%)	4 (23,5%)	0	3 (17,6%)	1 (5,9%)
Possuo facilidade em avaliar criticamente um artigo científico.	1 (5,9%)	3 (17,6%)	0	13 (76,5%)	0
Possuo hábito de acessar bases de dados <i>online</i> .	1 (5,9%)	3 (17,6%)	0	4 (23,5%)	9 (52,9%)
Não possuo incentivo do meu trabalho para implantar a PBE.	4 (23,5%)	4 (23,5%)	3 (17,6%)	4 (23,5%)	2 (11,8%)
Possuo recursos como computador e acesso a internet no local de trabalho que facilitam a implantação da PBE.	0	3 (17,6%)	1 (5,9%)	5 (29,4%)	8 (47,1%)
Não realizo discussões a respeito de PBE no meu local de trabalho.	2 (11,8%)	6 (35,3%)	2 (11,8%)	6 (35,3%)	1 (5,9%)
Questiono o paciente em relação a suas preferências e as considero na minha tomada de decisão.	1 (5,9%)	0	4 (23,5%)	9 (52,9%)	3 (17,6%)
Informo o paciente suas opções de tratamento e decido com ele a tomada de decisão.	4 (23,5%)	5 (29,4%)	0	6 (35,3%)	2 (11,8%)
Nunca busco implantar a melhor evidência científica na minha prática clínica	12 (70,6%)	3 (17,6%)	0	1 (5,9%)	1 (5,9%)
Opiniões	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Neutro	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
A PBE é importante para a minha prática clínica.	0	0	0	4 (23,5%)	13 (76,5%)
Eu não acredito que a PBE melhora o atendimento do paciente em fisioterapia.	15 (88,2%)	2 (11,8%)	0	0	0
Grande parte da minha tomada de decisão em relação ao tratamento do meu paciente incorpora a PBE.	1 (5,9%)	1 (5,9%)	0	6 (35,2%)	9 (52,9%)
A opinião de especialistas da minha área é o fator mais importante na minha tomada de decisão.	0	7 (41,2%)	3 (17,6%)	5 (29,4%)	2 (11,8%)
A utilização da melhor evidência científica atual não auxilia na qualidade dos serviços de saúde.	11 (64,7%)	5 (29,4%)	0	1 (5,9%)	0

Variáveis expressas em porcentagens (%) e frequência (n).

Barreiras enfrentadas em PBE

A Tabela 4 descreve as barreiras em relação à PBE. As barreiras mais citadas pelos fisioterapeutas do HIJG foram a dificuldade em obter o artigo na íntegra e a

falta de treinamento em PBE (88,2%), a não implantação da pesquisa científica (82,4%), a falta de qualidade das evidências (76,5%), dificuldade de entender os resultados conflitantes e a falta de aplicabilidade da pesquisa na prática clínica (70,6%).

Tabela 4

Respostas relacionadas às barreiras enfrentadas para a busca da Prática Baseada em Evidências.

Barreiras enfrentadas	Sim	Não
Idioma dos artigos científicos	6 (35,3%)	11 (64,7%)
Falta de qualidade das evidências	13 (76,5%)	4 (23,5%)
Dificuldade de obter o artigo na íntegra	15 (88,2%)	2 (11,8%)
Falta de tempo	8 (47,1%)	9 (52,9%)
Entender dados estatísticos	9 (52,9%)	8 (47,1%)
Entender os resultados (conflitantes)	12 (70,6%)	5 (29,4%)
Dificuldade em explicar para o paciente (nível de compreensão)	5 (29,4%)	12 (70,6%)
Aplicabilidade da pesquisa na prática clínica	12 (70,6%)	5 (29,4%)
Falta de treinamento em Prática Baseada em Evidências	15 (88,2%)	2 (11,8%)
Falta de noções básicas em pesquisa	7 (41,2%)	10 (58,8%)
Incapacidade de avaliar a qualidade do estudo	9 (52,9%)	8 (47,1%)
Não implantação da pesquisa científica	14 (82,4%)	3 (17,6%)
Falta de interesse por pesquisa	8 (47,1%)	9 (52,9%)
Acredita que a Prática Baseada em Evidências desconsidera as preferências do paciente	5 (29,4%)	12 (70,6%)
Utilizar a Prática Baseada em Evidências pode representar maior custo	4 (23,5%)	13 (76,5%)
Desconhecimento sobre como usar as bases de dados	5 (29,4%)	12 (70,6%)

DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo identificar comportamentos, conhecimentos, opiniões, habilidades, recursos e barreiras percebidas, por fisioterapeutas atuantes em um hospital pediátrico, em relação à PBE. Apesar de favorecer a implantação da PBE, os fisioterapeutas parecem valorizar tanto a opinião de especialistas quanto o uso de artigos científicos, sendo que 82,4% relataram fazer cursos para aperfeiçoamento profissional e 100% utilizaram artigos científicos; além disso, 11,8% concordaram totalmente e 29,4% concordaram parcialmente que a opinião de um especialista era o fator mais importante na tomada de decisão, o que contraria um dos pilares centrais da PBE segundo o qual as evidências devem ser fornecidas por pesquisas

clínicas de alta qualidade e não por opiniões de especialistas⁹.

No que diz respeito ao uso rotineiro de bases de dados *online*, 52,9% concordaram totalmente e 23,5% concordaram parcialmente que as utilizam com frequência. A base mais utilizada é a Pubmed (100%) e, em menor escala, a Bireme (11,8%). Essa preferência pode ser justificada pois 64,7% dos fisioterapeutas não apontaram a língua inglesa como uma barreira à leitura de artigos científicos, mas sim a dificuldade de obter os artigos na íntegra (88,2%).

Ou seja, a maioria dos fisioterapeutas lê apenas os estudos na versão de texto completo, porém esta condição pode fazer com que eles percam os artigos mais importantes, o que é conhecido como *viés Full Text On the Net* (FUTON)¹¹⁻¹².

Contudo, a maioria dos fisioterapeutas desta pesquisa (52,9% concordam totalmente e 35,2% concordam parcialmente) procuram implantar a melhor evidência científica na prática clínica e questionam o paciente quanto às preferências considerando-as para o plano de tratamento.

Também pode-se levar em consideração que a maioria dos hospitais apresentam protocolo padrão de atendimento para as patologias. Espera-se que tais protocolos sejam baseados em estudos científicos e nas discussões de casos clínicos realizadas pelos profissionais. Todavia, o grande questionamento, que não é respondido neste estudo, é se estes protocolos são criados a partir da PBE. Na saúde por exemplo, podemos utilizar o método Delphi através da técnica adaptada *Estimate-Talk-Estimate* (ETE) ou seja, encontros presenciais onde são analisados os dados históricos e científicos e avaliados os riscos e as taxas de sucesso de uma terapia para obter consenso quanto aos melhores protocolos a serem utilizados^{5,13,14}.

No entanto, os profissionais relataram não saber como colocar em prática a PBE (88,2%), o que nos induz a concluir que nem sempre os protocolos instituídos sejam baseados na melhor evidência científica. O questionário adaptado por Silva e col (2015)² não permite afirmar se os profissionais de fato entendem o que é um estudo de qualidade ou se consideram que a utilização do que está escrito em artigos já se caracteriza como uso de PBE. Sendo a PBE a procura da melhor evidência, não basta ler o artigo científico, é preciso analisar se o mesmo tem bom nível de evidência, se for um ensaio clínico é preciso saber se os métodos científicos foram respeitados¹⁵, será que o estudo seguiu o PRISMA? Se for uma revisão sistemática, será que utilizou o GRADE?

Considerando que a maior parte dos profissionais é pós-graduado teoricamente eles deveriam saber o que é uma evidência forte e como utilizá-la, pois, esse profissional vai fazer ciência a partir disso. Portanto, seria aconselhável ter treinamento em PBE durante a graduação, e indispensável ter na pós-graduação, principalmente na pós-graduação *stricto sensu* do Brasil, pois, a maioria é voltado para vida acadêmica e para formação de pesquisadores¹⁶⁻¹⁸.

No Brasil existe um amplo acesso as bases de dados por meio do Bireme¹⁹, que propicia acesso gratuito aos bancos de dados Lilacs²⁰ e Scielo²¹. O portal da web de periódicos eletrônicos da Capes²², disponibiliza acesso apenas a universi-

dades públicas e algumas escolas particulares. No entanto, para utilizar efetivamente esses bancos de dados, é necessário um treinamento adequado dos profissionais.

Pontos fortes e fracos do estudo

Podemos destacar que tivemos uma taxa de resposta satisfatória 94,4%, quando em comparação com estudos realizados por outros autores (64,4%², 54%²⁰, 40%¹, e 20%²¹). Como ponto forte podemos ressaltar que a maioria dos profissionais (88,2%) buscam implantar a melhor evidência científica na prática clínica e que (76,4%) tem facilidade com a língua inglesa, o que colabora com a implantação da PBE, pois a maioria dos artigos são escritos em inglês. Podemos enfatizar também, que apenas 5,9% dos fisioterapeutas não fizeram pós-graduação *lato sensu* ou mestrado, demonstrando que esses profissionais buscaram aprimorar seus conhecimentos em suas devidas especialidades.

Os pontos fracos encontrados demonstraram que não há incentivo no ambiente de trabalho para implantação da PBE, o que pode ser explicado pela dificuldade financeira em se implantar bases de dados ou pela dificuldade temporal em se realizar mais debates sobre os casos atendidos. Alguns profissionais relatam ainda (47,1%) falta de interesse por pesquisa, ou seja, as vezes quem está na clínica, tem uma demanda de atendimentos que ocupa todo o tempo de trabalho.

Comparação com outros estudos

Embora os sistemas de educação e saúde brasileiros tenham particularidades, os presentes dados concordam com estudos existentes que relatam que fisioterapeutas de outros países também acreditam possuir conhecimento para construir uma boa conduta clínica e para pesquisar em bancos de dados *online*, assim como desenvolver avaliações críticas^{23,24} e que possuem dificuldades comuns, como a baixa frequência de uso de banco de dados e a incapacidade de compreender dados estatísticos²⁵.

O estudo de Queiroz¹⁴ com uma amostra do estado de Santa Catarina demonstrou perspectivas mais otimistas dos fisioterapeutas, pois 75% afirmaram ter conhecimento da PBE, 50% relataram conhecimento prévio sobre seus princípios e 59,7% consideraram-se confiantes na análise crí-

tica dos artigos científicos, bem como na busca de artigos científicos relevantes para sua prática clínica. Os fisioterapeutas que participaram deste estudo também foram favoráveis à implementação da PBE, considerando que 48% concordaram e 40% concordaram fortemente que a PBE é necessária para a prática fisioterapêutica, e 68% relataram usar a PBE em sua prática diária. Além disso, este estudo demonstrou barreiras importantes, como falta de tempo, falta de generalização dos resultados dos estudos para os pacientes, falta de fontes de informação e incapacidade de aplicar os dados do estudo a pacientes individuais¹⁴.

Já um outro estudo² realizado com 316 fisioterapeutas brasileiros, residentes no estado de São Paulo, de todas as especialidades, identificou que os profissionais também relatam possuir compreensão sobre a aplicação da PBE na prática clínica, acreditam ter conhecimento e habilidades para o seu uso, têm opinião favorável a respeito e assumem que o uso da PBE melhora o atendimento ao paciente. No entanto, a pesquisa demonstrou discordância no entendimento dos dados estatísticos assim como em nosso estudo, e, diferentemente, teve dificuldades quanto aos elementos centrais da PBE², ou seja, relatam que utilizam artigos científicos, mas, não buscam artigos preferencialmente na língua inglesa onde são encontradas as melhores evidências, pois até mesmo artigos brasileiros são publicados em revistas internacionais.

Em outro estudo¹ realizado com 101 fisioterapeutas brasileiros da área de dermatofuncional, percebeu-se que todos utilizavam a PBE e a maioria possuía experiência com a docência. Os fisioterapeutas brasileiros da área dermatofuncional relataram atualizar-se através de cursos e de artigos científicos, porém as bases de dados mais utilizadas eram língua portuguesa (Lilacs e Scielo), pois

nesse caso as principais barreiras relatadas eram o idioma do artigo e a dificuldade em compreender os resultados¹.

Significado do estudo e pesquisa futura

O presente estudo possibilitou uma visão ampla de como a PBE é vista pelos fisioterapeutas do HIJG, demonstrando que esses profissionais acreditavam ter o conhecimento da PBE e as habilidades necessárias. Eles também têm opiniões favoráveis em relação à sua implementação. No entanto, demonstraram insegurança quando questionados sobre hábitos específicos como o uso de banco de dados, o que aponta para a conclusão de que apesar da PBE ser cada vez mais discutida e sua implementação incentivada, ainda existem lacunas importantes a serem preenchidas.

Esses resultados podem ser utilizados a partir de parâmetros pelas associações em fisioterapia na promoção de cursos periódicos para atualização em PBE. Devem-se levar em consideração as barreiras relatadas no estudo, e sugerir de que maneira elas podem ser minimizadas.

CONCLUSÃO

Fisioterapeutas pediátricos do HIJG acreditam ter conhecimento e habilidades em PBE e apresentam opinião favorável quanto à sua implementação; no entanto, persistem dificuldades em alcançar sua implementação bem-sucedida. As principais barreiras encontradas neste estudo foram relacionadas à obtenção dos artigos em texto completo, falta de treinamento em PBE, dificuldade em entender os resultados dos estudos e aplicabilidade na prática clínica.

REFERÊNCIAS

1. Claudino R, Simões NP, Silva T. Evidence-Based Practice: a survey of Brazilian physical therapists from the dermatology subdiscipline. *Braz J Phys Ther*. 2018. <http://doi.org/10.1016/j.bjpt.2018.10.002>.
2. Silva TM, Costa LCM, Costa LOP. Evidence-Based Practice: a survey regarding behavior, knowledge, skills, resources, opinions and perceived barriers of Brazilian physical therapists from São Paulo state. *Braz J Phys Ther*. 2015 July-Aug;19(4):294-303. <http://dx.doi.org/10.1590/bjpt-rbf.2014.0102>.
3. Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM. 2nd ed. New York: Churchill Livingstone; 2000. <https://doi.org/10.1177%2F088506660101600307>.

4. Galvão CM, Sawada NO, Rossi LA. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2002 setembro-outubro;10(5):690-5. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692002000500010>.
5. Filippin LI, Wagner MB. Fisioterapia baseada em evidência: uma nova perspectiva. *Rev Bras Fisioter*. 2008; 12(5):432-3. <https://doi.org/10.1590/S1413-35552008000500014>.
6. Stetler CB, Brunell M, Giuliano KK, Morsi D, Prince L, Stokes VN. Evidence-based practice and the role of nursing leadership. *JONA* 1998 July-August;28(7/8):45-53. <https://doi.org/10.1097/00005110-199807000-00011>.
7. Law M, Baum C. Evidence-based practice. *Can J Occup Ther*. 1998;65:131-5.
8. Sampaio RF, Mancini MC. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Rev. bras. fisioter*. vol.11 no.1 São Carlos Jan./Feb. 2007. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552007000100013>.
9. Suassuna VAL, Moura RH, Sarmiento GJV, Possetti RC. Fisioterapia em emergência. 1. ed. Barueri: Manole; 2016. Acesso: 13/03/2020. Disponível em: <https://docero.com.br/doc/clesex>.
10. Braz PRP, Martins JOSOL, Júnior GV. Atuação do fisioterapeuta nas Unidades de Terapia Intensiva da cidade de Anápolis. *Anuário da Produção Acadêmica Docente*, 2009;3(4):119-30. Acesso 13/03/2020. Disponível em: <https://repositorio.pgskroton.com.br/bitstream/123456789/1329/1/Artigo%207.pdf>.
11. Spallek H, Song M, Polk DE, Bekhuis T, Frantsve-Hawley J, Aravamudhan K. Barriers to implementing evidence-based clinical guidelines: a survey of early adopters. *J Evid Based Dent Pract*. 2010;10(4):195-206. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jebdp.2010.05.013>. PMID:21093800. » 12
12. Dahm P, Poolman RW, Bhandari M, Feserman SF, Baum J, Kosiak B, *et al*. Perceptions and competence in evidence-based medicine: a survey of the American Urological Association Membership. *J Urol*. 2009;181(2):767-77. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2008.10.031>.
13. Pereira *et al*. Validação da versão portuguesa do Questionário de Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2015;23(2):345-51. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/mkYyFCxfNgWtKQVqWXzfKbc/?lang=pt&format=pdf>.
14. Queiroz OS, Santos MJD. Facilidades e habilidades do fisioterapeuta na procura, interpretação e aplicação do conhecimento científico na prática clínica: um estudo piloto. *Easiness and skillfulness of physical therapists in searching, interpreting and applying scientific knowledge in clinical practice: a pilot study*. *Fisioter Mov*. 2013;26(1):13-23. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-51502013000100002>.
15. Marques JBV, Freitas D. Método DELPHI: caracterização e potencialidades na pesquisa em Educação. *Revista Pro-posições*. 2018;29(2):389-415. <https://doi.org/10.1590/1980-6248-2015-0140>.
16. Pardo MBL, Colnago NAS. Formação do pesquisador: resultados de cursos de pós-graduação em educação. *Paidéia*. 2011;21(49):237-46. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2011000200011>.
17. Silva TC, Bardagi MP. O aluno de pós-graduação stricto sensu no Brasil: revisão da literatura dos últimos 20 anos. *Rev Bras Pós-Grad*. 2016;12(29):683-714. <http://dx.doi.org/10.21713/2358-2332.2015.v12.853>.
18. Murali NS, Ghosh AK. Dissemination of science, FUTON bias and open access: implications for evidence-based medicine. *Evid base Healthc Publ Health*. 2005;9(6):374-5. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ehbc.2005.09.011>.

19. BIREME. Biblioteca Virtual em Saúde. São Paulo; 2020. Acesso 11/03/2020. Disponível em: <https://bvsalud.org/>.
20. LILACS. Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde. São Paulo; 2020. Acesso 11/03/2020. Disponível em: <https://lilacs.bvsalud.org/>.
21. SCIELO. Scientific Electronic Library Online. São Paulo; 2020. Acesso 11/03/2020. Disponível em: <https://scielo.org/>.
22. CAPES. Portal de Periódicos CAPES. Brasília; 2020. Acesso 18/03/2020. Disponível em: <http://www.periodicos.capes.gov.br/>.
23. Iles R, Davidson M. Evidence based practice: a survey of physiotherapists' current practice. *Physiother Res Int*. 2006;11(2):93-103. <https://doi.org/10.1002/pri.328>.
24. Scholten-Peeters GGM, Beekman-Evers MS, van Boxel ACJW, *et al*. Attitude, knowledge and behaviour towards evidence based medicine of physical therapists, students, teachers and supervisors in the Netherlands: a survey. *J Eval Clin Pract*. 2013;19(4):598-606. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2011.01811.x>.
25. Grimmer-Somers K, Lekkas P, Nyland L, Young A, Kumar S. Perspectives on research evidence and clinical practice: a survey of Australian physiotherapists. *Physiother Res Int*. 2007;12(3):147-61. <https://doi.org/10.1002/pri.363>.

Eu não vou desistir: vivências de mães discentes no ensino superior público

I will not give up: experiences of the student mother in public higher education

Vítor Hugo Nascimento Firmino¹ , Alessandra da Rocha Arrais² , Carlos Manoel Lopes Rodrigues³ , Ângela Ferreira Barros⁴ 

RESUMO

Objetivo: conhecer a percepção de mães discentes do ensino superior público quanto às suas vivências no ambiente acadêmico e a relação com a abordagem institucional.

Método: estudo qualitativo com mães discentes de dois cursos superiores da área da saúde, que utilizam metodologias ativas de ensino. A coleta de dados foi por meio de grupo focal e entrevistas individuais.

Resultados: emergiram quatro categorias: o tratamento da estudante diante do direito de ser mãe; igualdade, equidade e maternidade no ambiente acadêmico; as múltiplas jornadas de trabalho: divisão sexual do trabalho e as relações de gênero; e o conflito entre maternidade e a carreira. Elas também descreveram incoerência ao serem ensinadas a ser empáticas e prestarem atendimento humanizado, enquanto não são tratadas assim.

Considerações finais: as discentes vivenciaram preconceitos e dificuldades para apresentar desempenho satisfatório, além de relatarem sobrecarga física, mental e dupla ou tripla jornada de trabalho.

Palavras-chave: Estudantes de Enfermagem; Estudantes de Medicina; Mães; Saúde do Estudante; Estresse Psicológico.

Method: qualitative study with mothers who are students of two higher education courses in the health area, which use active teaching methodologies. Data collection was done through focus groups and individual interviews.

Results: four categories emerged: the treatment of the student regarding the right to be a mother; equality, equity and motherhood in the academic environment; multiple working hours: sexual division of labor and gender relations; and the conflict between motherhood and career. They also described inconsistency in being taught to be empathetic and provide humanized care, while not being treated that way.

Final considerations: the students experienced prejudice and difficulties to perform satisfactorily, in addition to reporting physical and mental overload and double or triple working hours.

Keywords: Students, Nursing; Students, Medical; Mothers; Students Health; Stress, Psychological.

ABSTRACT

Objective: to know the perception of mothers who are students of public higher education regarding their experiences in the academic environment and the relationship with the institutional approach.

INTRODUÇÃO

A construção histórica do sistema capitalista patriarcal tem como base a divisão sexual do trabalho, um conceito antigo sobre relações de poder entre os gêneros que identifica o homem como um ser voltado para o trabalho, um ser político,

e a mulher como um ser familiar, doméstico. Essa ideia atribui às mulheres a responsabilidade pelo cuidado da casa e dos filhos, com objetivo de limitar as capacidades femininas em outros espaços produtivos¹.

A ascensão e estruturação capitalista no Brasil ocorreram junto com o processo de luta e conquista de espaços femininos e foram moldadas duas projeções sociais da mulher: a feminina caracterizada como bela, dona de casa, educadora, esposa que gerencia a casa, tendo o marido como mantenedor e chefe da família; e a trabalhadora, descrita como fria, durona, incapaz de amar, que aguenta a pesada carga de baixas condições de trabalho e lutam para demonstrar a feminilidade. A visão hierárquica imposta pelo sistema desvaloriza a força de trabalho delas e mantém um ambiente propício para a exploração feminina¹⁻³.

Dessa forma, as primeiras ocupações da mulher no mercado de trabalho foram em atividades domésticas, as quais não necessitavam de conhecimentos científicos, mas de uma formação como boa dona de casa. O próximo passo foi conquistar o direito aos estudos, o qual foi limitado à área da educação, de forma segregada e diferente dos homens, tendo em vista que na visão do sistema patriarcal, o espaço que a mulher poderia ocupar no mercado era uma projeção das funções domésticas e de educação dos filhos. Autores trazem que em relação à escolaridade, a mulher era mais educada do que instruída³⁻⁴.

O movimento feminista impulsionou uma corrente de conquistas para as mulheres, expandindo para além do âmbito domiciliar os espaços a serem ocupados³, levando-as a buscar maiores níveis de capacitação. Nessa perspectiva, em 2018, elas representaram 54,6% dos estudantes do ensino superior⁵. Ocorreu um crescimento importante no ingresso de mulheres em idade reprodutiva, chamando a atenção para a condição potencial de maternidade nesse período e necessidade de políticas direcionadas à mulher⁶.

O ingresso no ensino superior por si já é uma grande conquista, especialmente quando ocorre na vida adulta. Além de ser uma oportunidade de ascensão socioeconômica da família, configura-se também como a concretização de sonhos, aspirações e metas, gerando expectativas em todo o círculo familiar e social⁷⁻⁸. Essas metas não são somente a busca por autorreali-

zação, mas são também para ocupar profissões não limitadas às projeções de funções domésticas e de estética⁴. Porém, essa conquista não isenta a mulher das rotinas como dona de casa e cuidadora familiar, sendo apenas mais uma jornada de trabalho a ser cumprida^{4,9}.

A sobrecarga das jornadas de trabalho, estudo e maternagem dificulta que as mães desenvolvam uma vida produtiva linear e ascendente, sem interrupções¹⁰, o que favorece o sentimento de frustração por não conseguirem exercer todas as funções de forma plena e satisfatória¹¹. Além disso, elas são alvos de abuso de poder e sofrem com assédio e punições por atrasos e/ou faltas decorrentes dos cuidados com os filhos¹⁰.

No contexto acadêmico, as instituições escolares tendem a reproduzir esses aspectos das relações sociais de manutenção do poder das classes dominantes, como no ambiente de trabalho, sendo essa a condição de existência das escolas na sociedade¹². Apesar de a estudante gestante ter o direito à licença maternidade por quatro meses, quando é permitida a realização de atividades escolares em regime domiciliar¹³ e programas de assistência estudantil¹⁴, a abordagem institucional pode não condizer necessariamente ao previsto em legislações, mas a reflexos das tradições sociais.

Além desses aspectos, há ainda uma complexa relação do aluno com seu professor, determinada por extrema subjetividade com influência direta no processo de ensino-aprendizagem e com o perigoso potencial de ocorrência de situações de autoritarismo, devido às relações de poder, podendo culminar em casos de assédio¹⁵.

Com todos esses desafios, ao escolher ou não, engravidar, a mulher passa por um processo intenso de mudanças, aumento de responsabilidades e cobranças que podem favorecer momentos de crise nos relacionamentos familiares. A literatura associa a gravidez como um dos motivos de evasão do ensino superior^{8,16}.

Para a gestão institucional essa evasão é uma problemática complexa e multidimensional que demanda atenção, pois são geradas perdas educacionais, sociais e orçamentárias com impacto direto na oferta e qualidade da educação, de forma a fragilizar os propósitos educacionais, sociais e de desenvolvimento social da instituição¹⁷.

Mesmo com tantas dificuldades, as mães enfrentam batalhas diárias para avançar na sua formação profissional. Considerando esses aspectos, o objetivo desse estudo foi conhecer a percepção de mães discentes nos cursos de graduação em Enfermagem e Medicina quanto às suas vivências no ambiente acadêmico e a relação com a abordagem institucional.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa, fundamentado no materialismo histórico-dialético. A escolha dessa fundamentação se deu por reconhecer a complexidade das construções econômicas, histórico-culturais e suas fortes influências na ordem social^{18,19}.

A coleta de dados foi realizada entre outubro de 2018 e abril de 2019 em uma Instituição de Ensino Superior (IES) pública do Distrito Federal, onde são utilizadas metodologias ativas de ensino. A amostra foi por conveniência, sendo incluídas discentes mães, com idade igual ou superior a 18 anos, dos cursos de Enfermagem e Medicina. As discentes foram abordadas durante os intervalos das atividades acadêmicas sendo convidadas a participar da primeira etapa: o grupo focal, realizado dentro da disponibilidade delas, em local por elas escolhido. O grupo focal permite conhecer a percepção coletiva das vivências e, assim, captar a opinião do grupo como um todo^{20,21}.

A partir do conteúdo obtido no grupo focal, seguiu-se a segunda etapa da pesquisa: entrevista individual e aberta para identificar se as percepções do grupo são coerentes com as individuais, o que possibilita diferenciar senso comum e vivências pessoais. Esse tipo de entrevista permite que o sujeito se manifeste livremente, em relação a suas motivações, opiniões e vivências¹⁸. A questão norteadora foi: quais as principais dificuldades enfrentadas por essas mães no processo de formação acadêmica?

Essa pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, aprovada pelo parecer de número 2.767.851.

Para análise dos dados, foi realizada a análise de conteúdo na abordagem de Bardin²², a qual é uma

técnica baseada na descrição do conteúdo das mensagens. Assim, cumpriu-se em três etapas:

- Pré-análise (exploração do material por meio de leituras repetidas), essa etapa propicia ao pesquisador maior propriedade dos dados obtidos e aumenta o grau de consciência das falas em suas individualidades e coletividades;
- Exploração do material (levantamento dos pontos com maior relevância), nessa etapa foi utilizada como estratégia o *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ) que realizou uma análise quantitativa da frequência no uso das palavras e as associações entre elas, gerando um dendrograma a partir da Classificação Hierárquica Descendente do vocabulário, o que reduz o viés do pesquisador mostrando de forma objetiva o que teve maior relevância dentro das falas, o *corpus* utilizado não diferenciou as participantes ou seus cursos;
- Tratamento dos resultados (nomeação das categorias levantadas pelo *software*, comparação entre o conteúdo das falas com o referencial teórico, bem como estabelecimento de reflexões acerca dos resultados obtidos)¹⁸.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre as 12 mulheres participantes, oito eram graduandas de Enfermagem e quatro de Medicina. As idades variaram de 21 a 44 anos. A maioria se declarou de cor parda e estado civil casada. Tiveram em média duas gestações, dois partos e nenhum aborto.

Acerca do grau de escolaridade enquanto seis tinham graduação incompleta, três já tinham outra graduação e outras três haviam concluído pós-graduação, duas dessas possuíam titulação de mestrado. No curso superior atual, nove haviam concluído metade dos períodos de seu curso, as três restantes estavam nos dois anos iniciais.

Metade das participantes se dedicava exclusivamente aos estudos, a outra metade possuía ocupações diversas: cozinheira, bancária, enfermeira, técnica de enfermagem, médica veterinária e uma relatou cumprir múltiplas funções a depender da oportunidade em serviços gerais, segurança ou como

manicure. A renda familiar mensal foi relatada como maior que R\$ 3.521,00 para oito participantes, uma relatou renda entre R\$ 2.641,00 e R\$ 3.520,00, uma relatou renda entre R\$ 1.761,00 e R\$ 2.640,00 e duas possuem renda familiar mensal entre R\$ 881,00 e R\$ 1.760,00. Quatro recebem da instituição de ensino bolsa como auxílio financeiro.

Para proteção da identidade das participantes e preservação do anonimato, nos resultados e discussão, seus nomes foram substituídos por cartas do tarô de Marselha, pois cada arquétipo carrega diversos significados, conceitos, relações, estereótipos e toda uma história, bem como cada ser humano. As cartas foram designadas de maneira aleatória, uma para cada participante. Participaram do grupo focal: A Força, A Estrela, A Justiça e A Eremita; e foi realizada entrevista com A Torre, A

Temperança, A Maga, A Sacerdotisa, A Roda da Fortuna, A Lua, A Sol e A Diaba.

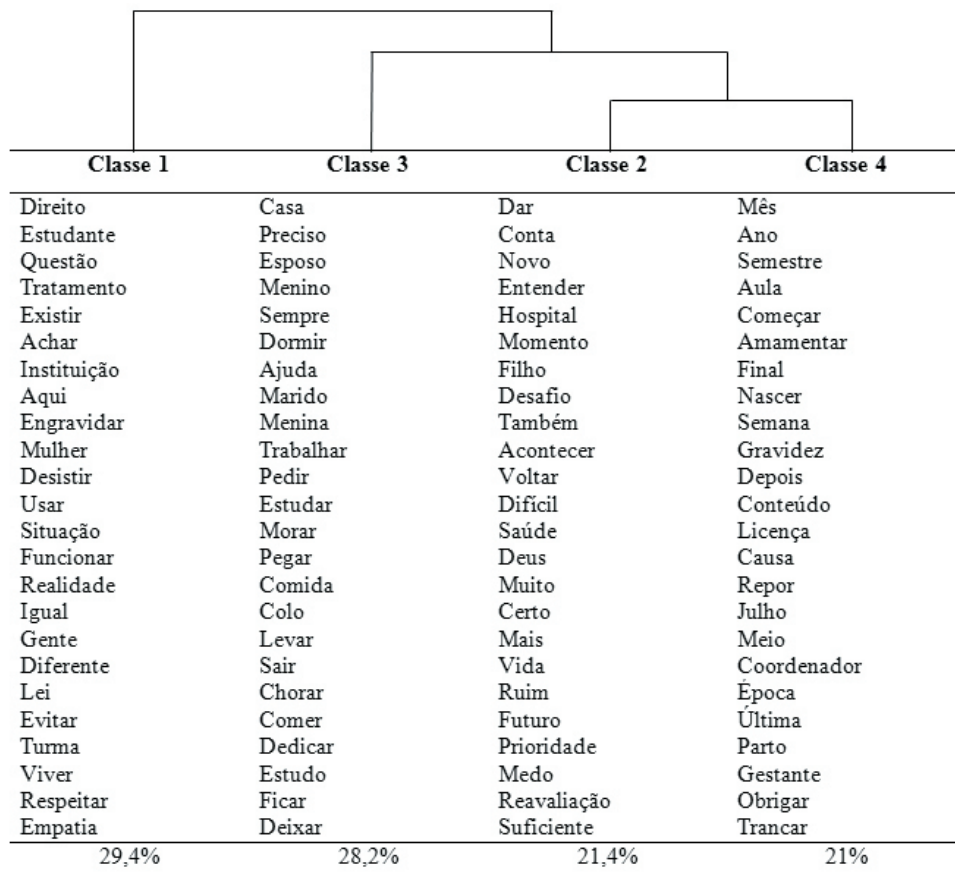
O processo de análise foi cumprido em três etapas, o que deu origem às quatro categorias temáticas apresentadas a seguir. Nesse artigo optou-se por trabalhar as categorias em ordem lógica, diferente da oferecida pelo *software*, oferecendo, portanto, a visão da vivência das mães, seguida da forma como são tratadas, das múltiplas jornadas enfrentadas e, por fim, os efeitos de sobrecarga gerados por tais.

O tratamento da estudante diante do direito de ser mãe

Inicia-se nesta categoria (Classe 4, Figura 1) destacando que a escolha de um curso envolve as aspi-

Figura 1

Dendrograma das categorias emergentes.



rações profissionais, metas coletivas e individuais, objetivada pela mobilidade social, constituindo o ingresso no ensino superior de muitas expectativas. Descobrir uma gravidez nesse momento gera duas vezes mais mudanças na vida da mulher e de seu núcleo social, o que torna um momento de vulnerabilidade psicológica⁸. Lidar com essas mudanças é algo relativo aos conceitos e aspirações individuais, mas que pode ser influenciado pelo meio externo. O ambiente nem sempre acolhe de forma positiva a essas mudanças, em falas foi citado que as mulheres são advertidas a não engravidarem.

[...] no início do ano eles já dão meio que um aviso “Não engravidem, porque vai te prejudicar” [...] E eles tratam como se fosse a pior coisa do mundo você ter um filho aqui, entendeu? (A Torre).

[...] quando a gente recebe essas falas, elas são muito fortes do tipo ‘mulheres não engravidem, mulheres’... são preconceituosas até eu acho, chega a um nível de preconceito sabe tipo, eles mesmos já constroem esses, por mais que construam esse preconceito até no próprio grupo de estudante quando ele fala assim ‘mulheres não engravidem’ aí você engravida e todos os estudantes vão olhar pra você. (A Justiça).

A primeira abordagem à mulher que descobre gravidez na graduação é o planejamento da licença maternidade, que pode se iniciar a partir dos oito meses de gestação até o terceiro mês do puerpério, sendo permitido o prolongamento de acordo com as necessidades maternas, e este período deve ser definido em atestado médico e instituição do regime domiciliar¹³. Na instituição onde foi realizada a pesquisa, atestado médico só é aceito quando maior que quatro dias e com laudo médico, no caso da licença maternidade, só é aceito o tempo mínimo de 120 dias. As participantes que precisaram aumentar esse período destacaram que foram induzidas a trancar o curso.

[...] tudo eles fazem para você trancar a matrícula eles não dão nenhum sentido para você continuar. (A Lua).

[...] tirei licença maternidade na outra faculdade, que eu fiz transferência, lá eu consegui tirar a licença, já com a (minha filha), eu voltei com 37 dias. (A Força).

[...] eu tive filho agora, eles não me dão nada pra eu fazer em casa. (A Sacerdotisa).

Porque é um direito de mãe às vezes acompanhar o filho numa consulta, tá na reunião do filho e é

um direito meu ser estudante. Mas se eu trouxer um atestado pra cá de um dia ((A Eremita completa)), uma declaração, não vale nada. (A Justiça).

Foi identificada uma individualidade no tema, pois apesar de passarem por abordagem parecida, os segmentos e condutas foram diferentes. Segundo a participante A Sacerdotisa, o regime domiciliar não foi respeitado e a instituição se omitiu desse dever, o que possivelmente gerou sobrecarga quando elas retornaram do período de licença, sendo que A Força optou por ter apenas dois quintos do tempo previsto para evitar o acúmulo de atividades e conseguir terminar sem reprovação ou trancamento de matrícula.

A gravidez não é um empecilho para a continuidade dos estudos e, possivelmente, se tenha a impressão contrária devido ao recorte socioeconômico desfavorecido das mulheres que participaram de outras pesquisas²³. Porém foi identificado em revisão de literatura que a evasão feminina está relacionada com casamentos não planejados, gravidez no decorrer da graduação e nascimento dos filhos, confirmando que a situação socioeconômica é um fator catalisador¹⁶. A partir das falas das participantes, um importante empecilho para a continuidade dos estudos não é o fato de se tornar ou de ser mãe, mas a falta de apoio social e institucional o que induz ao trancamento de matrícula de forma direta.

Eles não têm uma estrutura pra isso, eles falam isso ‘Tranca o curso e tchau’. Só isso que eles fazem. ‘Volta quando você conseguir conciliar, volta quando você parir, quando a bebê ficar grande, quando você arrumar alguém pra ficar com ela’. (A Sacerdotisa).

[...] depois da licença que eu tirei, tinha que fazer reposição né? E ela arrumou mil e um problemas pra eu não conseguir fazer reposição, aí eu consegui fazer metade e ela me fez trancar de novo. (A Torre).

O apoio à amamentação foi outro tema apontado pelas participantes. É importante ressaltar que o aleitamento materno até os dois anos de idade, mantendo exclusividade até os seis meses, favorece a diminuição de óbitos infantis, diarreia, infecções respiratórias, chances de obesidade e aumento do vínculo afetivo então mãe e filho²⁴. Essa orientação é quase um mantra a ser sempre repetido pelos profissionais de saúde. Entretanto, as discentes relataram não ter recebido apoio para cumprir essas recomendações:

Quando o bebê nasceu, eu recebi os 90 dias que é muito pouco, a Organização Mundial da Saúde recomenda que a amamentação aconteça em pelo menos 120 dias e a própria escola só dá 90 dias, é uma escola de saúde, e não incorporou esse conceito de saúde no seu sentido amplo né. (A Roda da Fortuna).

Inclusive levei bronca por ter trazido. Eu trouxe (meu filho), ele era nenenzinho, ele amamentava e ela disse que eu não podia ficar trazendo ele porque dispersava. E eu não tinha com quem deixar, eu tinha que, ou eu vinha com meu filho ou eu faltava [...]. (A Torre).

Eu não tô conseguindo amamentar minha filha direito, eu tive que entrar com fórmula pra ela com três meses, porque a minha produção de leite caiu [...] eu perguntei assim 'quanto tempo eu posso ficar?' Eles falaram assim 'quanto menos você conseguir'. Eu ia ter uma avaliação escrita dia 4, meu parto foi dia primeiro, eles perguntaram se dia 4 não ia ter como eu fazer essa avaliação. De um parto cesariana ((outras participantes mostram surpresa)). (A Força).

Esses relatos mostram várias problemáticas enfrentadas: incoerência entre o que se ensina aos profissionais de saúde em formação e a abordagem para lidar com elas; a violação do direito à licença maternidade cujo período é estabelecido em atestado médico como supracitado; o tratamento desumano com cobranças para que as mães acompanhem o ritmo dos outros estudantes. Sendo que esse último surgiu novamente em outras falas, apresentadas em:

'olha seus colegas conseguiram fazer isso e isso, então você também tem que conseguir e tudo mais' Não, eu vou conseguir. 'Não, mas você sabe das suas limitações'. (A Força).

Aí a gente chega assim, a gente vê os meninos tudo destruindo no conteúdo, aí você cara eu nem li isso, eu nem vi isso, eu não tive tempo nem de ler. (A Lua).

Outro estudo apresentou resultados semelhantes a partir do relato de acadêmicas destacando a existência de diversas dificuldades para manter o aleitamento após o retorno da licença maternidade, como a carga horária excessiva, horários fixados para desenvolvimento de atividades acadêmicas e a escassez de ambiente adequado para o aleitamento, demandando da rede de apoio familiar para enfrentá-las. Mas reitera a necessidade de respeito à licença maternidade,

criação de salas de apoio à amamentação e instituição de programas de acompanhamento da acadêmica lactante²⁵.

Emergiu nos discursos outra incoerência entre o que é ensinado e vivenciado pelas futuras profissionais de saúde: a humanização. Desde 2003 a Política Nacional de Humanização tem como objetivo "tornar mais humana a relação com o usuário"²⁶, uma proposta de aumento do diálogo e construção conjunta da gestão nas diversas instâncias da saúde.

A gente cursando enfermagem, a gente vive falando de humanização, que a gente tem que ver as pessoas como um todo e que a gente tem que fazer cuidados individuais e pela escola não existe isso. (A Estrela).

Porque a faculdade ensina uma coisa, mas na prática, ela efetiva outra e, porque ela é extremamente burocratizada, tudo é o que tá no papel e não existe uma questão da humanização, né, e humano, não existe diálogo é só o que tá no papel. (A Roda da Fortuna).

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos dois cursos propõem a formação de profissionais humanistas, e mais especificamente as DCN do curso de graduação em Enfermagem propõem a formação de profissionais que promovam a humanização na assistência e no cuidado^{27,28}. Entretanto as mães discentes descrevem abordagens desumanas praticadas no cotidiano ao se ignorar a singularidade humana e massificar as condutas.

Igualdade, equidade e maternidade no ambiente acadêmico

Nessa segunda categoria (Classe 1, Figura 1), é importante destacar que o capitalismo com seu sistema de produção e consumo em massa, molda a sociedade de forma a alienar a subjetividade do indivíduo. Esse processo influencia na forma de construção da identidade social, de máscaras e de papéis que se interpreta para permitir a adaptação às situações vivenciadas no cotidiano²⁹. Moldou-se então uma sociedade que aceita o tratamento de massa, onde as leis e ações gestoras são generalizadas.

O tratamento igualitário não leva em conta a subjetividade e o contexto do indivíduo e, por isso, a educação precisa também ser equânime para ser de qualidade³⁰. A equidade compreende a capacidade de amenizar o impacto das origens sociais no

desempenho do indivíduo³⁰. Segundo os relatos a seguir, as mães são invisíveis para a instituição, e acabam por aceitar essa invisibilidade por acreditar que todos devem ser tratados de forma igual, corroborando com outro estudo³.

Eu acho que assim, a instituição segue o padrão dela tipo assim, você entrou você conhecia como funcionava então, eu acho que não tem muita facilitação pra... eu acho que todo mundo é no geral, quem é mãe, quem não é. (A Maga)

A gente fica assim: todo mundo é igualzinho, vai ser o mesmo tratamento todo mundo, e você tem uma condição especial, 'é, todo mundo é igualzinho'... (A Estrela).

Eles não têm base nenhuma, a instituição não tem base nenhuma pra mães que tem bebê, que tem filhos, que tão grávidas. (A Sacerdotisa).

Com essas características, as mães discentes têm dificuldades em participar de atividades escolares com grande relevância para o bom desenvolvimento afetivo dos seus filhos. As faltas são destinadas para as consultas e nada lhes sobra para esses momentos, como relatado.

[...] era o dia das mães na escola da minha filha e eu perguntei pra minha tutora se eu poderia sair 20 minutos mais cedo, porque era pro meu marido me buscar pra eu conseguir sair, ela disse que se eu sáísse eu ia ficar em reavaliação. (A Força).

Eu já estava com falta nessa tutoria porque que eu fui levar foi numa consulta de proctologia e a outra da neurologia então eu guardo só para as consultas e eu não tinha como ir para a apresentação do meu filho. (A Roda da Fortuna).

Vale ressaltar, o relato de apoio de profissionais da instituição que por empatia nas mais diversas formas, tentam colaborar com elas. Professores se solidarizam pela situação das estudantes e utilizam de sua autonomia para promover a equidade no ambiente acadêmico com pequenas ações e flexibilizações³¹. Tanto no grupo focal, quanto nas entrevistas surgiram relatos de situações em que receberam esse apoio.

Eu tenho liberdade pra conversar com tutor, eu tenho liberdade pra conversar com gestor, com coordenador, porém eles não podem fazer muito. (A Temperança).

Disse que ele nunca tinha tido um caso assim, que ele iria verificar a possibilidade, [...], mas ele pareceu bem disposto a fazer o melhor pela criança.

[...] o (coordenador) foi muito receptivo nesse ponto. (A Sol).

E a (servidora) nesse sentido ela me ajudou, porque todas as vezes que eu precisei trazer a (minha filha), ela pega a (minha filha) e leva pra sala dela, ela fica cuidando da (minha filha), né. Até lanche ela já deu pra (minha filha), eu falei '(minha filha), você me racha de vergonha' ((risos)) então assim, tem aqueles que têm um olhar tranquilo, têm. Mas tem aqueles que foram como foi colocado, que não têm. (A Eremita).

Alguns professores, entretanto, são indiferentes e outros acabam dificultando esse percurso penoso, podendo ser autoritários, agressivos, com tratamentos humilhantes, desestimulantes e opressivos^{7,15} conforme descrito na seguinte fala “E eu tive professores que viraram e falaram tranca porque você não vai dar conta” (A Roda da Fortuna), e compatível com o seguinte relato do grupo focal.

[...] a resposta que eu recebi foi 'você tem que ver prioridades na sua vida, você pode, você vai poder fazer a faculdade de novo? Vai, não vai? Você vai poder ter os momentos com a sua filha de novo? Não vai. Então você tem que escolher o que é melhor pra você. Você não vai conseguir terminar a série'. (A Força)

Ser mãe e acadêmica gera sofrimento e pode atrasar ou paralisar o curso, para conseguir prestar o cuidado aos filhos e isso é evidenciado quando não há onde ou com quem deixá-los. A conciliação dos estudos e da maternidade é um grande desafio nos primeiros anos de vida da criança e, por isso, a paralisação do curso se torna chamativa e mesmo quando há intenção de voltar, nem sempre isso é possível^{16,31}. Tanto nas entrevistas individuais, quanto no grupo focal emergiu o tema da desistência em momentos diferentes.

A retaliação, tudo que eles fazem já é pra você desistir, pra você trancar, ninguém quer saber das suas necessidades, não querem mais trabalho [...]. (A Lua).

Ela não tem suporte nenhum pra oferecer assim ((A Força concorda)) 'você teve uma licença, vamo fazer uma reposição desse jeito' não. A questão é: desista. ((Todas concordam)) A questão é: desista. (A Justiça).

Eu falei 'Se eu parar, eu não volto, não volto'. Ou eu termino, faço meu esforço e termino esse ano, e eu sei que eu consigo terminar [...]'. (A Eremita).

Outro estudo identificou que a maioria das mães universitárias já tinha pensado em desistir, por diversos motivos³. Foi questionado às outras participantes durante o grupo focal se também tivessem que parar os estudos, se voltariam e a resposta foi unânime, sendo representada na fala [...] *as condições vão continuar as mesmas, eu ia continuar tendo duas filhas (todas concordam), vou continuar fazendo as mesmas coisas pra cuidar dela.* (A Força).

As múltiplas jornadas de trabalho: divisão sexual de trabalho e as relações de gênero

Na terceira categoria, correspondente à Classe 3 (Figura 1), observou-se a divisão sexual de trabalho e como ela alimenta o debate das relações de poder entre os gêneros. Mesmo após as progressivas conquistas das mulheres na ocupação de espaços no meio de trabalho, as desigualdades de gênero ainda são gritantes, podendo ser evidenciadas pelas múltiplas jornadas de trabalho femininas: trabalho remunerado, afazeres domésticos e cuidados familiares, enquanto ainda lutam pela mobilidade social do grupo familiar, buscando melhor capacitação profissional ao dedicar tempo para estudos^{4,8,9,16}. Isso é evidenciado na fala das participantes.

Eu tenho a faculdade, meu trabalho e eu ainda tenho meu filho então eu acabo só tendo horário noturno pra ele. (A Diaba).

É, além de ser mãe de crianças, eu também trabalho, então assim, eu tenho pouco tempo para me dedicar exclusivamente aos estudos, por isso que a minha parte teórica às vezes fica meio deficiente. [...] eu tive que levantar hoje duas da manhã, já pra deixar as coisas mais ou menos organizadas, pra poder estar aqui às oito hoje. (A Maga).

[...] teve um período que eu trabalhava 60 horas né, eu trabalhava muito, aí como eu estava tendo problema com a minha filha mais velha que era pequenininha na época aí eu resolvi largar um dos empregos e ficar só em um. (A Sol).

E apesar desse acúmulo de trabalho, elas ainda precisam sustentar o peso das atividades domésticas, gastando duas a três vezes mais tempo com elas do que os homens, fato que não é visto com estranheza devido ao efeito de durabilidade

de e permanência, pois por tradição os afazeres domésticos são responsabilidade feminina^{7,31} e não há reconhecimento dele conforme disse a participante A Roda da Fortuna: *esse tempo não contabiliza porque não só pela faculdade, mas a sociedade inteira isso é um trabalho invisível, entendeu?*, ressaltando como o ônus do trabalho não remunerado pesa sobre as mulheres que trabalham e estudam⁹.

Na instituição de ensino superior onde ocorreu a pesquisa, não existem políticas de permanência para estudantes mães, o que gera uma preocupação e instabilidade a mais, como observado na fala:

E aí eu tinha que trazer ela, aí eu trazia ela, e aí eu tentava vender algumas coisas de alimentação pra poder ajudar na... (fala embargada) pra ver se eu conseguia juntar dinheiro pra pagar a creche pra ela ficar na creche. (A Sacerdotisa).

Os auxílios financeiros para os estudantes, apesar de não acabarem com os obstáculos, tendem a atenuar os encargos financeiros e mesmo em instituições que possuem políticas mais estruturadas, os recursos se mostram insuficientes por não reduzir a dupla jornada de trabalho ou permitir a diplomação em prazo estabelecido⁹.

Eu tive muito o apoio do meu marido, né. Ele resolveu arregaçar as mangas e fazer a graduação junto comigo. Porque até um certo momento quando a minha mãe não tava tão doente, a gente ainda deixava os meninos com a mãe e ainda dependia muito disso [...]. (A Eremita).

A minha família toda se mobilizou pra que eu continuasse na graduação. (A Justiça).

Com estas falas, ilustra-se a necessidade de formação de uma rede de apoio como um fator determinante para a permanência das mães no ensino superior, conforme constatado em outros estudos^{16,23,25}.

Ressalta-se que cabe às instituições de ensino, que visam oferecer ensino de qualidade, o papel de minimização de desigualdades através da promoção da equidade acompanhando o processo de mudança nas estruturas sociais. Para isso, se faz necessária avaliação contínua dos serviços prestados, do processo de trabalho, uma reflexão sistemática e embasada teoricamente das estruturas sociais, além de estudos de suas novas necessidades³⁰.

Outro ponto relevante é que nem sempre as participantes se mostram interessadas em dividir todas as funções, como, por exemplo, a de cuidadora, apesar de ser uma das mais exaustivas, é abraçada, bem como identificado em outro estudo³¹ e ilustrado nas falas a seguir.

Vai adiantar eu mandar o pai no pediatra? É a mãe. Não tem como. Para levar no pediatra, para levar no terapeuta, para levar no médico, ir em reunião de escola, cara, é a mãe. (A Roda da Fortuna).

Querem colo, precisa de comer, precisa de água, precisa de tomar banho, e a gente que tem que fazer isso. Mesmo tendo o apoio 100% do meu esposo, a gente é mãe, então a gente se sente na obrigação de fazer tudo, entendeu? E leva muito tempo as crianças, e a faculdade leva também muito tempo. (A Sacerdotisa).

Os homens ao tentarem compartilhar as tarefas fazem com que muitas mães se sintam ameaçadas em seu papel social, e acabam boicotando-os ou desqualificando-os. Assim as mães se impõem essas obrigações exclusivas, temendo serem julgadas negativamente no seu papel materno.

O conflito entre maternidade e a carreira

Nessa categoria (Classe 2, Figura 1), a descoberta de gravidez dentro do ambiente acadêmico pode ser considerada um momento de intenso sofrimento psíquico e ambivalências, acompanhado de várias emoções como medo e felicidade, além de grande impacto psicossocial, tendo um peso muito maior na vida da mulher⁸. Tais sentimentos levam as mulheres a tomarem decisões de grande repercussão em suas vidas, como foi exemplificado por uma das participantes, que diante do medo de precisar interromper precocemente o curso, escolheu esconder a gestação.

[...] eu fiquei com medo sim, porque saiu uma resolução, não sei se foi resolução ou se foi decreto, no ano retrasado, que a gente não poderia, é, ficar em lugar insalubres. Aí eu não contei da gravidez por muito tempo, eu acho que foi com sete meses eu fui contar pras pessoas. (A Sacerdotisa).

Existem exigências vindas dos filhos, do marido, da faculdade, do emprego, e existe uma tendência de elas esperarem muito de si mesmas, muitas das vezes cobrando a perfeição³¹. A constante autocobrança gera o sentimento de frustração por não cumprir com excelência a todas as demandas.

Então como a gente já sabe que é uma coisa velada eu evito então assim, além da gente se tornar invisível a gente já quer dar uma de mulher maravilhosa para tentar prevenir uma situação demarcada então a gente às vezes acaba tendo que se esforçar o dobro para dar conta de todas as responsabilidades e ainda não parecer que você está de 'miguê' não parecer que você está fazendo pouco caso ou corpo mole por conta do [...]. (A Roda da Fortuna).

E assim, é muito difícil porque você fica eu tendo que dar carinho, mas eu tenho que estudar então assim, é muito difícil fazer a escolha, não é assim ah tudo bem, eu vou parar tudo que estou fazendo agora e vou vestir minha capa de mãe e vou esquecer tudo que existe ((A Eremita concorda)). (A Estrela).

É um sofrimento também psicológico aí ela expressou 'mamãe você fica pouco tempo em casa, a mamãe não tem tempo de brincar com a gente não tem tempo de levar pro parquinho' porque eu chego já é de noite e o parquinho já fechou. (A Roda da Fortuna).

Ao longo do dia, trabalhar e estudar, ao chegar em casa encontra o cuidado familiar e os afazeres domésticos. Uma rotina sem hora para acabar, a jornada no lar não tem dia de folga e nem final de semana, é uma constante o que lhes permite pouco ou nenhum tempo de lazer. Assim como em outra pesquisa⁷, as participantes têm plena consciência que não darão conta de tudo e vão precisar cumprir tudo de uma maneira “mais ou menos”, expressando isso nas entrevistas individuais através das falas:

Então eu tive que levantar hoje duas da manhã, já pra deixar as coisas mais ou menos organizadas. (A Maga).

Porque acaba que nada fica bom. [...] E aí tipo tentando focar em um ou outro não sai nada direito. (A Torre).

Com tantas coisas para fazer, pensar em si mesma é algo de último plano, o foco é nas atividades e no outro, como bem expresso já sou muito deixada de lado, não me preocupo comigo normalmente, só que eu acho que nessa situação toda, piora, porque eu priorizo meus filhos e meu estudo (A Torre). Rotinas básicas de autocuidado são vistas como luxo pelas participantes, pois sempre há coisas mais importantes para fazer. E mesmo com a participação do parceiro, ele é isentado da responsabilidade doméstica e é visto como ajudante esporádico, com tudo isso os níveis de estresse aumentam, gerando

sentimentos como culpa e sofrimento por não dar conta de tudo^{7,31}.

Nunca fiz isso de chegar em casa e sentar. Meu marido ele chega em casa e senta... se passar 40 minutos ele vai estar do mesmo jeito. E a gente já chega e já vai fazendo assim ó: tem que fazer isso, isso e isso... (A Estrela).

... 'Eu tô conseguindo ser mãe, eu tô conseguindo ser uma boa estudante, eu tô conseguindo ser uma boa esposa pro meu marido' Eu sempre vejo assim, caramba, eu to priorizando alguma coisa e outra coisa tá perdendo, eu to... Eu fiz uma atividade com minha filha na escola, eu perdi tempo de estudar, eu perdi tempo pra fazer outra coisa... Eu dormi e eu podia ter arrumado a casa pra no outro dia chegar em casa e conseguir estudar. Comer? Comer pra mim é luxo (risos). (A Força).

Esse sentimento de culpa emerge como herança do modelo patriarcal por conta da responsabilização social da mulher em ser mãe, não necessariamente ligada a uma satisfação pessoal, que pode estar relacionada a não cumprir as “etapas da vida feminina” (estudar, depois constituir família e então ter filhos), a uma busca pelo perfeccionismo em atender a todas as demandas socialmente impostas e pelo próprio desempenho estudantil^{7,16,31}. Esses aspectos podem ser identificados nas seguintes falas:

E daí vem aquele sentimento também né, de culpa, né? ((A Eremita concorda)) Cara eu to ficando muito longe, eu to sem participar tanto, então você tem que saber dividir isso sabe? (A Justiça).

Mas também, essa mesma sociedade te cobra. Por que você não estudou? Por que você não se formou pra dar um futuro melhor pro seu filho? Por que você não cuidou do seu filho? ((Todas concordam)) (A Eremita).

O posicionamento que eu vi foi que quando eu falei que eu tava grávida foi 'Ah, mas por que você engravidou?' (risos) 'Por que agora? Por que você não terminou a faculdade primeiro?'. (A Força).

Justamente disso de errada e de que ou eu tenho que sair daqui ou eu tenho que interromper minha gestação pra continuar, porque tudo gera um problema, que nem o negócio de repor. Porque eu tenho que ter minha licença maternidade, e se eu não tiver com quem deixar meu filho, eu não posso trazer também porque vai atrapalhar a discussão da tutoria, então tipo, velho, é desesperador [...]. (A Torre).

As estudantes carregam consigo não somente um desejo de concluir uma graduação, essa formação envolve muitos outros aspectos. Isso dá um significado muito maior e alimenta a motivação para resistir durante esse percurso, como representado nas falas a seguir.

Eu sou mulher, eu sou guerreira, eu busco, eu luto e eu não vou desistir da minha escola porque eu tenho filho, eu não vou desistir da minha formação porque eu tenho filhos. Até por eles que eu estudo. É por eles que quero morrer dia sim dia não aqui (risos). (A Temperança).

Foi escolha, eu nunca vejo meus filhos como dificultador, como empecilho, pra mim eles são motivadores. (A Diaba).

Apesar da falta de apoio e invisibilidade delas na instituição elas mostraram orgulho, mais do que isso, em seus discursos elas mostraram ter uma paixão por estar na instituição, uma conquista visualizada nas falas:

De saber que você vai ser amparada na instituição que você tanto ama que você leva o nome, que você faz questão de estar aqui. (A Estrela).

Eu já tenho 44 anos, [...] Eu não quero formar porque é útil pra mim, porque quero uma profissão... Pra mim, muitos de vocês já sabem e eu sempre quis, desde muito jovem [...]. (A Eremita).

Isso retoma que o ensino superior é uma grande realização, um sonho, uma conquista profissional ainda mais para mulheres ingressantes após a vida adulta. As participantes desta pesquisa vivem uma realidade de violação de direitos para que possam ter acesso à educação superior.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As vivências das discentes mães dos dois cursos superiores se mostraram muito semelhantes e apesar de diferentes recortes econômicos e culturais, ainda há um tratamento baseado no machismo estrutural que subjuga as mulheres e tenta limitá-las, independentemente do *status* social.

As mães sofrem com preconceitos advindos do corpo docente desde o início do curso e isso se mantém em pequenos detalhes sabotando a experiência do ensino superior das mulheres mães. Percorrer esse caminho trouxe, nas falas, manifestações de sentimentos fortes como culpa, frustração, insuficiência e principalmente desamparo.

Concomitante a isso, existe uma determinação ainda maior alimentada pela expectativa de proporcionar melhores condições aos filhos.

Nesse sentido, nessa pesquisa foi descoberto que os filhos não são empecilho ou problema, eles são a força que levam as mães a superar os obstáculos presentes na sociedade para o alcance da ascensão socioeconômica. Essas mulheres não buscam privilégios e nem facilidades, elas aspiram apoio contra as situações de desigualdade e inequidade perpetuadas pelas instituições de ensino e pela sociedade em geral.

Entretanto, percebeu-se que concluir uma graduação tem um preço alto para essas mães, que precisam abrir mão de seus direitos, vivenciar sofrimentos diários e sacrificar partes de si e de sua

vida enquanto convivem com julgamentos, preconceitos e discriminações. A sobrecarga de funções e as múltiplas cargas horárias de trabalho somam-se a isso não permitindo tempo para o autocuidado em suas formas mais básicas.

Os resultados do presente estudo também são oportunidade de *feedback* à instituição, demonstrando a importância de se planejar ações para acolher e apoiar a discente mãe.

Considera-se esse assunto um tema relevante pouco explorado na literatura científica em especial a sua relação com metodologias ativas de ensino-aprendizagem. Espera-se que sejam feitos estudos mistos para contemplar o impacto quantitativo desse fato social em sua incidência e prevalência no ensino superior.

REFERÊNCIAS

1. Bezerra BDG, Ferreira GHL. Divisão sexual do trabalho: rebatimentos da lógica patriarcal na vida das mulheres. *Revista Includere* [Internet]. 2017, 3(1): 466-74 [acesso 23 Ago 2022]. Disponível em: <https://periodicos.ufersa.edu.br/includere/article/view/7425>.
2. Onuma FMS, Oliveira AL, Amâncio JM. Roots of the exhaustion of brazilian working women: dialectical historical materialism's contributions. *Rev. adm. contemp.* [Internet]. 2022 [cited 2023 Jul 13];e220138. Available from: <https://rac.anpad.org.br/index.php/rac/article/view/1567>.
3. Gonçalves JP, Ternovoe JS. Desafios vivenciados por mulheres universitárias de Mato Grosso do Sul, que são mães, profissionais e donas de casa. *Revista Latino Americana de Geografia e Gênero* [Internet]. 2017, 8(2): 116-42. [acesso em 2022 ago 23]. Disponível em: <https://doi.org/10.5212/Rlagg.v8.i2.0006>.
4. Fonseca MFS. A inserção das mulheres no mercado de trabalho como uma exigência do capital e a divisão sexual do trabalho. *Revista Extraprensa* [Internet]. 2015, 9(1): 90-101. [acesso em 2022 ago 23]. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/extraprensa2015.107635>.
5. Fonaprace/Andifes. V Pesquisa Nacional de Perfil Socioeconômico e Cultural dos Graduandos da IFES. Brasília: Fonaprace/Andifes, mai. 2019. Disponível em: <https://www.andifes.org.br/?p=79639>.
6. Aquino LML. “Pelo direito de ser mãe e estudante”: educação infantil na pauta estudantil universitária. *Zero-a-Seis* [Internet]. 2018, 20(37): 42-57 [acesso 23 Ago 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.5007/1980-4512.2018v20n37p42>.
7. Ávila RC, Portes EA. A tríplice jornada de mulheres pobres na universidade pública: trabalho doméstico, trabalho remunerado e estudos. *Rev. Estud. Fem.* [Internet]. 2012, 20(3): 809-32. [acesso 23 Ago 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2012000300011>.
8. Antloga CS, Monteiro RA, Bentes AM, Cassimiro ÊC, Assunção FS. Percepção de danos físicos, psíquicos e sociais no trabalho de ser mãe universitária. *Psicol cienc prof* [Internet]. 2023;43:e253141. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003253141>.
9. Ferreira KR, Furtado MAS. Vivência de mães universitárias do ISB/UFAME. *Constr Psicopedag.* 2022;32(33):59-76. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-69542022000200006&lng=pt&nrm=iso. Acessado em 13 jul 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.37388/CP2022/v32n33a07>.

10. Veras EA. A tutela trabalhista para as mulheres: a não discriminação no trabalho e a proteção da maternidade. RIPE: divisão jurídica. 2017, 52(68):1-14. Disponível em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_informativo/bibli_inf_2006/Rev-IPE-Bauru_n.68.04.pdf.
11. Nunes C, Silva LMN. Acesso e permanência na educação superior X exercício da maternagem: entre trajetórias, representações e exigibilidade de políticas estudantis. Direito.UnB. 2020, 4(1):41-79. Disponível em: <https://www.periodicos.unb.br/index.php/revistadedireitounb/article/view/28322>.
12. Molina RS. História, instituições escolares e o materialismo histórico dialético. Revista HISTEDBR On-line [Internet]. 2018, 18(4): 1209-28. [acesso em 2022 ago 23]. Disponível em: <https://doi.org/10.20396/rho.v18i4.8652660>.
13. Brasil. Lei nº. 6.202, de 17 de abril de 1975. Atribui a estudante em estado de gestação o regime de exercícios domiciliares: instituído pelo Decreto-Lei nº 1.044, de 1969. [acesso em 23 ago 2022]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19701979/L6202.htm.
14. Brasil. Decreto nº 7.234, de 19 de julho de 2010. Dispõe sobre o Programa Nacional de Assistência Estudantil – PNAES, Brasília, 2010. [acesso em 23 ago 2022]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7234.htm.
15. Guimarães LVM, Faria RCV, Ferreira DTB, Pena BF. Assédio no contexto educacional: uma possibilidade de manifestação perversa. Rev. Subj [Internet]. 2016, 16 (1): 52-63. [acesso em 2022 ago 23]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5020/23590777.16.1.52-63>.
16. Vieira AC, Souza PBM, Rocha DSP. Vivências da maternidade durante a graduação: uma revisão sistemática. Revista COCAR. 2019, 13(25): 532-52. Disponível em: <https://periodicos.uepa.br/index.php/cocar/article/view/2172>.
17. Prestes EMT, Fialho MGD. Evasão na educação superior e gestão institucional: o caso da Universidade Federal da Paraíba. Ensaio: aval. pol. públ. educ [Internet]. 2018, 26(100): 869-89. [acesso em 2022 ago 23]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-40362018002601104>.
18. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6ª edição, São Paulo: Atlas, 2008.
19. Netto JP. Introdução ao estudo do método de Marx. São Paulo: Editora Expressão Popular, 2011.
20. Trad LAB. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. Physis [Internet]. 2009, 19(3): 777-96. [acesso em 2022 ago 23]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000300013>.
21. Kinalski DDF, Paula CC, Padoin SMM, Neves ET, Kleinubing RE, Cortes LF. Grupo focal na pesquisa qualitativa: relato de experiência. Rev. Bras Enferm [Internet]. 2017, 70(2): 424-29. [acesso em 2022 ago 23]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0091>.
22. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.
23. Silva BEM, Silva MAI, Zaia JE, Santos BMO, Cano MAT. Universitárias que foram mães na adolescência: aspectos pessoais, sociais e familiares para continuidade dos estudos. Investigação [Internet]. 2015, 14(2):149-53. [acesso em 2022 ago 23]. Disponível em: <https://doi.org/10.26843/investigacao.v14i2.832>.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. 2ª. Cadernos de Atenção Básica; nº 23. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. [acesso em 23 ago 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf.

25. Soares LS, Bezerra MAR, Silva DC, Rocha RC, Rocha SS, Tomaz RAS. Vivência de mães na conciliação entre aleitamento materno e estudos universitários. *Av. Enferm* [Internet]. 2017, 35(3): 284-92. [acesso em 2022 ago 23]. Disponível em: 10.15446/av.enferm.v35n3.61539.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. [acesso em 23 ago 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaus_2004.pdf.
27. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. *Diário Oficial da União*. 2001 nov 9 [acesso em 23 ago 2022]. Disponível em: https://normativasconselhos.mec.gov.br/normativa/view/CNE_CES03.pdf?query=Curr%C3%ADculos.
28. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 4, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. *Diário Oficial da União*. 2001 nov 9 [acesso em 23 ago 2022]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>.
29. Rivas EP, Silva PL. O impacto do capitalismo nas relações interpessoais da contemporaneidade: uma perspectiva da psicologia analítica. *Rev. Psicologia*. pt. 2017. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1110.pdf>.
30. Ferreira RA, Tenório RM. A construção de indicadores de qualidade no campo da avaliação educacional: um enfoque epistemológico. *Rev. Lusófona de Educação*. 2010, (15): 71-97. [acesso em 2022 ago 23]. Disponível em: <https://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/1521>.
31. Dias TA, Alcantara PPT, Morais KC, Silva YCS, Silva JWM, Tavares NBF, *et al.* Maternidade romantizada: expectativas do papel social feminino pós-concepção. *Rev Enferm Atual In Derme* [Internet]. 2022 out 19 [citado 2023 jul 13];96(40):e-021313. Disponível em: <http://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/1508>.

Experiência com metodologias ativas em uma disciplina de Entrevista Clínica Centrada na Pessoa

Experience with active methodologies in a 'Person-Centered Clinical Interview' course

Gabrieli Cristina Lima , Luis Henrique Rodrigues dos Santos , Leonardo Cançado Monteiro Savassi 

RESUMO

Metodologias ativas são estratégicas para aprendizagem significativa. Na área da saúde, representam uma alternativa ao volume de conteúdo exposto por vezes mecanicamente aos alunos, antes que possam aplicá-las no campo prático. Assim, estimulam o desenvolvimento de competências que serão utilizadas em atividades práticas com pacientes e com outros profissionais. Apresenta-se a experiência desenvolvida na disciplina Entrevista Clínica Centrada na Pessoa (ECCP) na Universidade Federal de Ouro Preto por um semestre, sob metodologia educacional baseada na *gamificação* e simulação clínica a partir da avaliação de consultas pela guia de Calgary e Cambridge. Descrevem-se estratégias, motivações e resultados de uma intervenção que envolveu a dramatização de atividades e a participação dos alunos de forma individual, em grupos, e coletiva em três momentos, propiciando um aprendizado significativo. Observou-se adesão à estratégia, ampliando os conhecimentos de ECCP, suscitando aprendizagem e reflexões sobre suas respectivas práticas durante as simulações, registrando-se o envolvimento de todos os atores num processo de educação-aprendizagem ativas.

Palavras-chave: Educação Médica; Assistência Centrada na Pessoa; Aprendizagem Ativa; Gamificação; Simulação de Paciente.

ABSTRACT

Active methodologies are strategic for meaningful learning. In the health field, they represent an alternative to the content volume sometimes mechanically exposed to students before they can apply it in the practical field. Thus, they encourage the development of skills that will be used in practical activities with patients and other professionals. We present the experience developed in the discipline Person-Centered Clinical Interview (ECCP) at Ouro Preto Federal University for one semester, using an educational methodology based on gamification and clinical simulation through the appointment evaluation by the Calgary-Cambridge guide. Strategies, motivations, and results of an intervention are described, involving dramatization of activities and participation of students individually, in groups, and collectively in three moments, providing a significant learning experience. Adherence to the strategy was observed, expanding ECCP knowledge, upgrading learning and reflections on their respective practices during the simulations, registering the involvement of all actors in an active education-learning process.

Keywords: Medical Education; Patient-Centered Care; Active Learning; Gamification Experiential Learning; Patient Simulation.

INTRODUÇÃO

A formação médica passou por três grandes ciclos de reformas: a definição do ensino médico como ciência embasada e consequente fragmentação do ensino em ciclos básicos e profissionais¹; a aprendizagem baseada em problemas como forma de contextualizar a aquisição do conhecimento; e a aprendizagem baseada em competências, na qual o aluno tem níveis de habilidades, conhecimentos, atitudes e etapas crescentes de formação. Essa evolução trouxe consigo a necessidade de centrar no aluno o processo de ensino-aprendizagem, suscitando a demanda por metodologias de aprendizado ‘ativas’, nas quais o aprendiz é parte do processo e o professor atua necessariamente como mediador desta relação².

A Escola de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto avançou no processo de formação baseada em metodologias ativas, a partir de experiências de construção de cursos para a Rede UNA-SUS, baseados na construção reversa – na qual objetivos de aprendizagem são definidos antes de definirem-se atividades ou conteúdos, tornando-os mais contextuais para a prática – e de objetivos de ação – centrados na lógica do saber-fazer, em que a prática no mundo real define quais objetivos de aprendizagem estes alunos devem cumprir. Da mesma forma, a experiência com o Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAUDE) ampliou saberes voltados para a construção de atividades de aprendizagem contextual, visando lidar justamente com a ensinagem centrada no aprendiz e com metodologias condizentes com a proposta do ensino de profissionais no campo do trabalho.

As técnicas de ensino são desafiadas pelo perfil do aluno que se quer formar e pelo mercado de trabalho atual, fomentando inquietações frente ao modelo formativo dito “tradicional”, centrado na transmissão de saberes. Frente a isso, novas vertentes de ensino levaram em conta a ótica do discente como parte essencial do processo de aprendizagem, sendo a este dada maior autonomia, sob orientação docente para a solução de problemas inspirados no mundo real. Caracteriza-se, assim, o modelo ativo de ensino-aprendizagem que tem sido progressivamente adotado desde a Educação Básica até a Educação Superior, sobretudo nos cursos da

área da saúde³. Exige-se a formação de um profissional médico que não apenas adquira, mas que elabora, ressignifica e aplica conhecimento, orientando-o para o paciente de forma compartilhada; e que estabelece estratégias de atuação em equipe interdisciplinar, de maneira colaborativa dentro de uma atuação coletiva⁴.

Na formação médica, a utilização de metodologias ativas apresenta diversas vantagens em relação ao modelo “tradicional”, dentre elas a percepção de maior preparo pelos estudantes, bem como uma melhor avaliação por parte de seus supervisores. O especial interesse nas metodologias ativas ocorre em razão da necessidade desses futuros profissionais irem além do conhecimento, ou das técnicas, adentrando as dimensões subjetivas, sociais e culturais das pessoas sob seus cuidados. A metodologia ativa, então, permite que os educadores direcionem suas práticas em função de atividades desempenhadas em um ambiente de trabalho, bem como criar reflexões críticas sobre as mesmas^{5,6}.

Nesse cenário, em que o aluno assume o papel de sujeito no próprio aprendizado, algumas ferramentas e dinâmicas são úteis na orientação desse processo para o desenvolvimento de habilidades essenciais aos futuros profissionais, dentre elas a comunicação, que é fundamental na entrevista clínica para estabelecimento de vínculo médico-paciente e, por conseguinte, execução de uma boa anamnese e construção dos planos propedêutico e terapêutico.

Desse modo, é fundamental que durante a graduação os discentes sejam apresentados às técnicas de comunicação para poderem desenvolver e, gradualmente, aperfeiçoar a habilidade de comunicar-se. Consoante a isso, a simulação clínica por representação de papéis – *role-play* – constitui uma técnica ativa de ensino-aprendizagem em que os estudantes simulam consultas médicas e, assim, são estimulados a aprenderem e a praticarem a anamnese e a comunicação adequada⁷. Faz saber que a comunicação referida abrange aspectos verbais, como uso adequado da linguagem para que o paciente entenda o que está sendo dito e, aspectos não verbais, como postura apropriada e respeitosa.

Além disso, a simulação de consultas permite que o aluno seja estimulado a reconhecer os aspectos positivos e aqueles que precisam

ser aperfeiçoados na condução de sua consulta, colocando-o ativamente em seu processo de aprendizagem⁸. Ademais, os outros alunos, que assistiram à simulação, podem apontar as características boas e aquelas a serem melhoradas nas simulações dos colegas, o que também os coloca como parte ativa no aprendizado. Por conseguinte, os discentes tornam-se críticos e ativos no processo de aprendizado, e o docente constitui o orientador desse processo e não via unilateral de transmissão do conhecimento.

Ainda no que concerne ao processo ativo de aprendizado, a “gamificação” – método baseado na utilização de jogos em atividades de não-jogos, no caso, no ambiente educacional – configura uma dinâmica em que se utilizam jogos como estratégia para estimular a aprendizagem⁹. Embora haja a competitividade inerente aos jogos, o uso da gamificação visa gerar um espaço de estímulo à atuação coletiva e à interação grupal, segundo os preceitos da Educação baseada em equipes (*Team Based Learning*) e estímulo à colaboração, ao invés de apenas de fomentar uma disputa a fim de definir um vencedor⁴. No contexto da educação médica, a realização de jogos, em que as atuações individuais e em grupo são avaliadas, incentiva a busca pelo conhecimento para realizar as atividades individuais, como também, para ser usada nas atividades em grupo, promovendo, assim, a troca de experiências e conhecimentos entre os participantes. Desse modo, a gamificação pode ser utilizada em conjunto com o *role-play*, para aprimorar ainda mais a aprendizagem de habilidades de comunicação e relacionamento com pacientes⁹.

Nesse sentido, a gamificação pode se tornar uma ferramenta a ser utilizada junto ao *role-play*, proporcionando um ambiente lúdico para os estudantes de medicina, e estimulando o trabalho em equipe e a troca de conhecimentos. Somadas, as estratégias pedagógicas ativas, como o *role-play* e a gamificação, podem ser altamente benéficas para a formação médica humanizada e crítica⁷.

OBJETIVOS

Objetiva-se descrever a experiência em uma disciplina do quarto período do curso de medicina, denominada ‘Entrevista Clínica Centrada na Pessoa’, cujo propósito é a introdução da temática do Método Clínico Centrado na Pessoa a alunos

de medicina, através de metodologias ativas de aprendizado, envolvendo as técnicas de simulação de consulta e a estratégia da gamificação.

MÉTODO

A disciplina de ‘Entrevista Clínica Centrada na Pessoa’, que tem como público-alvo alunos do quarto período de medicina, mesmo período de aprendizado da semiologia médica com foco na anamnese, aborda temáticas relacionadas à educação médica direcionada à prática da Medicina Centrada na Pessoa. Tendo em vista a necessidade da realização de atividades práticas para a sedimentação dos conceitos teóricos, optou-se pela aplicação da metodologia ativa no processo de aprendizagem. Consoante a isso, foi empregada a estrutura de gamificação na composição das aulas, a fim de instigar os alunos à participação ativa no processo de aprendizagem.

Assim, compondo a estrutura do “game” foram criados os dois times que colaboraram internamente durante o semestre. A saber, uma subturma composta por até 20 alunos, sob a orientação do mesmo professor, deu origem aos dois times da dinâmica, com média de 10 alunos cada, que ao longo do semestre foram avaliados mediante a realização de simulações de consultas médicas.

Os alunos simularam atendimentos médicos a pacientes, estes interpretados ora pelo docente, ora pelos monitores, que seguiram roteiros preestabelecidos de simulação de casos clínicos, sendo o aluno avaliado pelo docente, por meio dos critérios presentes na guia de Calgary e Cambridge¹⁰. Este consiste em um modelo de avaliação de uma entrevista centrada na pessoa, com etapas a serem realizadas durante a consulta, a fim de estabelecer o vínculo com o paciente, visando ampliar a eficiência da comunicação e do cuidado. As quais: “Iniciando a Consulta”; “Obtendo informações – Exploração dos problemas”; “Obtendo informações – Compreendendo a perspectiva do paciente”; “Obtendo informações – Estruturando a consulta”; “Obtendo informações – Construindo a relação” e “Encerrando a consulta”. O seu uso justifica-se por ser um instrumento prático para avaliar a comunicação efetiva, indo ao encontro do objetivo da disciplina “Entrevista Clínica Centrada na Pessoa”, que tem como propósito colocar o indivíduo como centro do cuidado. Um roteiro com-

posto por diversos pacientes com diferentes perfis – quanto ao sexo, gênero, idade, queixas e perfil biopsicossocial – foi construído com os monitores, estabelecendo sempre algum item novo em relação a consulta anterior, que permitiu trazer desafios crescentes e o senso de ineditismo nos desafios da abordagem individual, mantendo o interesse e a atenção do grupo.

Antes de cada encontro, era disponibilizado pelo Ambiente Virtual de Aprendizagem Moodle® um guia de leitura que apresentava o referencial teórico do tópico de discussão da aula. Dessa maneira, todos os alunos podiam ter um preparo para fomentar discussões antes do momento da simulação. Durante o período da aula propriamente dito, havia uma divisão em dois tempos, no primeiro momento o docente apresentava brevemente o conteúdo já disponibilizado na plataforma digital a fim de suscitar reflexões aos alunos. Em seguida, a turma era mobilizada para as simulações, nas quais um aluno de cada time realizava o atendimento ao paciente simulado. Para tanto foi estabelecido um modelo de organização espacial, no qual as carteiras eram dispostas em forma de meia circunferência e duas cadeiras localizadas ao centro, conforme modelo esquemático das Figuras 1 e 2.

Para fomentar o empenho dos alunos, utilizaram-se analogias a modelos de competição comuns na *internet* no momento em que esta disciplina foi ministrada, a despeito de alguns anglicismos, passíveis de críticas que os próprios autores admitem como pertinentes. Outra estratégia que visou ampliar a estrutura dinâmica de um jogo foi a identificação de líderes, geralmente de gêneros opostos, que encabeçaram os respectivos times, dando nome aos mesmos. Após a divisão dos times, em um primeiro momento, o professor se colocou diante de todos os alunos e num primeiro encontro, apresentou-se como paciente, permitindo que cada grupo, alternadamente, fizesse três perguntas, o que contribuiu para dar menor sobrecarga de estresse aos alunos, aliviando o impacto da primeira dinâmica, e criar ao mesmo tempo competitividade entre os grupos, cumplicidade intragrupo, e leveza ao momento, permitindo em um segundo encontro que se optasse por levar os alunos ao centro da roda.

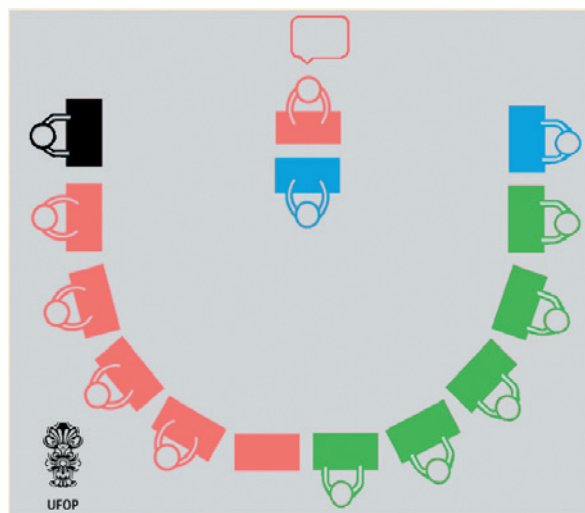
A partir do segundo encontro, os alunos passaram a “atender” pessoas dramatizadas pelos monitores, de forma individual, sendo o mesmo pacien-

te atendido por ambos os alunos, e com início de anamnese de forma alternada, tornando o processo mais justo do ponto de vista da competição, e ao mesmo tempo permitindo ao grupo que estivesse atrás no placar uma melhor oportunidade de se aproximar da nota do outro grupo. Ao longo do semestre, poderia se lançar mão também de outra anamnese grupal, de acordo com o tamanho da turma, e com o avanço dos grupos no aprendizado, sob juízo do professor.

Na Figura 1, observa-se que era selecionado um aluno de apenas uma equipe por vez para a atividade. Seu posicionamento propiciava acesso visual aos demais alunos da sala proporcionando, assim, efetiva interação com o seu respectivo grupo no decorrer da dinâmica. Ao aluno escolhido era facultada a possibilidade de seguir algum roteiro de anamnese previamente elaborado por ele mesmo, sendo necessário registrar a consulta em papel e cumprir a etapa da anamnese por completo. Ao final da anamnese individual, ele poderia consultar os colegas do time ao qual pertencia, a fim de obter colaboração, bem como seus colegas poderiam espontaneamente se colocar para realizar perguntas complementares. As perguntas, se pertinentes, elevavam a nota do grupo no “game”, mas não interferiam na nota individual. Desse modo, dava-se a interação entre o aluno que estava participando da simulação e seu time, que ao contribuir com perguntas para compor a anamnese poderiam aumentar a nota do time.

Figura 1

Primeiro momento de organização da dinâmica.



Legenda: Rosa, alunos de um time; Verde, alunos de outro time; Azul: monitores; Preto: professor.

Em seguida, conforme representado na Figura 2, um aluno da outra equipe, simbolizado pela cor verde, passava a exercer o papel de médico na mesma situação-problema que aquela executada pelo aluno anterior, com a mesma dinâmica de anamnese individual e com colaboração da equipe a qual pertencia.

Ao final de cada simulação, os membros da equipe eram instados a complementar a consulta, podendo somar pontos que acresceram a nota do “time”, ainda que não aumentasse a nota da avaliação individual. Tal proposta contribuiu para manter a atenção, favorecer a colaboração e prover interações.

Somente após o encerramento de ambas as simulações e das colaborações dos grupos, os alunos participavam de um *feedback* estruturado, como representado na Figura 3, no qual o aluno avaliado era incentivado pelo professor a trazer sua percepção sobre os pontos positivos e negativos de sua performance, permitindo uma discussão frutífera sobre a atividade. Sucessivamente, havia o *feedback* do monitor que participou da dramatização e do professor, em que se abordaram os aspectos bem executados, aqueles que faltaram ser explorados e os que mereciam melhor abordagem, seguida da avaliação do professor a partir dos itens da Guia de Calgary Cambridge. Por fim, abria-se a possibilidade dos alunos responderem ao *feedback*,

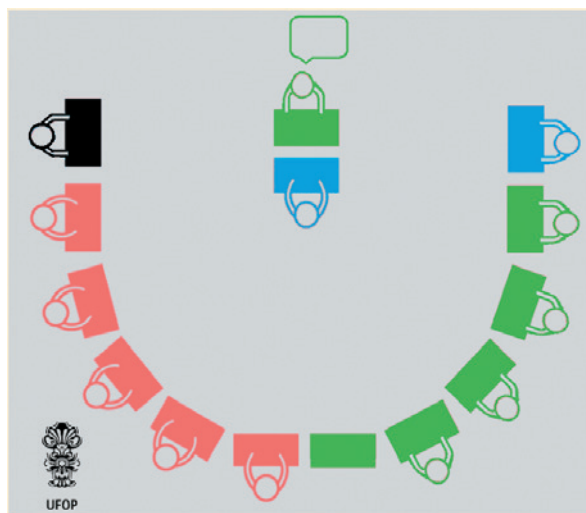
expressando sua concordância ou discordância ao mesmo, e propondo estratégias para avançar no aprendizado, o que representa a oportunidade de elaborar e expressar o senso crítico acerca do *feedback* recebido. Ademais, o discente recebia uma nota entre 0 e 10 relativa ao atendimento, sendo que esta foi utilizada para compor a avaliação somativa final individual na disciplina e também para contabilizar a pontuação geral do time ao qual o aluno pertencia, ou seja, válida para o campeonato.

Para fins de regras de pontuação, foi estabelecido que as ausências dos itens encontrados na guia de Calgary Cambridge seguiram a pontuação perdida naquele item. Para as regras do jogo, foram estabelecidas perdas de 0,1 pontos, se na colaboração do grupo, seus membros repetissem algo que já fora perguntado pelo aluno em avaliação, ou fizessem intervenções que representassem “erros” na guia (como fechar demais as perguntas, sugestionar as respostas, usar termos técnicos etc.). Assim, o desconto ou acréscimo na pontuação configurou uma estratégia do jogo para sustentar a atenção dos alunos nas simulações que ocorriam.

As avaliações dos casos simulados seguiam os critérios do guia Simplificado de Calgary e Cambridge em suas diferentes seções, a saber: “Iniciando a Consulta”; “Obtendo informações – Exploração dos problemas”; “Obtendo infor-

Figura 2

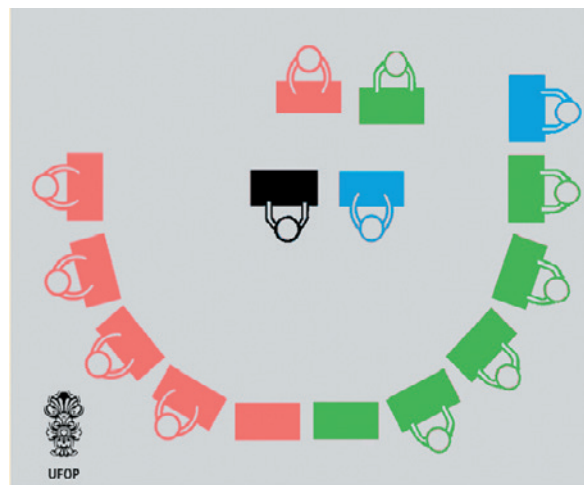
Segundo momento de organização da dinâmica.



Legenda: Rosa, alunos de um time; Verde, alunos de outro time; Azul: monitores; Preto: professor.

Figura 3

Terceiro momento de organização da dinâmica. Feedback conjunto.



Legenda: Rosa, alunos de um time; Verde, alunos de outro time; Azul: monitores; Preto: professor.

mações – Compreendendo a perspectiva do paciente”; “Obtendo informações – Estruturando a consulta”; “Obtendo informações – Construindo a relação” e “Encerrando a consulta”. Por conseguinte, nas primeiras simulações enfatizou-se a abertura da consulta e, nos últimos encontros, o encerramento do atendimento tornou-se o critério de maior atenção. Ressalta-se que, embora tenha sido dada maior relevância a alguns momentos específicos da consulta, os alunos foram avaliados considerando-se também a compreensão e aplicação geral das técnicas abordadas na ECCP. Dessa maneira, o modelo de simulação objetivou a solidificação do conhecimento e a aplicação de uma espiral construtivista em torno do conteúdo lecionado.

Por fim, ao final do semestre e após a avaliação de todos os participantes, houve a apuração das pontuações e a premiação das duas equipes. As premiações consistiram em troféus, construídos com materiais recicláveis pelo docente, conforme Figura 4, e caixas de bombons. Com isso, o time com melhor desempenho ao longo do período foi considerado vencedor e recebeu como premiação o troféu de primeiro lugar e uma caixa de bombom. A equipe que ocupou a segunda colocação recebeu também a premiação com caixa de bombom e um troféu menos elaborado. Na Figura 5, estão ilustrados as premiações das duas equipes no segundo semestre de 2022.

Figura 4

Material utilizado para a confecção dos troféus para a premiação.



DISCUSSÃO

Um dos pontos percebidos em experiências prévias da disciplina foi a dificuldade de mobilizar o interesse de uma turma com muitos alunos, sobretudo quando a simulação de consultas se dava de forma individual. Neste cenário, com o tempo, as pessoas que já haviam sido avaliadas pela guia de Calgary Cambridge, ou não estavam sendo avaliadas naquele momento, dispersavam sua atenção, tornando a aula muitas vezes enfadonha em boa parte do processo, e prejudicando o aprendizado ao final, tendo em vista que a lógica de progressão da disciplina era a de percorrer todas as seções da guia, numa construção espiral do conhecimento.

Outras tentativas prévias incluíram anamneses grupais sucessivas, que se mostraram interessantes, mas seu uso em excesso também gerou dispersão depois de dois ou três momentos de realização. A anamnese intercalada entre individual e coletiva foi uma estratégia acertada, porém ainda assim, em alguns momentos, como a equipe não participava, manteve-se a dispersão, especialmente em semanas de provas, ou final de semestre.

Por isto, as regras passaram a incluir a possibilidade de a equipe contribuir ao final da anamnese individual, complementando-a, fazendo com que a nota da equipe (válida para o campeonato) pudesse ser aumentada em relação à nota do indivíduo sob avaliação (válida para avaliação somati-

Figura 5

Troféus confeccionados para a premiação das equipes. Ouro Preto, 18 de outubro de 2022.



va). As notas do grupo corresponderam à somatória das notas individuais pela avaliação pela guia de Calgary e Cambridge.

A gamificação foi útil para manter a atenção e interesse dos alunos, despertando a necessidade de apoiar o colega e, portanto, fomentando a atuação baseada na equipe, na qual os alunos trocavam ideias no grupo sobre a melhor maneira de elaborar perguntas a partir de seus roteiros, mas especialmente para além deles, procurando ampliar a avaliação e o seu conhecimento de forma a se tornarem responsáveis pelo seu aprendizado mediante o estímulo da colaboração. Sob este aspecto, as regras estimulavam a leitura dos textos base tanto para a participação individual no primeiro momento da aula, quanto para o momento da simulação da entrevista médica. Consoante a isso, como a organização da dinâmica permitia o auxílio do estudante pelo seu grupo ao final da dramatização, incentivou-se uma troca orgânica e espontânea de saberes no desenvolver da atividade.

Ademais, o observar das simulações de consultas permitiu que os alunos desenvolvessem a habilidade de perceber aspectos da consulta centrada na pessoa, bem como da correta utilização dos itens avaliados pela guia de Calgary e Cambridge. Soma-se a isso um outro aspecto importante observado durante o processo de aprendizagem: essas práticas permitiram que estudantes com diminuta vivência em consultório médico pudessem ser expostos a uma pluralidade de situações que remontam a realidade profissional. Com isso, foram fortalecidos além dos conhecimentos inicialmente pretendidos, *soft skills* desejáveis no contexto de um atendimento, tais como a postura profissional, o tom de voz adequado e o como tocar o paciente durante um momento de acolhida.

Na prática, o conjunto de gamificação e suas regras, a simulação de consultas, e a pontuação de atendimentos que geram notas individuais bem como pontuação para o grupo, potencializam o aprendizado do aluno ao assistir:

- A atuação do monitor/ professor e o atendimento do aluno de cada grupo;
- A participação do grupo ao final, mantendo a atenção para não ‘perder’ pontos de acordo com as regras, e tentando ‘subir’ a nota do grupo ao acrescentar pontos não avaliados individualmente;

- O segundo atendimento, como um reforço do primeiro, quando o grupo adversário está atendendo;
- O *feedback* dado individualmente a cada um dos dois alunos ‘adversários’ na rodada;
- O *feedback* do monitor que fez a simulação dos paciente, que por ser uma figura que já fez a disciplina, e está mais próxima do aluno atual, é capaz de estabelecer uma comunicação personalizada e contextual;

O *feedback* realizado ao final proporcionou um momento rico de aprendizado, pelas questões já estabelecidas, por ser um momento de interação entre os “competidores” avaliados, mas também entre todos os atores – professor, monitores, alunos avaliados e alunos da roda – proporcionando diferentes olhares que, ora se confirmavam, ora se complementavam, tornando o momento único.

Por fim, a disciplina organizada de tal forma mostrou-se um experimento válido também aos monitores que são também alunos, mas de períodos mais avançados. A vivência enquanto figuras ativas junto ao professor permitiram um maior aprofundamento do método de ECCP, suscitando reflexões sobre suas respectivas práticas durante as consultas médicas, em um momento em que eles mesmos estão atendendo pacientes reais nos semestres seguintes. Desse modo, pode-se observar ganhos potencializados pela interação de atores em diferentes papéis e momentos formativos, conseguindo-se estabelecer o envolvimento ativo e participativo destes no processo de ensino-aprendizagem descrito.

CONCLUSÃO

A presente experiência sugere a importância de se estabelecer meios para a mobilização dos participantes como sujeitos ativos da construção do próprio conhecimento. Ensinar baseando-se em competências exige um aprendizado customizado e contextual, partindo do princípio de que as pessoas estão em momentos de vida diferentes e vêm de experiências diversas, demandando uma observação individual e um *feedback* personalizado para proporcionar atividades profissionais consolidadas através de competências confiáveis, esperadas para o momento de formação, mas que estarão em diferentes níveis de aquisição.

Também a criação de grupos em um processo de *gamificação* estabelece a necessidade de cooperação e sentimento de pertinência, criando estratégias para a atuação em equipe, complementação de saberes, aprendizagem colaborativa e capacidade de estabelecer *feedback* de forma construtiva. Assim, o grupo sobrepõe-se ao indivíduo construindo novos canais de aprendizagem pelo debate entre seus membros para colaborar no incremento de sua avaliação.

Deste modo, os aprendizes tornam-se pessoas ativas e críticas face ao processo de aprendizado, distanciando-se da posição passiva de recebimento de informações expositivas, a qual são colocadas durante a maior parte da trajetória acadêmica. A introdução de atividades de metodologia ativa, tal

qual a *gamificação* e a simulação clínica por dramatização e representação de papéis compõem estratégias de incentivo ao aprendizado, de modo a proporcionar um cenário dinâmico e necessariamente participativo.

Nesse aspecto, é importante apontar que existem desafios a serem superados, como a transição do discente de sumariamente ouvinte para protagonista no próprio aprendizado e a manutenção da atenção diante dessa ferramenta de ensino ativo, a fim de desenvolver habilidades essenciais para a formação acadêmica, como a capacidade de realizar uma entrevista clínica realmente centrada no pessoa, que será exigido deste aluno ao longo do curso, e da vida, numa constante espiral de aprendizagem que o acompanhará ao longo da prática médica.

REFERÊNCIAS

1. Flexner A. Medical education in the United States and Canada. From the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, Bulletin Number Four, 1910. Bull World Health Organ. 2002;80(7):594-602. Epub 2002 Jul 30. PMID: 12163926; PMCID: PMC2567554. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12163926/>.
2. Savassi LCM, Dias EC, Gontijo ED. Formação médica, Atenção Primária e interdisciplinaridade: relato de experiência sobre articulações necessárias. Rev. Docência Ens. Sup., Belo Horizonte, v. 8, p. 189-204, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/rdes/article/view/2339>.
3. Mitre SM, Siqueira-Batista R, Girardi-de-Mendonça JM, de Moraes-Pinto NM, Meirelles CAB, Pinto-Porto C, et al. Active teaching-learning methodologies in health education: current debates. Cien Saude Colet [Internet]. 2008;13 Suppl 2:2133-44. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232008000900018>.
4. Almeida FN, Lopes AA, Coutinho DM, Cardoso AJ, Santana LA, Santos VP, Guimarães LH, Oliveira LJA. Formação Médica na UFSB: III. Aprendizagem Orientada por Problemas e Competências. Rev Bras Educ Medica [Internet]. Jan 2018 [citado 27 jul 2023];42(1):129-41. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v41n3rb20170026>.
5. Ribeiro VMB. Discutindo o conceito de inovação curricular na formação dos profissionais de saúde: o longo caminho para as transformações no ensino médico. Trab educ saúde [Internet]. 2005 Mar;3(1):91-121. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462005000100006>.
6. Freitas CM, Freitas CASL, Parente JRF, Vasconcelos MIO, Lima GK, Mesquita KO, et al. USO DE METODOLOGIAS ATIVAS DE APRENDIZAGEM PARA A EDUCAÇÃO NA SAÚDE: ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA. Trab educ saúde [Internet]. 2015;13:117-30. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00081>.
7. Engelhorn CA. O Uso do Role-Play no Ensino da Técnica de Anamnese e de Habilidades de Comunicação para Estudantes de Medicina. Revista Brasileira De Educação Médica [Internet]. 2019 [acesso em 2023 jan 20]; 43(3), 178-183. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n3RB20180243>.

8. Rocha SR, Romão GS, Setúbal MSV, Collares CF, Amaral E. Avaliação de Habilidades de Comunicação em Ambiente Simulado na Formação Médica: Conceitos, Desafios e Possibilidades. *Rev bras educ med* [Internet]. 2019 [acesso em 2023 jan 20];43(1):236-45. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190154>.
9. Paiva JHHGL, Barros LCM, Cunha SF, Andrade THS, Castro DB. O Uso da Estratégia Gameificação na Educação Médica. *Revista Brasileira De Educação Médica* [Internet]. 2019 [acesso em 2023 jan 20];43(1):147-56. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n1RB20170140>.
10. Dohms MC. Videogravação de consulta como instrumento docente para ensino da comunicação clínica na atenção primária à saúde. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, p 114-115, 2018.

Mitos e estereótipos sobre velhice e envelhecimento: protocolo de revisão de escopo

Myths and stereotypes about old age and aging: a scoping review protocol

Cristiano de Assis , Gabriela da Silva Neves , Ruth Caldeira de Melo , Andrea Lopes 

RESUMO

Objetivos: mapear, caracterizar e analisar evidências, conceitos e principais características de estudos internacionais sobre mitos e estereótipos da velhice e do envelhecimento.

Metodologia: protocolo de revisão de escopo em literatura indexada, coletada em bases de dados. A elegibilidade dos estudos será verificada por pesquisadores independentes, responsáveis por avaliar títulos, resumos, palavras-chave e textos completos. Divergências serão resolvidas por um terceiro pesquisador. A ferramenta Parsifal será utilizada para registro e gestão de processos. Produziu-se um formulário personalizado para extração de dados dos estudos incluídos, a saber: artigos originais revisados por pares e publicados em língua inglesa, até julho de 2022, que discutam ou investiguem mitos e estereótipos da velhice e do envelhecimento.

Resultados esperados: caracterização dos principais mitos e estereótipos sobre a temática, no que tange aos tipos e conceitos.

Relevância: trata-se de pesquisa inédita, visando caracterizar e gerar um banco de dados sobre a temática em nível global.

Palavras-chave: Estereotipagem; Idosos; Envelhecimento; Mitologia.

ABSTRACT

Objectives: to map, characterize and analyze evidence, concepts and main characteristics of international studies on myths and stereotypes of old age and aging.

Methodology: scoping review protocol on indexed literature, collected in databases. The eligibility of studies will be verified by independent researchers, responsible for evaluating titles, abstracts, keywords and full texts. Disagreements will be resolved by a third researcher. The Parsifal tool will be used for registration and process management. A customized data extraction form was produced from the studies included: original peer-reviewed articles published in English, until July 2022, which discuss or investigate old age and aging myths and stereotypes.

Expected results: description of the main myths and stereotypes on the subject, regarding the types and concepts.

Relevance: this is an unprecedented research, aiming to characterize and generate a database on the topic of interest at a global level.

Keywords: Stereotyping; Aged; Aging; Mythology.

INTRODUÇÃO

Estudos recentes destacam impactos negativos de mitos e estereótipos da velhice e do envelhecimento em múltiplas dimensões. São enfatizados prejuízos na saúde pública¹⁻³, saúde mental⁴, cognitiva⁵, física^{5,6}, sexual⁷, profissional⁸ e social¹. Em termos financeiros^{9,10}, mitos e estereótipos tendem a fomentar o endividamento público e privado, por meio de práticas de prevenção e combate de signos e sinais associados ao envelhecimento¹¹⁻¹³.

Definições de mitos e estereótipos variam de acordo com o contexto ou linha teórica de origem. Para efeitos deste estudo, mitos serão entendidos como narrativas que buscam explicar a origem de algo¹⁴. Já os estereótipos como generalizações acerca de indivíduos ou grupos¹⁵. Outros conceitos aqui adotados dialogam, principalmente, com o viés biopsicossocial da gerontologia. Assim, envelhecimento é entendido como um processo de desenvolvimento que se dá do início ao fim da vida^{15,16}, envolvendo perdas e ganhos¹⁷. A velhice, por sua vez, é uma etapa desse processo, socialmente construída e historicamente localizada^{18,19}. Por fim, idoso ou velho, pela perspectiva jurídica brasileira, é toda pessoa com 60 anos ou mais de idade²⁰.

Tais temas têm protagonizado as pautas do mundo contemporâneo, especialmente por parte de instituições como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização das Nações Unidas (ONU). A ONU foi a responsável pelo Plano de Ação Internacional de Viena Sobre o Envelhecimento (1982) e o Plano de Ação Internacional Para o Envelhecimento (2002). A coleta e análise de dados científicos integra as ações recomendadas por ambos os planos, para que melhores formas de envelhecer em sociedade sejam promovidas²¹. Compreender a construção sociocultural da velhice, do envelhecimento e das narrativas em torno de suas condições organizam relevante interesse frente à gestão e produção de saber gerontológico.

Essa compreensão promove o adensamento e a instrumentalização do debate, como no que tange às ações e políticas regionais e globais a respeito da temática. Ressalta-se a pretensão da OMS em incluir a velhice na Classificação Internacional de Doenças (CID) em 2022. Por meio da mobilização de especialistas no tema, profissionais, pesquisadores, idosos e outros agentes sociais, a organização recuou e reformulou a proposta, retirando a

velhice do CID. Entende-se que o repertório crítico e teórico disponível sensibiliza e mobiliza especialistas, acadêmicos e a sociedade civil no enfrentamento de violências relativas à velhice e ao envelhecimento.

Mapear, caracterizar e analisar o saber científico gerontológico internacional, em língua inglesa, em torno dos mitos e estereótipos é o foco deste estudo. Em buscas realizadas em abril de 2022, não foram encontrados estudos ou protocolos de pesquisa similares a este projeto.

MÉTODOS

Esta pesquisa será realizada através de uma revisão de escopo. Trata-se de um tipo de revisão utilizada para mapear a cobertura da literatura acerca de temas, por exemplo, pouco conhecidos ou investigados. Logo, caracterizando o volume de publicações sobre aquele tópico em um ou mais campos do saber. Ainda, pode ser utilizada para identificar e sintetizar conceitos utilizados em uma área, analisar como se estrutura o debate em torno de uma temática dentro de um campo, delinear lacunas e servir de recurso para verificar a viabilidade de se realizar revisões sistemáticas²².

A estrutura de uma revisão de escopo pode ser resumida em nove etapas²³: 1. Definição e alinhamento do objetivo e questão de pesquisa; 2. Desenvolvimento e alinhamento dos critérios de inclusão com o objetivo; 3. Descrição da abordagem planejada para busca de evidências, seleção, extração de dados e apresentação de evidências; 4. Busca das evidências; 5. Seleção das evidências; 6. Extração das evidências; 7. Análise das evidências; 8. Apresentação dos resultados; 9. Resumo das evidências em relação ao objetivo da revisão, tirando conclusões e observando quaisquer implicações das descobertas.

Foram adotados os critérios estabelecidos pelo Instituto Joanna Briggs (JBI) e os Itens de Relatório Preferidos para Revisões Sistemáticas e Meta-análises – Extensão para Revisões de Escopo – PRISMA-ScR (2018). O protocolo resumido foi registrado na plataforma *Open Science Framework* (OSF). Esta pesquisa não exige aprovação do comitê de ética.

Definição da pergunta de pesquisa

Para constituir a questão norteadora, utilizou-se a estrutura mnemônica População/Participantes, Conceito e Contexto (PCC)²³, a saber: “o que a literatura científica internacional em língua inglesa (contexto) têm discutido e publicado acerca dos mitos e estereótipos (conceitos) da velhice e do envelhecimento (população/participantes)?”.

Identificação de estudos relevantes e critérios de inclusão

Dois pesquisadores realizarão o levantamento bibliográfico de forma independente, visando identificar estudos que atendam os seguintes critérios: artigos originais, revisados por pares, em língua inglesa, publicados até julho de 2022, que envolvam a investigação e/ou discussão sobre mitos e estereótipos da velhice e do envelhecimento. Embora a produção sobre a temática não se limite à língua escolhida, optou-se pelo inglês em razão do grande número de resultados obtidos em buscas prévias, em comparação com outras línguas, assim como pelo fato de que a língua inglesa tende a ser adotada como padrão em periódicos internacionais. Os critérios de exclusão são: textos incompletos; literatura cinzenta; não estar em língua inglesa; publicado após julho de 2022; apenas mencionar superficialmente os termos, não envolvendo a investigação/discussão da temática.

Estratégia de busca

Os agregadores e bases de dados selecionados para a revisão foram: 1. BVS; 2. EBSCO; 3. EMBASE; 4. *ScienceDirect*; 5. SciELO. Serão utilizados os seguintes descritores, adaptando-os de acordo com a plataforma de busca: (“aging” OR “ageing” OR “old age”) AND (“myth” OR “myths” OR “stereotype” OR “stereotypes”). Uma busca exploratória prévia foi realizada nestes agregadores e bases de dados, contemplando os descritores e critérios de inclusão citados. Foi possível identificar, em média, 6.000 (seis mil) resultados, somando todas as cinco fontes de busca.

Seleção dos estudos

De forma independente, os dois pesquisadores farão a inserção dos resultados do levantamento no Parsifal. Trata-se de um *software online* de acesso livre, desenvolvido para auxiliar pesquisadores nas

etapas de planejamento, execução e organização dos resultados de revisões sistemáticas de literatura. Nele, é possível elaborar, por exemplo, o protocolo completo da pesquisa, a avaliação da elegibilidade das publicações encontradas, a extração dos dados e a subsequente exportação de todas as informações para planilhas. De mesmo modo, fortalece a integridade do processo ao garantir o registro automático e verificável das etapas realizadas por cada um dos pesquisadores. Por fim, inclusões manuais poderão ser realizadas, por exemplo, levando em consideração a lista de referências dos estudos encontrados.

Cada pesquisador fará a remoção dos artigos duplicados. Após, será feita a leitura dos títulos, resumos e palavras-chave. Em seguida, a leitura integral dos textos não descartados. Ao fim desta etapa, os artigos serão classificados como incluídos, excluídos ou duplicados. Finalmente, ambos os pesquisadores irão analisar juntos as inclusões e alinhar as classificações realizadas. Em caso de discordância, uma terceira pesquisadora será convidada para definir as inclusões/exclusões finais.

Extração dos dados

Ao contrário de revisões sistemáticas, revisões de escopo não exigem a elaboração de formulários de avaliação de qualidade dos artigos revisados. Assim, partiu-se para a elaboração de um formulário personalizado para a extração de dados (Figura 1). O formulário foi elaborado no Parsifal, que permite a extração facilitada de evidências provenientes dos artigos incluídos na revisão. Um teste prévio com 10 artigos foi realizado. Atualizações ou aprimoramentos podem ocorrer ao longo do estudo.

A extração terá como norteador a pergunta de pesquisa. Os dados extraídos serão divididos em dados externos e internos aos artigos. Os dados externos são: autores, área de formação, instituições associadas, periódico e local de origem. Em seguida, os dados internos serão: título, ano de publicação, objetivos, tipo de estudo, métodos, resultados, discussão, conclusão, se define ou não mitos e estereótipos, quais as definições de mitos e estereótipos empregadas, quais os principais mitos e estereótipos discutidos, conceitos mais presentes e outros dados pertinentes ao objetivo da pesquisa. A lista preliminar de dados a serem extraídos pode ser aprimorada ao longo da execução da pesquisa.

Figura 1

Trecho do formulário de extração de dados construído via Parsifal. O *software* permite criar campos para preenchimento de texto ou seleção de respostas pré-elaboradas.

Título	
Ano de publicação	
Autoria	
Área do estudo / autores	
Instituição	
Periódico	
Define mitos?	Select...
Define estereótipos?	Select...
Mitos e/ou estereótipos discutidos	
Metodologia	
Tipo de estudo	Select...
Objetivos / pergunta de pesquisa	
Principais resultados	
Síntese das conclusões / considerações finais	
Modalidade de pesquisa	Empírica
Interlocutores de pesquisa	☐ Adultos ☐ Bibliografia ☐ Crianças/jovens ☐ Outros ☐ Pessoas idosas

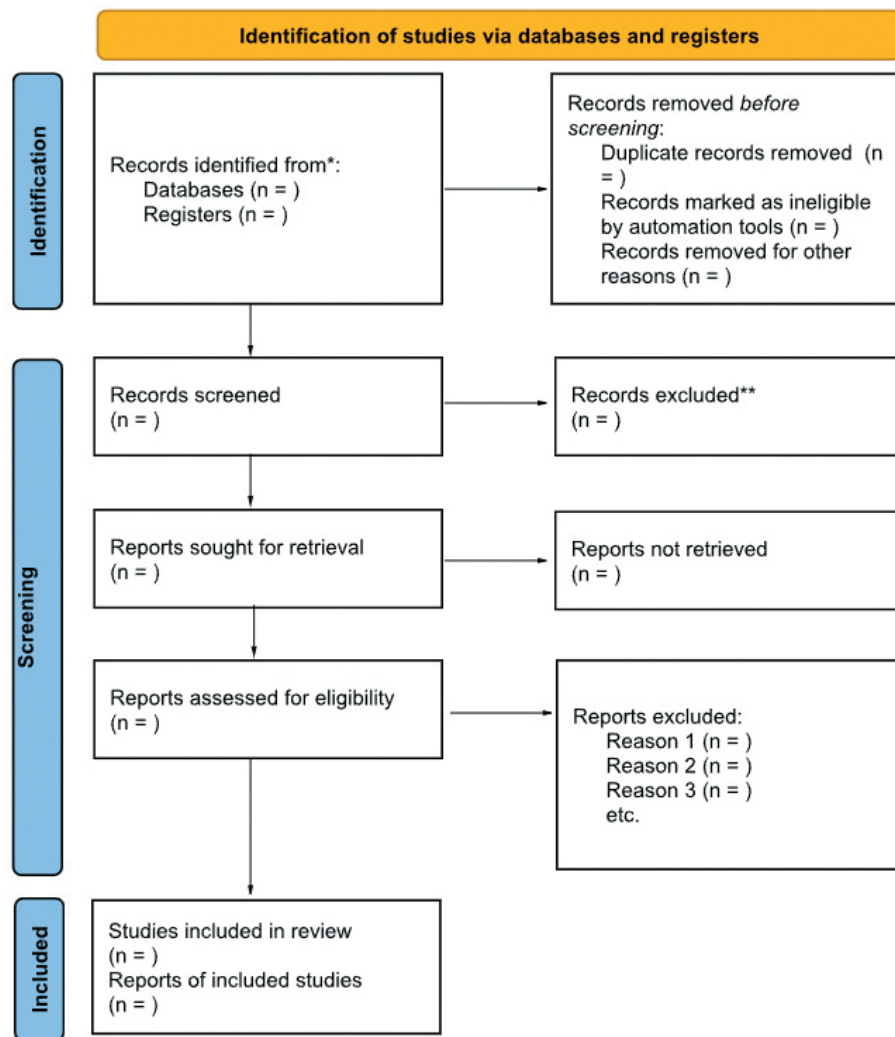
Apresentação e interpretação dos resultados

Inicialmente, será apresentado o número de artigos encontrados, duplicados, excluídos (com as respectivas justificativas) e selecionados por meio do fluxograma PRISMA (Figura 2)²⁴.

Em seguida, os dados extraídos dos estudos individuais e do conjunto revisado, serão organizados e apresentados por meio de tabelas, figuras e/ou

gráficos. Estes serão acompanhados de resumos narrativos ancorados nos objetivos desta pesquisa. Uma planilha contendo os dados extraídos será disponibilizada no repositório OSF, associado ao protocolo resumido deste estudo. Nela, será possível encontrar todos os artigos recuperados das bases de dados, assim como verificar quais foram incluídos e excluídos. Com relação aos artigos incluídos, todos os dados extraídos estarão disponíveis para acesso e conferência.

Figura 2
Fluxograma PRISMA²⁵.



A análise será realizada por meio dos referenciais teóricos do campo da gerontologia, pretendendo-se abordar as variáveis biopsicossociais ao debater os resultados. Assim, interessa discutir não apenas mitos e estereótipos como fenômenos isolados, mas também, por exemplo, como elementos que integram mentalidades e práticas voltadas para a pessoa idosa.

Resultados esperados

Em suma, espera-se: 1) identificar os principais mitos e estereótipos sobre a velhice e o envelhecimento em âmbito internacional; 2) caracterizar os principais conceitos e definições; 3) identificar os desdobramentos de ambos os fenômenos sobre a qualidade de vida de indivíduos e coletividades, em especial no que diz respeito à população idosa; 4) apontar lacunas no conhecimento

que careçam de maior esclarecimento por meio de futuras pesquisas.

CONCLUSÃO

Em buscas realizadas nos bancos de dados previamente citados, nenhum artigo ou protocolo similar a este protocolo de revisão foi encontrado. Sintetizar os achados e debates em torno da temática poderá servir como norte para novas pesquisas no campo da gerontologia, assim como informar, educar e orientar agentes políticos, sociais, midiáticos, estudantes e profissionais que atuam com a velhice e o envelhecimento. A disseminação desta revisão será realizada por meio de publicação em periódico revisado por pares e apresentações em eventos científicos.

FINANCIAMENTO

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

dos, análise dos dados, construção do projeto de pesquisa; **Neves GS**: metodologia, levantamento, elegibilidade, extração de dados, tratamento dos dados; **Melo RC**: metodologia, ajustamento da elegibilidade, revisão do projeto, supervisão; **Lopes A**: metodologia, avaliação do projeto.

CONTRIBUIÇÃO DOS PESQUISADORES

Assis C: metodologia, levantamento, elegibilidade, extração de dados, tratamento dos da-

REFERÊNCIAS

1. Lamont RA, Swift HJ, Drury L. Understanding Perceived Age-Based Judgement as a Precursor to Age-Based Stereotype Threat in Everyday Settings. *Front Psychol* [Internet]. 14 de junho de 2021;12:640567. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2021.640567>.
2. Ng R, Lim-Soh JW. Ageism Linked to Culture, Not Demographics: Evidence From an 8-Billion-Word Corpus Across 20 Countries. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* [Internet]. 30 de outubro de 2021;76(9):1791-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbaa181>.
3. Casanova G, Machado I, Melo S. The role of the Gerontologist in the fight against Ageism. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto* [Internet]. 15 de setembro de 2020 [citado 15 de abril de 2022];39(0):5-18. Disponível em: <http://193.137.34.195/index.php/Sociologia/article/view/8916>.
4. Levy BR, Chang ES, Lowe SR, Provolto N, Slade MD. Impact of Media-Based Negative and Positive Age Stereotypes on Older Individuals' Mental Health. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* [Internet]. 2021;1-6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbab085>.
5. Smith AM, Gallo DA, Barber SJ, Maddox KB, Thomas AK. Stereotypes, warnings, and identity-related variables influence older adults' susceptibility to associative false memory errors. *Gerontologist* [Internet]. 2017;57:S206-15. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnx057>.
6. Dionigi RA. Stereotypes of Aging: Their Effects on the Health of Older Adults. *Journal of Geriatrics* [Internet]. 2015;2015:1-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1155/2015/954027>.
7. Heywood W, Minichiello V, Lyons A, Fileborn B, Hussain R, Hinchliff S, *et al*. The impact of experiences of ageism on sexual activity and interest in later life. *Ageing Soc* [Internet]. 2017;39(4):795-814. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X17001222>.
8. Petery GA, Wee S, Dunlop PD, Parker SK. Older workers and poor performance: Examining the association of age stereotypes with expected work performance quality. *International Journal of Selection and Assessment* [Internet]. 2020;28(4):510-21. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/ijsa.12309>.
9. Curryer C, Cook PS. Counting the costs of ageism: Discrimination and COVID-19. *Australas J Ageing* [Internet]. setembro de 2021;40(3):237-40. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/ajag.12993>.
10. Levy BR, Slade MD, Chang ES, Kanno S, Wang SY. Ageism Amplifies Cost and Prevalence of Health Conditions. *Gerontologist* [Internet]. 24 de janeiro de 2020;60(1):174-81. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/geront/gny131>.

11. Alves CS. Eufemismos para lidar com a velhice: Civilidade ou negação? O envelhecimento Estudos interdisciplinares, vol II [Internet]. 2021; Disponível em: <https://repositorio.uma.pt/handle/10400.13/3554>.
12. Caio CB, Yokomizo P, Lopes A. Envelhecimento e aparência: a experiência de indianos imigrantes da cidade de São Paulo, Brasil. Rev Kairos [Internet]. 24 de novembro de 2019;22(Especial 26):101-25. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/2176-901X.2019v22iEspecial26p101-125>.
13. de Almeida RR, de Oliveira M. Relato de experiência de extensão: com que roupa eu vou? Rev Ordem Med [Internet]. 2019; Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/2176-901X.2019v22iEspecial26p199-233>.
14. Campbell J, Moyers B. The Power of Myth [Internet]. Knopf Doubleday Publishing Group; 2011. 320 p. Disponível em: <https://play.google.com/store/books/details?id=2GOIGuh5GJ4C>.
15. Neri AL. Palavras-chave em gerontologia. Em: Palavras-chave em gerontologia [Internet]. 2001. p. 136-136. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-302169>.
16. Uchôa E, Firmo JOA, Lima-Costa MFF, *et al.* Envelhecimento e saúde: experiência e construção cultural. Antropologia, saúde e envelhecimento [Internet]. 2002;25-35. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/d2frp/pdf/minayo-9788575413043.pdf#page=26>.
17. Baltes PB, Smith J. Novas fronteiras para o futuro do envelhecimento: Da velhice bem sucedida do idoso jovem aos dilemas da Quarta Idade. A Terceira Idade [Internet]. 2006 [citado 15 de abril de 2022];17(36):7-31. Disponível em: https://pure.mpg.de/pubman/faces/ViewItemOverviewPage.jsp?itemId=item_3005184.
18. Debert GG. Pressupostos da reflexão antropológica sobre a velhice. Antropologia e velhice [Internet]. 1994;2:7-27. Disponível em: https://www.academia.edu/download/38491807/PRESSUPOSTOS_VELHICE.pdf.
19. D'Alencar RS. O Significado de Velhice em Comunidades Afro-Brasileiras. Revista Kãwê. 1997;3(1):33-8.
20. Federal S. Estatuto do idoso. Brasília (DF): Senado Federal [Internet]. 2003; Disponível em: https://www.faneesp.edu.br/site/documentos/estatuto_idoso_normas_correlatas.pdf.
21. United Nations. Department of Economic and Social Affairs: Ageing [Internet]. United Nations. 2022 [citado 15 de abril de 2022]. Disponível em: <https://www.un.org/development/desa/ageing/>.
22. Munn Z, Peters M, Stern C, Tufanaru C, McArthur A, Aromataris E. Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. 2018;143.
23. Peters M, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Trico A, Khalil H. Chapter 11: Scoping Reviews [Internet]. JBI Manual for Evidence Synthesis. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.46658/jbimes-20-12>.
24. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, Brien KKO, Colquhoun H, Levac D, *et al.* PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. 2018;(August 2016). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7326/M18-0850>.
25. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ [Internet]. 29 de março de 2021 [citado 25 de outubro de 2022];372. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/372/bmj.n71>.