

RSPP

Revista de Saúde Pública do Paraná

VOLUME 6. Nº 1. MARÇO DE 2023 | ISSN ONLINE 2595-4482



2023 Escola de Saúde Pública do Paraná



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Rua Dante Romanó, 120 - Taramã CEP:82821-016 - Curitiba - PR

Tel. (41)3342-9818

www.escoladesaude.pr.gov.br

REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA DO PARANÁ

ISSN ONLINE 2595-4482 | ISSN IMPRESSO 2595-4474

Publicação trimestral (Fluxo Contínuo)

Disponível em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp>

CLASSIFICAÇÃO **B4 QUALIS/CAPES/2017-2020** em 11 áreas: Educação, Enfermagem, Ensino, Farmácia, Interdisciplinar, Medicina I, Medicina II, Medicina III, Odontologia, Psicologia e Saúde Coletiva.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação – CIP
Biblioteca da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (BIBSESA)

R454 Revista de Saúde Pública do Paraná / Escola de Saúde Pública do Paraná. v. 6, n.1 (jan./mar. 2023). Curitiba: SESA, 2023.

il. color. PDF

Trimestral
ISSN 2595-4482 Online
ISSN 2595-4474 Impresso

1. Saúde Pública. I. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde.
Escola de Saúde Pública do Paraná. II. Título

CDD 614.098162

Elaine Cristina Itner Voidelo - CRB9/1239

EDITOR CHEFE Escola de Saúde Pública do Paraná (ESPP) **COMISSÃO EDITORIAL** Eliane Cristina Sanches Maziero (ESPP), Priscila Meyenberg Cunha Sade (ESPP); Solange Rothbarth Bara (ESPP)
EDITOR ADMINISTRATIVO Elaine Cristina Itner Voidelo (ESPP)



Indexada em:



Associada à:



OS CONCEITOS EMITIDOS NOS MANUSCRITOS SÃO DE RESPONSABILIDADE EXCLUSIVA DO (S) AUTOR(ES), NÃO REFLETINDO OBRIGATORIAMENTE A OPINIÃO DA REVISTA

Avaliadores que participaram desta edição

RSPP v.6, n.1, março de 2023

Agradecemos a todos os avaliadores participantes. Sua contribuição é fundamental para a qualidade dos artigos publicados.

1. Adriana Duarte Souza Carvalho da Silva. <https://orcid.org/0000-0002-3506-6902>
2. Adriana Luiz Sartoreto Mafra. <https://orcid.org/0000-0002-4325-2991>
3. Adriana Prestes Nascimento Palú. <https://orcid.org/0000-0003-4318-1772>
4. Aldaisa Cassanho Forster. <https://orcid.org/0000-0002-2720-5802>
5. Alessandra Tetzlaff. <https://orcid.org/0000-0002-0805-5183>
6. Alisson Junior dos Santos. <https://orcid.org/0000-0002-1945-3099>
7. André do Nascimento de Souza. <https://orcid.org/0000-0002-3917-6113>
8. André Ribeiro Castro Júnior. <https://orcid.org/0000-0002-3681-3607>
9. Andressa Larissa Dias Müller Souza. <https://orcid.org/0000-0001-8582-5615>
10. Beatriz Cristina de Freitas. <https://orcid.org/0000-0002-3042-4192>
11. Bianca Machado Cruz Shibukawa. <https://orcid.org/0000-0002-7739-7881>
12. Bruna Brasil Rodrigues Furtado. <https://orcid.org/0000-0001-6634-957X>
13. Bruno Cesar Antunes. <https://orcid.org/0000-0003-3033-2252>
14. Camila Amthauer. <https://orcid.org/0000-0002-7530-9809>
15. Camila Siguinolfi de Moura. <https://orcid.org/0000-0001-7773-1010>
16. Camila Malherbi Bortoluzzi. <https://orcid.org/0000-0003-1784-2573>
17. Daiane Paulo Paltanin Silva. <https://orcid.org/0000-0001-5922-6758>
18. Danieli Parreira Silva. <https://orcid.org/0000-0002-5885-4071>
19. Deborah Ribeiro Carvalho. <http://orcid.org/0000-0002-9735-650X>
20. Elaine Fiori Robledo. <https://orcid.org/0009-0001-8792-4657>
21. Elenize Losso. <https://orcid.org/0000-0002-7643-4660>
22. Emanuel Marques da Silva. <https://orcid.org/0000-0001-5186-4640>
23. Emerson Carraro. <https://orcid.org/0000-0001-5420-2300>
24. Emilly Pennas Marciano Marques. <https://orcid.org/0000-0001-7045-9739>

25. Enderson Rodrigues Carvalho. <https://orcid.org/0000-0001-8363-2713>
26. Ezequiel Moura dos Santos. <https://orcid.org/0000-0002-0082-3248>
27. Fabiana Regolin. <https://orcid.org/0000-0003-0577-8332>
28. Fabio Silveira. <https://orcid.org/0000-0002-0080-3861>
29. Gabriela da Cunha Januário. <https://orcid.org/0000-0002-6425-7433>
30. Guilherme de Andrade Ruela. <https://orcid.org/0000-0001-6976-8710>
31. Izabel Christina de Mello de Brito. <https://orcid.org/0009-0009-8306-3376>
32. Jefferson Wildes da Silva Moura. <https://orcid.org/0000-0002-7192-1099>
33. Jessica Oliveira de Lima. <https://orcid.org/0000-0003-1264-2193>
34. José Antonio da Silva Júnior. <https://orcid.org/0000-0001-7965-3095>
35. Josué Miguel de Oliveira. <https://orcid.org/0000-0003-3263-1387>
36. Julliane Messias Cordeiro Sampaio. <https://orcid.org/0000-0003-2781-9051>
37. Leandro Rozin. <https://orcid.org/0000-0002-6691-5903>
38. Luana da Silva. <https://orcid.org/0000-0002-5245-2725>
39. Marcieli Borba do Nascimento. <https://orcid.org/0000-0002-8087-0802>
40. Maria Braulia de Souza Porto Fares. <https://orcid.org/0000-0003-3460-8930>
41. Maria Amanda Lima Batista. <https://orcid.org/0000-0002-8876-2856>
42. Mariana Vitória Gasperin. <https://orcid.org/0000-0002-0065-9249>
43. Natiely de Araújo Silva Farias. <https://orcid.org/0000-0002-8974-9354>
44. Pablo Guilherme Caldarelli. <https://orcid.org/0000-0002-4589-9713>
45. Paloma Alves Miquilussi. <https://orcid.org/0000-0003-2847-8199>
46. Rafael Rodrigo da Silva Pimentel. <https://orcid.org/0000-0002-9461-1472>
47. Raimundo Valmir Oliveira. <https://orcid.org/0000-0001-8905-087X>
48. Renata Cordeiro Fernandes. <https://orcid.org/0000-0002-5278-616X>
49. Ricardo Castanho Moreira. <https://orcid.org/0000-0003-4014-3201>
50. Sérgio Spezzia. <https://orcid.org/0000-0001-5622-5581>
51. Tânia Uchida. <https://orcid.org/0000-0001-8170-1092>
52. Wuelison Lelis Oliveira. <https://orcid.org/0000-0001-8596-4586>

Equipe Editorial
 Revista de Saúde Pública do Paraná
<http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/>

Avaliação do conhecimento de estudantes do ensino médio sobre as Infecções Sexualmente Transmissíveis

Assessment of the knowledge of high school students about Sexually Transmitted Infections

André Ribeiro Alexandre¹, Larissa Beatriz Evangelista Santana², Silas José Braz Filho³, Arthur Henrique Resende Porto⁴, Luiz Almeida da Silva⁵, Sérgio Valverde Marques dos Santos⁶, Policardo Gonçalves da Silva⁷

1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1539-9654>. Discente. Graduando em Medicina. Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG) – Unidade Passos; Passos-MG, Brasil.

E-mail: andre0ribeiro2@gmail.com

2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7034-9812>. Discente. Graduada em Medicina. Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG) – Unidade Passos; Passos-MG, Brasil.

E-mail: Larissa.2137085@discente.uemg.br

3. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7393-4379>. Discente. Graduando em Medicina. Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG) – Unidade Passos; Passos-MG, Brasil.

E-mail: Silas.2132358@discente.uemg.br

4. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7362-8657>. Discente. Graduando em Medicina. Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG) – Unidade Passos; Passos-MG, Brasil.

E-mail: Arthur.2194727@discente.uemg.br

5. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1539-9654>. Enfermeiro. Doutor. Universidade Federal de Catalão. Catalão-GO, Brasil.

E-mail: enfer_luiz@ufcat.edu.br

6. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9412-9515>. Enfermeiro. Doutor. Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG) – Unidade Passos; Passos-MG, Brasil.

E-mail: sergio.valverde@uemg.br

7. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9095-6409>. Enfermeiro. Mestre. Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG) – Unidade Passos; Passos-MG, Brasil.

E-mail: policardo.silva@uemg.br

CONTATO: André Ribeiro Alexandre | Endereço: Avenida Juca Stockler, 1130, Bairro Belo Horizonte, Passos-MG; CEP: 37900-108 | Telefone: (16) 99784-7472 | E-mail: andre0ribeiro2@gmail.com

RESUMO

O estudo avaliou o conhecimento de estudantes do ensino médio de um município do sudoeste de Minas Gerais sobre as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Primeiramente foi aplicado um formulário eletrônico pré-atividade, em seguida, oferecida uma atividade de educação em saúde, no formato Educação a Distância (EAD), a respeito das principais IST. Posteriormente, aplicou-se o questionário pós-atividade. Findada a coleta de dados, a qual ocorreu entre maio e agosto de 2021, os dados obtidos foram estatisticamente analisados utilizando os *softwares Excel e STATA*. Coletado 168 respostas válidas no questionário pré-atividade e 126, no pós-atividade, sendo que 95 alunos responderam a ambos. Mesmo com a interface da pandemia, o estudo revelou-se positivo, pois houve progresso após a atividade; entretanto, o saber sobre métodos de prevenção, diagnóstico e tratamento das IST é vago. A disseminação do conhecimento em educação em saúde no contexto da sexualidade de forma natural e orgânica e a difusão e descentralização dos centros de referência em IST são de suma importância para a saúde desta população.

DESCRITORES: Avaliação em Saúde. Conhecimento. Estudantes. Infecção Sexualmente Transmissível.

ABSTRACT

This study sought to assess the knowledge of high school students in a municipality in the southwest of Minas Gerais about Sexually Transmitted Infections (STIs). First, an electronic form was applied before our activity, then a health education activity was offered, in the remote format, regarding the main STIs. Subsequently, the post-activity questionnaire was applied. After data collection, which took place between May and August 2021, the information obtained were statistically analyzed through Excel and STATA software. 168 valid responses were obtained in the pre-activity questionnaire and 126 in the post-activity questionnaire, with 95 students responding to both. Even with the pandemic interface, the study turned out to be positive, as there was progress after the activity; however, knowledge about methods of prevention, diagnosis and treatment of STIs is vague. The dissemination of knowledge in health education in the context of sexuality in a natural and

organic way and the dissemination and decentralization of STI reference centers are of paramount importance for the health of this population.

DESCRIPTORS: Health Evaluation. Knowledge. Students. Sexually Transmitted Diseases.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

As infecções sexualmente transmissíveis (IST) são um dos principais problemas para as instituições de saúde pública, pois afetam as pessoas com vulnerabilidade, exposta ou aumentada, a essas infecções. Nesse âmbito, o Sistema Único de Saúde (SUS) surge como responsável pela detecção, manejo, prevenção, diagnóstico e tratamento. Existem diversos agentes causadores de infecções, dentre eles fungos, bactérias, vírus e protozoários, os quais podem desenvolver-se, no corpo dos hospedeiros, desde forma assintomática, com danos mínimos, como o aparecimento de verrugas de resolução fácil e rápida; até a indução do aparecimento de cânceres, como o de colo de útero ou o peniano, levando a tratamentos mais custosos e desgastantes e, em alguns casos, ao óbito¹.

Para tal, convém abordar algumas dessas infecções, como a sífilis, causada pela bactéria *Treponema pallidum*, possuindo as formas adquirida e congênita, em que os estágios mais contagiosos são o primário e secundário, que podem ter sintomas muito tênues e inespecíficos, passando despercebidos muitas vezes, caso não tratada, pode evoluir para danos severos a sistemas como o cardiovascular e o nervoso². As hepatites virais B e C (HBV e HCV) são tipos de inflamações importantes do tecido hepático, sendo a C responsável por 70% dos óbitos por hepatites virais no Brasil e a B, por 21,8%, que também estão na lista de IST importantes, suas possíveis complicações principais são a cirrose e o carcinoma hepatocelular^{1,3}. Como último exemplo, há o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), que pode se manifestar de diferentes formas, que variam de acordo com a resposta imunológica do indivíduo e a carga viral, sendo que a principal característica do vírus causador é o ataque a células de defesa, deixando o indivíduo não tratado vulnerável a outras infecções oportunistas¹.

Um ponto importante que contribui para a abordagem desse tipo de infecção de forma qualificada é a instituição de testes rápidos em centros de saúde a fim de suprimir a necessidade de um diagnóstico e tratamento tardios das IST, mostrando-se ser um instrumento na transversalização da rede pública para o matriciamento e o aconselhamento. O teste rápido é um teste imunológico feito com o uso de amostra de sangue, fluido oral, soro ou plasma, provendo um resultado confiável em, no máximo, 30 minutos. São disponibilizados, no SUS, os testes para hepatites B e C, HIV e sífilis ^{4,5}. Além disso, em 2014, o Ministério da Saúde definiu, por meio da

Portaria nº 1.271, a Lista de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde, a qual traz como de notificação obrigatória as seguintes IST: sífilis adquirida, gestacional e congênita; hepatite B; e infecção pelo HIV e aids (incluindo em gestantes, parturientes ou puérpera, e exposição de criança ao risco de transmissão vertical)⁶.

Com isso, o acompanhamento dos números de infectados no país foi facilitado, principalmente devido aos boletins epidemiológicos gerados a partir dos dados das notificações, possibilitando maior conhecimento acerca da situação da população brasileira em relação às IST, identificando grupos mais vulneráveis a fim de tornar mais eficazes as estratégias de prevenção voltadas a eles⁶.

De acordo com dados do Boletim Epidemiológico HIV/Aids de 2018 do Ministério da Saúde, no período de 2007 a junho de 2018, houve 105.035 casos notificados de jovens – de 15 a 29 anos – infectados pelo HIV no país, correspondendo a 42,3% do total de notificações nesse período, sendo 14.222 na idade de 15 a 19 anos – 5,7% do total⁷. Quanto à sífilis adquirida, IST de notificação compulsória obrigatória também, observou-se um total de 266.330 de casos notificados na faixa etária de 13 a 29 anos, no período de 2010 a junho de 2018, totalizando 55,5% dos casos totais, sendo 48.876 na faixa etária de 13 a 19 anos – 10,2% do total⁸.

Deve-se citar também que a precocidade da iniciação sexual é um fator de risco para a ocorrência de IST. A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2015, trouxe alguns dados a serem destacados: na amostra foram selecionados estudantes do 9º ano de escolas públicas e privadas de todo o território nacional; dentre eles, 27,5% já haviam tido relação sexual pelo menos uma vez, desses, 61,2% usaram preservativo na primeira relação sexual, e 66,2% utilizaram esse método de prevenção na última relação⁹. Já em uma pesquisa realizada com 1.208 jovens com idade entre 18 e 29 anos, em 15 estados brasileiros e no Distrito Federal, constatou-se que 40% dos entrevistados não consideram o preservativo um método eficaz de prevenção de IST e 24% acham que é possível adquirir HIV/Aids pela saliva¹⁰.

Ademais, conforme pesquisa realizada por Cortez¹¹, considerando adolescentes de 12 a 19 anos de escolas públicas e privadas, constatou-se que a maioria (69%) amostral afirmou não saber o que são IST e, entre a minoria que alegou saber, muitos (41%) não souberam definir o que são tais infecções.

Neste contexto, cabe mencionar que a Educação em Saúde na Escola, surge como uma ferramenta de distribuição de conhecimento acerca do tema no período estudantil. Ela se baseia em princípios que visam uma educação integrada global, um acompanhamento da evolução do conhecimento e uma compatibilidade com o desenvolvimento educacional, sanitário, social e econômico do país¹¹. Contudo, observa-se que as ações realizadas em Educação sexual preconizadas pelos Parâmetros Curriculares Nacionais não atendem à transversalização do tema. Além disso, é evidente a necessidade de um maior debate e investimento na capacitação de docentes com o intuito de transformar padrões sexuais discriminatórios e promover uma cultura de prevenção em saúde no ambiente escolar¹².

Frente ao exposto, é possível notar a fragilidade do ensino em relação à educação em saúde sexual dos adolescentes nas escolas, bem como a necessidade de uma maior atenção dirigida à população jovem, no que diz respeito a esse tema. Deste modo, justifica-se a necessidade de investigar o conhecimento de estudos de ensino médio sobre as IST, para ser possível traçar ações de educação em saúde para as escolas. Assim, partindo-se da seguinte pergunta norteadora "qual o grau de conhecimento dos estudantes do ensino médio acerca das IST?", objetivou-se com esse estudo responder à tal questão.

MÉTODO

Tipo de estudo

Trata-se de estudo transversal e de abordagem quantitativa, realizado com estudantes do ensino médio de um município do sudoeste de Minas Gerais, com aplicação de uma intervenção de educação em saúde, ou seja, uma pesquisa-ação.

O município em questão localiza-se no interior do sudoeste de Minas Gerais, e possui uma população estimada em 114.679 habitantes pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística¹³, contando com aproximadamente 9.037 pessoas com idade de 15 a 19 anos¹⁴. De acordo com o Sistema Mineiro de Administração Escolar - SIMADE, há 3.054 alunos matriculados e ativos no Ensino Médio de Escolas Estaduais neste município. Ressalta-se que o quantitativo de estudantes do Ensino Médio em Escolas Particulares é um dado não divulgado em boletins de acesso público.

População, Critérios e Amostra

A população do estudo foi composta por estudantes do ensino médio das seguintes escolas: Colégio Tiradentes da Polícia Militar de Minas Gerais; Colégio COC São Francisco; Escola Estadual Dulce Ferreira De Souza e Escola Estadual Nossa Senhora da Penha. Ressalta-se que todas as escolas com ensino médio do município foram convidadas a participar da pesquisa, porém as quatro referidas responderam favoravelmente. Assim, a estimativa de alunos matriculados no ensino médio dessas escolas era de, aproximadamente, 1184.

Das escolas que concordaram participar do estudo, todos os alunos do primeiro ao terceiro ano do ensino médio foram convidados a compor a amostra. Então, o critério de seleção da amostra utilizado foi: estar regularmente matriculado no ensino médio de uma instituição de ensino que aceitou participar da pesquisa, aceitar participar da pesquisa e ter o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado pelos pais ou responsáveis. Dessa forma, a pesquisa contou com um total de 199 estudantes participantes.

Instrumento de coleta de dados

Devido à pandemia de COVID-19 iniciada no primeiro trimestre de 2020 no país, optou-se por realizar a coleta de dados por meio de formulários *on-line* (via Google Forms). Nesse sentido, foram criados dois formulários eletrônicos, um intitulado 'Formulário pré-atividade' e outro, 'Formulário pós-atividade', cujos questionamentos estão apresentados nas tabelas disponíveis em resultados.

O primeiro formulário continha o TCLE para ser assinado pelos pais ou responsáveis, os dados socioeconômicos (nome, gênero, idade, etnia, com quem mora, série/ano que está cursando), e as questões referentes ao conhecimento das IST. Já o segundo, continha os dados socioeconômicos (nome, gênero, idade, etnia, com quem mora, série/ano que está cursando), e mesmas questões referentes ao conhecimento das IST.

O conhecimento medido buscou avaliar se os alunos sabiam o que eram as principais IST, quais os agentes patogênicos delas, qual a veracidade da informação de cunho popular de relacionar IST com orientação sexual, quais os métodos de

prevenção às IST, quais as modalidades sexuais possíveis de resultar em infecções e o que são os testes rápidos.

Os instrumentos pré e pós-atividade foram passados por um processo de refinamento por juízes e especialistas na temática, para avaliação das questões, variáveis e pertinência do conteúdo. Posteriormente, por um teste piloto com estudantes de outra instituição, para verificar a objetividade, entendimento dos estudantes e clareza nas informações dos instrumentos.

Procedimentos de coleta de dados e intervenção

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e da Superintendência Regional de Ensino (SRE), foi agendo o melhor horário com as quatro escolas que aceitaram participar da pesquisa para a realização da mesma.

Primeiramente, aplicou-se o formulário intitulado pré-atividade, instruindo os alunos a responderem com atenção, sinceridade e somente com seus conhecimentos pessoais prévios. Tal momento possibilitou que a equipe executora avaliasse o saber prévio e bagagem cultural dos alunos.

Na sequência foi ofertada uma atividade de educação em saúde a respeito das principais IST, incluindo agentes etiológicos, história natural da doença, sinais e sintomas, transmissão e prevenção. Tal intervenção foi realizada por meio de apresentação slides, valendo-se do Software Microsoft Power Point, sendo a palestra ministrada por todos os integrantes da equipe, suas informações validadas pelo professor coordenador e com duração de cerca de 40 minutos. A fim de conseguir a atenção de todos os alunos buscou-se acrescentar à teoria imagens e adaptar as informações a uma linguagem acessível.

Logo após a intervenção, foi aplicado o questionário pós-atividade, sendo os alunos novamente instruídos a responderem com atenção, sinceridade e somente com seus conhecimentos adquiridos até o presente momento, isto é, sem ajuda de livros ou da internet. Tal questionário permitiu que a equipe executora, comparando os resultados entre os dois formulários, avaliasse a efetividade da intervenção.

Análise dos dados

Após o preenchimento dos instrumentos, os dados foram tabulados em planilha do *Microsoft Office Excel 2.0*, utilizando-se a técnica da dupla digitação, para identificar erros de transcrição. Para análise da estatística descritiva e inferencial, foi utilizado o *software STATA*.

Para efeitos de análise estatística e de comparação, incluíram-se apenas os participantes que responderam aos dois questionários, sendo $n = 95$. Além disso, as questões 13 e 14 não foram consideradas uma vez que não se trata de questões avaliativas de conhecimento e, sim de percepções pessoais dos alunos. Assim, cada acerto, das questões de 1 a 12, foi pontuado com 1, possibilitando um escore máximo de 12. Dessa forma, para uma melhor classificação, o nível de conhecimento dos estudantes foi graduado como nenhum (0 acertos no total), muito pouco (1 a 3 acertos), pouco (4 a 6 acertos), bom (7 a 8 acertos), muito bom (9 a 10 acertos) e excelente (11 a 12 acertos).

Os dados foram analisados no *software STATA*. Foi realizado o teste de Kolmogorov-Smirnov com correção de Lillifors para verificação da normalidade das variáveis quantitativas do estudo¹⁵. A seguir, foi realizada análise descritiva das variáveis. As variáveis qualitativas foram apresentadas como frequência absoluta e relativa e as quantitativas como média e desvio-padrão (DP), mediana, intervalo interquartil (IIQ), mínimo e máximo. Todas as medidas foram acompanhadas dos respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%).

Para análise da consistência interna foi utilizado o coeficiente de alfa de Cronbach padronizado em cada período de avaliação. Valores $> 0,7$ sugerem boa confiabilidade interna^{16,17}. Para verificar a efetividade da intervenção foi utilizado o teste dos Postos de Wilcoxon para análise da classificação pré e pós, bem como do Escore total, analisados antes e após a intervenção educativa. Em todas as análises, valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significantes.

Aspectos éticos

Com base na Resolução 466 de 2012, este estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, conforme parecer Nº 5.103.260. A permissão solicitada a Superintendência Regional de Ensino (SRE) para realizar a pesquisa nas escolas

estaduais foi concedida em dezembro de 2020 e encontra-se registrada sob o Processo nº 1260.01.0075942/2020-34, SEI nº 22902712.

RESULTADOS

Um total de 199 estudantes participaram da presente pesquisa. Dessa forma, foram obtidas 168 respostas no questionário pré-atividade e 126 respostas no questionário pós-atividade. Na avaliação do perfil sociodemográfico de todos os participantes do estudo, percebe-se uma leve predominância de mulheres (55,28%) na amostra. Além disso, a maioria era branca (59,30%), seguida dos pardos (34,17%) e negros (5,53%). Quando questionados sobre com quem moravam, a maioria afirmou morar com os pais (91,96%), seguido pelos avós (5,53%) e outros (2,51%). Com relação a idade, constatou-se que a maioria dos estudantes estavam na faixa etária de 15 a 16 anos (56,29%). Além disso, a coleta de dados foi equilibrada entre as três séries do Ensino Médio, ou seja, 30,15% eram da 1ª série do ensino médio, 34,67% da 2ª série e 35,18% da 3ª série.

Na Tabela 1, encontram-se os resultados obtidos no questionário pré-atividade.

Tabela 1. Respostas obtidas no questionário pré-atividade. Sudoeste de Minas Gerais, 2022. (n 168)

| Questões | Sim/Verdadeiro | | Não/Falso | |
|---|----------------|-------|-----------|-------|
| | n | % | n | % |
| 1) Você sabe o que é uma IST (Infecção Sexualmente Transmissível)? | 163* | 97,0* | 5 | 3,0 |
| 2) Você sabe o que são HIV, Sífilis e Hepatites Virais? | 158* | 94,0* | 10 | 6,0 |
| 3) Julgue: Apenas bactérias podem causar IST (Infecção Sexualmente Transmissíveis). | 16 | 9,5 | 152* | 90,5* |
| 4) Julgue: Qualquer pessoa sexualmente ativa tem a possibilidade de contrair alguma IST (Infecção Sexualmente Transmissível). | 159* | 94,6* | 9 | 5,4 |
| 5) Julgue: Apenas homossexuais são infectados pelo HIV. | 2 | 1,2 | 166* | 98,8* |
| 6) Você sabe quais são os métodos de prevenção às IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis)? | 160* | 95,2* | 8 | 4,8 |
| 7) Julgue: O preservativo é efetivo apenas contra gestações indesejadas. | 14 | 8,3 | 154* | 91,7* |
| 8) Julgue: O meio mais seguro de se ter uma relação sexual segura é apenas com o uso do preservativo. | 110 | 65,5 | 58* | 34,5* |
| 9) Julgue: As pílulas anticoncepcionais são meios eficazes de proteção contra as IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis). | 12 | 7,1 | 156* | 92,9* |

| | | | | |
|---|-----|-------|------|-------|
| 10) Julgue: O sexo oral não é um meio de transmissão de IST (Infecção Sexualmente Transmissível). | 26 | 15,5 | 142* | 84,5* |
| 11) Você sabe o que são os testes rápidos para IST (Infecção Sexualmente Transmissível) realizados pela rede pública de atenção à saúde? | 93* | 55,4* | 75 | 44,6 |
| 12) Julgue: No município de Passos, após uma relação sexual desprotegida com um parceiro que desconhece a sorologia, deve buscar um “Posto de Saúde” para realizar os testes rápidos. | 158 | 94,0 | 10* | 6,0* |
| 13) Julgue: você se sente seguro(a) para conversar sobre sexualidade, IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis) e afins com a família e a coordenação da escola. | 96 | 57,1 | 72 | 42,9 |
| 14) Julgue: Palestras sobre assuntos de saúde vindas de fora da escola são mais produtivas do que as aulas sobre os mesmos assuntos. | 130 | 77,4 | 38 | 22,6 |

Considera-se “verdadeiro” ou “falso” para as questões com o comando “julgue”. Para as demais, considera-se como resposta “sim” ou “não”. Estão marcadas com asterisco (*) as respostas esperadas ou consideradas como corretas.

Fonte: Elaborado pelos autores (2022)

Chama a atenção, nos resultados apresentados na Tabela 1, o fato de que mesmo havendo outros métodos de prevenção de IST, a maior parte dos indivíduos acreditar ser o preservativo o único meio seguro para prevenção de IST (65,5%). Além disso, a maioria (94%) acredita que deve procurar um posto de saúde após uma relação sexual desprotegida. Outros dados que se destacam são o fato de 42,9% dos estudantes não se sentirem confortáveis para conversar sobre sexualidade com a família, e de 77,4% deles considerarem palestras sobre saúde fora da escola mais produtivas que as aulas sobre os mesmos assuntos.

A Tabela 2, apresenta os resultados obtidos no questionário pós-atividade.

Tabela 2. Respostas obtidas no questionário pós-atividade. Sudoeste de Minas Gerais, 2022. (n 126)

| Questões | Sim/Verdadeiro | | Não/Falso | |
|---|----------------|-------|-----------|-------|
| | n | % | n | % |
| 1) Você sabe o que é uma IST (Infecção Sexualmente Transmissível)? | 125* | 99,2* | 1 | 0,8 |
| 2) Você sabe o que são HIV, Sífilis e Hepatites Virais? | 125* | 99,2* | 1 | 0,8 |
| 3) Julgue: Apenas bactérias podem causar IST (Infecção Sexualmente Transmissíveis). | 10 | 7,9 | 116* | 92,1* |
| 4) Julgue: Qualquer pessoa sexualmente ativa tem a possibilidade de contrair alguma IST (Infecção Sexualmente Transmissível). | 121* | 96,0* | 5 | 4,0 |
| 5) Julgue: Apenas homossexuais são infectados pelo HIV. | 0 | 0 | 126* | 100* |
| 6) Você sabe quais são os métodos de prevenção às IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis)? | 124* | 98,4* | 2 | 1,6 |

| | | | | | |
|-----|---|------|-------|------|-------|
| 7) | Julgue: O preservativo é efetivo apenas contra gestações indesejadas. | 3 | 2,4 | 123* | 97,6* |
| 8) | Julgue: O meio mais seguro de se ter uma relação sexual segura é apenas com o uso do preservativo. | 84 | 66,7 | 42* | 33,3* |
| 9) | Julgue: As pílulas anticoncepcionais são meios eficazes de proteção contra as IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis). | 9 | 7,1 | 117* | 92,9* |
| 10) | Julgue: O sexo oral não é um meio de transmissão de IST (Infecção Sexualmente Transmissível). | 11 | 8,7 | 115* | 91,3* |
| 11) | Você sabe o que são os testes rápidos para IST (Infecção Sexualmente Transmissível) realizados pela rede pública de atenção à saúde? | 118* | 93,7* | 8 | 6,3 |
| 12) | Julgue: No município de Passos, após uma relação sexual desprotegida com um parceiro que desconhece a sorologia, deve buscar um "Posto de Saúde" para realizar os testes rápidos. | 120 | 95,2 | 6* | 4,8* |
| 13) | Julgue: você se sente seguro(a) para conversar sobre sexualidade, IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis) e afins com a família e a coordenação da escola. | 82 | 65,1 | 44 | 34,9 |
| 14) | Julgue: Palestras sobre assuntos de saúde vindas de fora da escola são mais produtivas do que as aulas sobre os mesmos assuntos. | 106 | 84,1 | 20 | 15,9 |

Considera-se "verdadeiro" ou "falso" para as questões com o comando "julgue". Para as demais, considera-se como resposta "sim" ou "não". Estão marcadas com asterisco (*) as respostas esperadas ou consideradas como corretas.

Fonte: Elaborado pelos autores (2022)

Analisando os resultados do questionário pós-atividade, na Tabela 2, percebe-se que o conhecimento dos alunos acerca do assunto se ampliou ainda mais. Isso pode ser constatado pela elevação da porcentagem de acertos em muitas das questões. No entanto, as questões de números 8 e 12, que haviam apresentado maior porcentagem de erro - antes da atividade, permaneceram da mesma forma, mostrando, possivelmente, uma falta de compreensão dos alunos acerca do que foi apresentado na palestra, no que tange a métodos de prevenção além do preservativo e ao serviço especializado em IST do município.

A Tabela 3 representa a quantidade de estudantes que se classificaram em uma das categorias de nível de conhecimento, considerando-se apenas os estudantes que responderam a ambos os questionários (n 95) e realizando a comparação entre as respostas anteriores à intervenção com aquelas posteriores.

Tabela 3. Classificação dos estudantes quanto ao nível de conhecimento, nos questionários pré e pós-atividade. Sudoeste de Minas Gerais, 2022. (n 95)

| Classificações | Pré-Atividade | | Pós-Atividade | | |
|-----------------------|---------------|----|---------------|----|------|
| | N | % | n | % | |
| Nível de conhecimento | Pouco | 2 | 2,1 | 0 | 0 |
| | Bom | 13 | 13,7 | 2 | 2,1 |
| | Muito bom | 58 | 61,1 | 61 | 64,2 |
| | Excelente | 22 | 23,2 | 32 | 33,7 |

Fonte: Elaborado pelos autores (2022)

Percebe-se uma melhoria geral no nível de conhecimento dos estudantes, com redução daqueles classificados como 'pouco' e 'bom' (que foram de 2,1% para 0%, e de 13,7% para 2,1%, respectivamente). Além disso, cresceu o número daqueles classificados como 'muito bom' e 'excelente' (subindo de 61,1% para 64,2%, e de 23,2% para 33,7%, respectivamente).

O teste utilizado para verificar se houve diferença significativa após a intervenção foi o teste de Wilcoxon, estabelecendo-se como hipótese nula a não efetividade da intervenção e como hipótese alternativa a efetividade da intervenção. O resultado encontra-se nas duas tabelas seguintes (Tabelas 4 e 5).

Tabela 4. Classificações segundo nível de conhecimento, de acordo com o Teste de Wilcoxon. Sudoeste de Minas Gerais, 2022. (n 95)

| Classificações | N | Postos de média | Soma de Classificações | Z ^d | P Valor ^e |
|--------------------------|-----------------|-----------------|------------------------|----------------|----------------------|
| Classificação_ Pré-teste | 29 ^a | 17,81 | 516,50 | | |
| Classificação_ Pós-teste | 6 ^b | 18,92 | 113,50 | -3,615 | <0,001 |
| Vínculos | 60 ^c | | | | |
| Total | 95 | | | | |

a. classificação_pré<Classificação_pós; b. classificação_pré>Classificação_pós; c. classificação_pré = Classificação_pós; d. Teste Z com base em postos positivos; e. Teste de Classificações Assinadas por Wilcoxon

Fonte: Elaborado pelos autores (2022)

Na Tabela 4, foi feita a avaliação segundo o nível de conhecimento (pouco, bom, muito bom e excelente). As Classificações Negativas dizem respeito àqueles estudantes que foram melhor classificados no questionário pós-intervenção, indicando efeito benéfico da intervenção. As Classificações Positivas, por sua vez, consistem naqueles com melhor desempenho no questionário pré-intervenção, indicando efeito

contrário ao esperado. Já os Vínculos são aqueles com igual desempenho nos dois questionários. O número de estudantes que se enquadraram em cada um dos grupos foi respectivamente: 29, 6 e 60.

Tabela 5 Classificações segundo escore total, de acordo com o Teste de Wilcoxon. Sudoeste de Minas Gerais, 2022. (n 95)

| | Classificações | N | Postos de média | Soma de Classificações | Z ^d | P Valor ^e |
|-------------|--------------------------|-----------------|-----------------|------------------------|----------------|----------------------|
| Score total | Classificações Negativas | 7 ^a | 29,36 | 205,50 | | |
| Pós-teste | Classificações Positivas | 47 ^b | 27,22 | 1279,50 | -4,784 | <0,001 |
| Score total | Vínculos | 41 ^c | | | | |
| Pré-teste | Total | 95 | | | | |

a. Score total-Pós < Score total-Pré; b. Score total-Pós > Score total-Pré; c. Score total-Pós = Score total-Pré; d. Teste Z com base em postos positivos; e. Teste de Classificações Assinadas por Wilcoxon

Fonte: Elaborado pelos autores (2022)

Na Tabela 5, por sua vez, foi feita uma análise semelhante, porém de acordo com o escore total, ao invés do nível de conhecimento. Nessa tabela, as Classificações Negativas indicam um escore total no questionário pós-intervenção menor que no questionário pré-intervenção. Já as Classificações Positivas consistem em um escore maior no questionário pós-intervenção, ou seja, indicam, efeito benéfico da intervenção. Por fim, os Vínculos indicam desempenho igual nos dois questionários. A quantidade de estudantes em cada um dos grupos foi, respectivamente, de 7, 47 e 41.

O nível de significância foi de 5%, tanto para a variável nível de conhecimento ($z = -3,615$, $p < 0,001$) como para a variável escore geral ($z = -4,784$, $p < 0,001$), o que rejeita a hipótese nula e confirma a hipótese alternativa, demonstrando que a intervenção foi efetiva, conforme representado nas tabelas 4 e 5.

DISCUSSÃO

A princípio, sobre o impacto da pandemia de COVID-19, o número de escolas que se interessaram em participar da pesquisa também foi afetado, sendo que aceitaram participar dela quatro escolas estaduais presentes no município, correspondendo a 23% do total de escolas estaduais, e duas privadas, correspondendo a 40% do total de escolas particulares com ensino médio. Tais dados

mostram também, em proporção, uma maior participação de instituições da rede particular de ensino do município. Dessa forma, atribuiu-se essa limitação do estudo à restrição dele ao ambiente virtual devido ao contexto global.

No que diz respeito aos resultados da pesquisa-ação do ponto de vista sociodemográfico, observou-se uma predominância de pessoas do sexo feminino, brancas, que moram com os pais e com a média etária de 16,31 anos na amostra. Em comparação com estudo semelhante realizado com alunos do primeiro ano do ensino médio de uma escola de um município do interior do Rio Janeiro, percebeu-se alguns pontos em comum. Dos alunos convidados a participarem, 64% participaram de fato, mostrando uma adesão menor que a esperada, a maioria também era composta por indivíduos do sexo feminino e com idade entre 12 e 15 anos¹⁸.

Ademais, foi possível perceber que, apesar da adesão menor que a esperada, foram obtidos resultados satisfatórios que apontam para o impacto positivo que a pesquisa e a atividade desenvolvida causaram na amostra populacional participante. Isso pode ser observado, a princípio, por meio da comparação entre as pontuações obtidas pelos participantes nos questionários pré e pós-atividade, sendo que no pré, o mínimo de acertos foi seis e o máximo, 11; já no pós, o mínimo foi oito e o máximo, 12. Sendo observado também um aumento do conhecimento, já que o número de estudantes com conhecimento classificado como 'pouco' e 'bom' diminuiu e como 'muito bom' e 'excelente' aumentou entre os dois questionários.

Além disso, alguns pontos merecem destaque, pois contribuem para apontar o impacto positivo no conhecimento dos jovens envolvidos ao se comparar as respostas dos questionários pré e pós-atividade. No primeiro questionário, parte considerável dos participantes (44,6%) não possuía conhecimento sobre os testes rápidos, ferramenta essencial para a promoção da prática sexual segura, fazendo parte das estratégias de Prevenção Combinada¹⁹. Já no segundo questionário, após a atividade educativa, a expressiva maioria dos participantes mostrou ter absorvido as informações passadas durante a palestra, aumentando consideravelmente a porcentagem (93,7%) de respostas positivas a respeito do conhecimento acerca dos testes rápidos. O que aponta a necessidade de atividades de educação em saúde constantes para a população adolescente em ambiente escolar em concordância com Cortez EA et al¹⁸.

No que diz respeito ao conhecimento dos jovens sobre os órgãos municipais que estão envolvidos nas atividades de prevenção, diagnóstico e tratamento de IST,

percebeu-se que há certa confusão ainda em relação a qual instituição de saúde deve ser buscada em determinadas situações. Isso pode ser observado por meio das respostas da questão de número 12 dos questionários em que, no primeiro questionário, 94% responderam que está correta e, no segundo, 95,2% responderam o mesmo. Contudo, no município em questão, após uma relação desprotegida, o ideal é buscar atendimento diretamente no serviço especializado de atendimento, pois é o centro de referência regional em prevenção, diagnóstico e tratamento de IST. Os 'postos de saúde' - unidades básicas de saúde ou estratégias de saúde da família - possuem testes rápidos, porém não possuem a profilaxia pós-exposição (PEP), que pode ser necessária após uma exposição de risco. Em relação a esse tipo de desconhecimento, Fontes MB et al.¹⁰ observaram, em estudo com jovens de 18 a 29 de 15 estados brasileiros e Distrito Federal, que há uma tendência dos jovens a não buscarem informações e/ou atendimento no centro de referência.

No que tange a consistência do estudo, foi considerada satisfatória de acordo com o coeficiente Alfa Cronbach, o mesmo utilizado por Fontes¹⁰. Também, foi possível concluir sobre a efetividade da intervenção pela análise da significância da diferença entre as pontuações obtidas em cada questionário (pré e pós), o que foi feito por meio do Teste de Wilcoxon e mostrou que a intervenção foi efetiva.

Sobre o tema principal da pesquisa, muitas vezes, pais e professores apresentam dificuldade em discorrer a respeito de educação sexual, sendo assim, o auxílio de profissionais de saúde com conhecimento em abordagem de temas relacionados à sexualidade torna-se importante na elaboração de materiais didáticos, no embasamento científico, bem como na própria participação em atividades relacionadas ao tema²⁰. Relacionando essas informações à pesquisa em questão, cabe citar que 77,4% dos estudantes que responderam o primeiro questionário acreditavam que palestras sobre assuntos de saúde, vindas de fora da escola, são mais produtivas do que as aulas ministradas pelos professores sobre os mesmos assuntos, e essa proporção aumenta no questionário pós-atividade, dado que demonstra uma percepção positiva dos alunos quanto à efetividade desse tipo de ação educativa. Cortez¹⁸ também apresentou dados indicando que os estudantes se sentiam mais confortáveis em aprender sobre IST com profissionais da educação e de saúde. Outro ponto em comum observado é que, em ambos os estudos, os alunos participantes interagiram com os palestrantes, mostrando interesse e tirando dúvidas que surgiram.

Por fim, sabe-se que a união de acadêmicos do ensino superior e estudantes do ensino médio ou fundamental em atividade em comum é uma experiência agregadora para as duas partes, havendo troca de conhecimento técnico-científico bem como de vivências²¹. Nesse contexto, os fatos discutidos anteriormente demonstram que o estudo foi bem aproveitado pela população-alvo, contribuindo para o fortalecimento das práticas de educação em saúde nas escolas, fazendo-se uma ferramenta de promoção de saúde. Além disso, os dados encontrados podem auxiliar novas abordagens, indicam a relevância da educação em saúde sexual nas escolas e a importância de que ações como essa sejam cada vez mais apoiadas e realizadas a fim de complementar o conhecimento já obtido ao longo curso regular do ensino médio no Brasil.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, mesmo com as dificuldades impostas pela pandemia de COVID-19, observou-se a existência de um conhecimento significativo dos jovens participantes do projeto a respeito do conhecimento sobre IST, porém um saber vago quando se trata de métodos de prevenção, diagnóstico e tratamento delas.

No que diz respeito à educação em saúde, ficou evidente que a falta de diálogo em casa sobre o assunto causa consequências no entendimento e gera mais dúvidas do que respostas. Nesse ponto, o projeto surge como uma ferramenta bilateral na transmissão do conhecimento sobre IST, promovendo informações de qualidade e um espaço aberto para responder as dúvidas existentes. Além disso, os resultados apresentados mostraram uma melhora geral no questionário pós-atividade, corroborando a importância de atividades educacionais acerca do tema nas escolas e o impacto que isso pode causar na saúde brasileira.

Outros pontos levantados e discutidos pelo projeto foram a disseminação do conhecimento em educação em saúde no contexto da sexualidade de forma natural e orgânica e a difusão e descentralização dos centros de referência em IST.

Por fim, ressalta-se, assim, a importância da busca do conhecimento em fontes e pesquisas seguras, para que se possa disseminar informações de forma adequada. Isso precisa ser realizado em todos os ambientes com os jovens, pais, escolas etc. Constatou-se, portanto que é papel de todo e qualquer profissional ou entidade, proporcionar um conhecimento adequado ao indivíduo, possibilitando acesso às

diversas tecnologias de prevenção ao HIV/ Aids e outras IST. Ademais, sugere-se a execução de novas pesquisas para que as lacunas desta temática e deste estudo sejam preenchidas, favorecendo ao tema ganhar sua merecida importância.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde de A a Z. Hepatite: causas, sintomas, diagnóstico, prevenção e tratamento. 2019 [Acesso em 2019 out 17]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/hepatite>
2. Stamm, LV. Syphilis: Re-emergence of na old foe. Microbial Cell. Set 2016 [Acesso em 2019 out 16] 3 v, 9 n, 363–370 p. Disponível em: <http://microbialcell.com/wordpress/wp-content/uploads/2016/09/2016A-Stamm-Microbial-Cell.pdf>
3. Brasileiro Filho, Geraldo. Bogliolo patologia. 9. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.
4. Gomes NCRC, Meier DAP, Pieri FM, et al. Prevalence and factors associated with syphilis in a Reference Center. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. Jan-Feb, 2017 [Acesso em 2019 out 17] 50(1):27-34. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v50n1/0037-8682-rsbmt-50-01-00027.pdf>
5. Rocha KB, Santos RRG dos, Conz J, et al. Transversalizando a rede: o matriciamento na descentralização do aconselhamento e teste rápido para HIV, sífilis e hepatites. Saúde em Debate. May-Jun 2016 [Acesso em 2018 out 15] 40 (109). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n109/0103-1104-sdeb-40-109-00022.pdf>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271, de 06 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 06 Jun 2014.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico HIV/Aids. 49 v, 53 n. Brasília-DF; 2018 [Acesso em 2019 out 16]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hivaids-2018>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico Sífilis, 49 v, 45 n, out 2018 [Acesso em 2019 out 16]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2018>

9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2015. Rio de Janeiro: IBGE; 2016 [Acesso em 2019 out 16] Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf>
10. Fontes MB, Crivelaro RC, Scartezini AM, et al. Fatores determinantes de conhecimentos, atitudes e práticas em DST/Aids e hepatites virais, entre jovens de 18 a 29 anos, no Brasil. Rev. Ciênc. Saúde Colet. 22 v, 4 n, Rio de Janeiro: Abr 2017 [Acesso em 2019 out 16]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1343.pdf>
11. Marcondes RS. Educação em saúde na escola. Revista de Saúde Pública, 6 v, p. 89-96, 1972.
12. Furlanetto MF, Lauermann F, Costa CB da, et al. Educação sexual em escolas brasileiras: revisão sistemática da literatura. Cadernos de Pesquisa, v. 48, p. 550-571, 2018.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Panorama geográfico de Passos, Minas Gerais. 2019 [Acesso em 2019 out 17]. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/passos>
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade Passos (MG). 2010 [Acesso em 2019 out 17]. Disponível em https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php?codigo=314790
15. Razali NM, Wah YB. Power comparisons of Shapiro-Wilk, Kolmogorov-Smirnov, Lilliefors and Anderson-Darling tests. J Stat Model Analytics, 2 v, 1 n, p. 21-33. 2011.
16. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika, [s.l.], v. 16, n. 3, p.297-334, set. 1951. Springer Science and Business Media LLC. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/bf02310555>
17. Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. International Journal Of Medical Education, [s.l.], 2 v, p.53-55, 27 jun. 2011. doi: <http://dx.doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd>
18. Cortez EA, Silva LM da, Santo JNE, et al. Pesquisa-ação: promovendo educação em saúde com adolescentes sobre infecção sexualmente transmissível. Rev. Enferm. UFPE on line. Recife: set 2017; 11(Supl. 9):3642-9. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234495>
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Brasília: Ministério da Saúde, 2020 [Acesso em 2021 out 09]. Disponível em:

https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/08/pcdt_ist_fin_al_revisado_020420.pdf

20. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; Sociedade Brasileira de Estudos em Sexualidade Humana. Sexuality Education in Schools. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. dez 2018 [Acesso em 2022 jan] 40:731–732. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/mZ3qTqHyRkHTVsdKqNZRLWy/?lang=en>
21. Silva Junior JA, Arrigotti T, Mafezoli GD, et al. Experiência de educação em saúde sobre sexualidade no Ensino Fundamental. Rev. Ciênc. Ext. [Acesso em 2022 fev] 14 v, 2 n, p.170-179, 2018. Disponível em: https://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/1746/2017

RECEBIDO: 18/06/2022

ACEITO: 03/12/2022

Desfecho do tratamento da tuberculose latente em pessoas vivendo com vírus da imunodeficiência humana

Outcome of treatment of latent tuberculosis in people living with human immunodeficiency virus

Lais Kaori Sato Murrugara¹, Lucas Vinícius de Lima², Gabriel Pavinati³, Isadora Gabriella Paschoalotto Silva⁴, Letícia Rafaelle de Souza Monteiro⁵, Nelly Lopes de Moraes Gil⁶, Gabriela Tavares Magnabosco⁷

1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1019-4916>. Graduada em Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá, Maringá, Paraná, Brasil.
E-mail: kaori.laiss@gmail.com
2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9582-9641>. Enfermeiro. Mestrando em Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá, Maringá, Paraná, Brasil.
E-mail: lv.vinicius@gmail.com
3. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0289-8219>. Enfermeiro. Mestrando em Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá, Maringá, Paraná, Brasil.
E-mail: gabrielpavinati00@gmail.com
4. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2542-1488>. Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá, Maringá, Paraná, Brasil.
E-mail: isaagabriella@gmail.com
5. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9940-9081>. Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá, Maringá, Paraná, Brasil.
E-mail: lerafaelle.12@gmail.com
6. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4790-8396>. Enfermeira. Doutora em Doenças Tropicais. Universidade Estadual de Maringá, Maringá, Paraná, Brasil.
E-mail: nellylmoraesg@gmail.com
7. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3318-6748>. Enfermeira. Doutora em Ciências. Universidade Estadual de Maringá, Maringá, Paraná, Brasil.
E-mail: gtmagnabosco@uem.br

CONTATO: Lais Kaori Sato Murrugara | Endereço: Avenida Colombo, 5790, Bloco 2, Campus Universitário, Zona 7, CEP 87020-900, Maringá, Paraná, Brasil | Telefone: (44)99735-9889 | E-mail: kaori.laiss@gmail.com

RESUMO

Objetivou-se analisar o desfecho do tratamento da infecção latente da tuberculose nas pessoas vivendo com HIV no Paraná. Realizou-se estudo descritivo, com dados oriundos do Sistema de Informação para notificação das pessoas em tratamento da tuberculose latente. A população foi composta por pessoas vivendo com HIV em tratamento da infecção latente da tuberculose no Paraná entre 2019 e 2020. Foram excluídos casos com sorologia desconhecida do HIV e confirmação/suspeita de tuberculose ativa. Os dados foram analisados no *software* SPSS®. Foram registrados 386 indivíduos, dos quais 275 foram em 2019 e 111 em 2020. 61,4% das pessoas evoluíram com o tratamento completo, apesar de ainda se notar alta proporção de abandono (10,4%). Conclui-se que houve diminuição do número de pessoas em tratamento, o que pode estar atrelado ao enfrentamento da pandemia da COVID-19. Dentre as pessoas em tratamento, o desfecho favorável da completude foi majoritário.

DESCRITORES: Tuberculose. Tuberculose Latente. Saúde Pública. HIV.

ABSTRACT

The objective was to analyze the outcome of the treatment of latent tuberculosis infection in people living with HIV in Paraná. A descriptive study was carried out, with data from the Information System for notification of people being treated for latent tuberculosis. The population consisted of people living with HIV undergoing treatment for latent tuberculosis infection in Paraná between 2019 and 2020. Cases with unknown HIV serology and confirmed/suspected active tuberculosis were excluded. Data were analyzed using SPSS® software. A total of 386 individuals were registered, of which 275 were in 2019 and 111 in 2020. 61.4% of people evolved with complete treatment, although a high dropout rate (10.4%) was still noted. It is concluded that there was a decrease in the number of people undergoing treatment, which may be linked to the face of the COVID-19 pandemic. Among people undergoing treatment, the favorable outcome of completeness was mostly.

DESCRIPTORS: Tuberculosis. Latent Tuberculosis. Public Health. HIV.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa ainda considerada um problema de saúde pública mundial, especialmente nos países subdesenvolvidos¹. No Brasil, a cada ano são notificados cerca de 67 mil novos casos da infecção e mais de quatro mil mortes decorrentes da TB². Todavia, trata-se de uma doença curável desde que a terapia medicamentosa seja seguida adequadamente³.

A doença afeta prioritariamente os pulmões, embora tenha o potencial de afetar outros órgãos e sistemas do corpo^{1,3}. Ademais, quando ocorre a infecção em sua forma latente, os bacilos podem permanecer quiescentes por muitos anos (infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* – ILTB) até que ocorra a reativação, produzindo a TB ativa.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que um quarto da população mundial esteja infectada com o bacilo, apresentando um risco de 5 a 10% de desenvolver a forma ativa da doença ao longo da vida, com maior probabilidade nos primeiros anos após a infecção inicial, o que torna importante a detecção precoce e o tratamento oportuno da ILTB⁴⁻⁶.

A doença apresenta alta transmissibilidade e maior probabilidade de se tornar ativa em pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) devido à imunossupressão, figurando como uma das principais causas de morte nessa população⁷. Ressalta-se que a coinfeção TB-HIV se apresenta como um desafio aos serviços de saúde pública devido às altas taxas de abandono do tratamento, que acabam culminando em desfecho desfavorável, tal como o óbito⁸.

Nesse sentido, destaca-se a importância da adesão e completude do tratamento da ILTB para que se consiga conferir a prevenção esperada frente ao desenvolvimento da TB ativa em PVHA e, conseqüentemente, favorecer a condição de saúde dessas pessoas, bem como o alcance das metas de controle da TB preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS)⁹.

Sendo assim, este estudo se propôs a analisar o desfecho do tratamento da ILTB nas PVHA no Paraná, visando produzir conhecimentos que agreguem à comunidade científica e aos profissionais da saúde no que concerne ao tratamento da ILTB nesse público. Assim, espera-se contribuir com a avaliação e planejamento de estratégias de intervenção voltadas para a prevenção da TB nas PVHA, com vistas a

alcançar as metas pactuadas nacional e internacionalmente para a eliminação da doença como problema de saúde pública.

MÉTODO

Tratou-se de um estudo epidemiológico descritivo, de abordagem quantitativa, balizado pelas recomendações do *checklist* do *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) para estudos observacionais e realizado a partir de dados secundários oriundos do Sistema de Informação para notificação das pessoas em tratamento da ILTB (IL-TB), obtidos por meio da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná (SESA/PR).

Foi considerada como população do estudo os registros de tratamento para TB no Paraná nos anos de 2019 a 2020 (n=2868), tendo em vista a disponibilidade dos dados por parte da SESA/PR. Foram excluídos os casos com sorologia desconhecida para o HIV (n=2481) e os casos de confirmação ou suspeita da forma ativa da TB (n=1) para delimitar os participantes da pesquisa (n=386).

Para caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico das PVHA, bem como o desfecho do caso, elaborou-se um instrumento de coleta de dados específico para esta pesquisa. A coleta dos dados ocorreu entre outubro e dezembro de 2021, mediante a disponibilização dos dados pela SESA/PR em planilha do *software* Microsoft Excel® 2016.

Foram empregadas técnicas de estatística descritiva simples, como medidas de frequência absoluta e frequência relativa para as variáveis categóricas e medidas de posição (média e desvio padrão) para variáveis numéricas. A variável desfecho foi submetida a análise estatística de associação com as variáveis sociodemográficas (faixa etária, sexo, raça/cor) e clínicas (indicação de tratamento), por meio do teste exato de Fisher, adotando a significância estatística de 5% ($p < 0,05$). Os dados foram analisados no *software* SPSS®, versão 20.0.

Em consonância com os preceitos éticos dispostos na Resolução nº 466/2012 no Conselho Nacional de Saúde que dispõe das normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá, sob parecer nº 4.811.133, e anuído pela SESA/PR.

RESULTADOS

No período analisado foram identificadas 386 PVHA em tratamento da ILTB no estado do Paraná, das quais 275 foram notificadas em 2019 e 111 em 2020. Nos dois anos analisados, observou-se que as características sociodemográficas das PVHA foram proporcionalmente semelhantes, sem mudanças significativas. As variáveis sociodemográficas estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1. Características sociodemográficas das PVHA em tratamento da ILTB no Paraná entre 2019 e 2020 segundo ano de notificação.

| Variáveis | 2019 | | 2020 | | Geral | |
|---------------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|
| Idade | Anos | | Anos | | Anos | |
| Média (\bar{x}) | 41,9 | | 41,0 | | 41,6 | |
| Desvio padrão (s) | 13,2 | | 13,6 | | 13,3 | |
| Faixa etária | n | % | n | % | n | % |
| 1 a 10 | 0 | 0,0 | 1 | 0,9 | 1 | 0,30 |
| 11 a 20 | 11 | 4,0 | 1 | 0,9 | 12 | 3,10 |
| 21 a 50 | 181 | 65,8 | 79 | 71,2 | 260 | 67,4 |
| 51 a 70 | 77 | 28,0 | 29 | 26,1 | 106 | 27,5 |
| Acima de 70 | 6 | 2,2 | 1 | 0,9 | 7 | 1,8 |
| Sexo | n | % | n | % | n | % |
| Masculino | 169 | 61,5 | 74 | 66,7 | 243 | 63,0 |
| Feminino | 106 | 38,5 | 37 | 33,3 | 143 | 37,0 |
| Raça/cor | n | % | n | % | n | % |
| Branca | 181 | 65,8 | 65 | 58,6 | 246 | 63,7 |
| Parda | 66 | 24,0 | 35 | 31,5 | 101 | 26,2 |
| Preta | 21 | 7,6 | 6 | 5,4 | 27 | 7,0 |
| Amarela | 1 | 0,4 | 0 | 0,0 | 1 | 0,3 |
| Ignorada | 6 | 2,2 | 5 | 4,5 | 11 | 2,8 |
| Gestante | n | % | n | % | n | % |
| Não | 99 | 36,0 | 36 | 32,4 | 135 | 35,0 |
| Não sabe | 1 | 0,4 | 1 | 0,9 | 2 | 0,5 |
| Ignorado | 6 | 2,2 | 0 | 0,0 | 6 | 1,5 |
| Não se aplica | 169 | 61,4 | 74 | 66,7 | 243 | 63,0 |
| Total | 275 | 100,0 | 111 | 100,0 | 386 | 100,0 |

Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

Foi possível observar que as PVHA em tratamento da ILTB consideradas neste estudo eram predominantemente do sexo masculino (63,0%), na faixa etária de 21 a 50 anos ($\bar{x}=41,6$; $s=13,3$) e de raça/cor autodeclarada branca (63,7%). Em relação ao tipo de entrada, 382 (99,0%) foram casos novos. Do total, 68,9% possuíam registro da vacinação com BCG e 86,5% relataram não ter tido contato de TB.

Quanto à indicação do tratamento, evidenciou-se que 59,8% iniciaram o esquema pela contagem de linfócitos T (LT) CD4+ ser ≤ 350 céls/mm³ e 68,4% estavam sem prova tuberculínica (PT) e IGRA (*Interferon Gamma Release Assay*). A Tabela 2 apresenta as características clínicas encontradas.

Tabela 2. Características clínicas das PVHA em tratamento da ILTB no Paraná entre 2019 e 2020 segundo ano de notificação.

| Variáveis | 2019 | | 2020 | | Geral | |
|--|------|------|------|------|-------|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Tipo de entrada | | | | | | |
| Caso novo | 272 | 98,9 | 110 | 99,1 | 382 | 99,0 |
| Reingresso após abandono | 3 | 1,1 | 1 | 0,9 | 4 | 1,0 |
| Vacinação com BCG | | | | | | |
| Sim | 190 | 69,1 | 76 | 68,5 | 26 | 68,9 |
| Não | 27 | 9,8 | 6 | 5,4 | 33 | 8,5 |
| Ignorado | 58 | 21,1 | 29 | 26,1 | 87 | 22,5 |
| Contato de TB | | | | | | |
| Sim | 9 | 3,3 | 14 | 12,6 | 23 | 6,0 |
| Não | 248 | 90,2 | 86 | 77,5 | 334 | 86,5 |
| Não sabe | 16 | 5,8 | 11 | 9,9 | 27 | 7,0 |
| Ignorado | 2 | 0,7 | 0 | 0,0 | 2 | 0,5 |
| Indicação de tratamento | | | | | | |
| PVHA com LT CD4+ ≤ 350 céls/mm ³ | 177 | 64,4 | 54 | 48,6 | 231 | 59,8 |
| PVHA com LT CD4+ > 350 céls/mm ³ | 78 | 28,4 | 39 | 35,1 | 117 | 30,3 |
| PVHA com contato de TB com confirmação laboratorial | 9 | 3,3 | 8 | 7,2 | 17 | 4,4 |
| PVHA com raios X de tórax com cicatriz de TB não tratada anteriormente | 5 | 1,8 | 2 | 1,8 | 7 | 1,8 |

| | | | | | | |
|-----------------------------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|
| PVHA com registro documental de | | | | | | |
| PT ≥ 5 mm ou IGRA+ sem | 4 | 1,5 | 5 | 4,5 | 9 | 2,3 |
| tratamento na ocasião | | | | | | |
| Contatos adultos e crianças, | | | | | | |
| independente da vacinação com | 2 | 0,7 | 2 | 1,8 | 4 | 1,0 |
| BCG | | | | | | |
| Outra | 0 | 0,0 | 1 | 0,9 | 1 | 0,3 |
| Justificativa de indicação | n | % | n | % | n | % |
| PT ≥ 5 mm ou IGRA+ | 80 | 29,1 | 41 | 36,9 | 121 | 31,3 |
| PT e IGRA não realizados | 195 | 70,9 | 69 | 62,2 | 264 | 68,4 |
| Outra | 0 | 0,0 | 1 | 0,9 | 1 | 0,3 |
| Total | 275 | 100,0 | 111 | 100,0 | 386 | 100,0 |

Legenda: TB – Tuberculose; PVHA – pessoas vivendo com HIV/aids; LT – Linfócitos T; PT – Prova tuberculínica; IGRA – *Interferon Gamma Release Assay*.

Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

No que se refere ao desfecho do tratamento da ILTB nas PVHA no estado, observou-se que 61,4% evoluíram para a cura com a completude do tratamento e 10,4% abandonaram o esquema. Cumpre pontuar que uma parcela significativa (26,4%) teve as informações de desfecho ignoradas no ato da notificação, com destaque para 2020.

Após a análise descritiva dos dados, procedeu-se à estatística inferencial pelo teste exato de Fisher, pelo qual não foi evidenciada associação estatística significativa entre as variáveis sociodemográficas e clínicas com o desfecho do tratamento da ILTB. As demais informações relacionadas ao desfecho do tratamento da ILTB na população considerada estão apresentadas na Tabela 3.

Tabela 3. Desfecho das PVHA em tratamento da ILTB no Paraná entre 2019 e 2020 segundo ano de notificação.

| Variáveis | 2019 | | 2020 | | Geral | |
|--|------|------|------|------|-------|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Desfecho | | | | | | |
| Tratamento completo | 186 | 67,6 | 51 | 45,9 | 237 | 61,4 |
| Abandono | 30 | 10,9 | 10 | 9,0 | 40 | 10,4 |
| Suspensão por reação adversa | 3 | 1,1 | 1 | 0,9 | 4 | 1,0 |
| Suspensão por PT < 5 mm em quimioprofilaxia primária | 1 | 0,4 | 0 | 0,0 | 1 | 0,3 |
| TB ativa | 1 | 0,4 | 0 | 0,0 | 1 | 0,3 |

| | | | | | | |
|--------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|
| Óbito | 1 | 0,4 | 0 | 0,0 | 1 | 0,3 |
| Ignorado | 53 | 19,3 | 49 | 44,1 | 102 | 26,4 |
| Total | 275 | 100,0 | 111 | 100,0 | 386 | 100,0 |

Legenda: PT – Prova tuberculínica.

Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

DISCUSSÃO

Essa pesquisa merece destaque por se propor a analisar o desfecho do tratamento da ILTB em PVHA e caracterizar o perfil dessa população, permitindo a identificação das características mais predominantes, bem como no que se refere aos desfechos mais recorrentes. Assim, infere-se que os resultados podem embasar e subsidiar estratégias e ações de saúde junto ao público, levando em conta as singularidades evidenciadas no estado.

Os resultados mostraram que houve uma redução significativa do número de PVHA em tratamento para a ILTB de um ano para o outro, o que pode ser um efeito da pandemia da COVID-19. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) estima que houve queda entre 15% e 20% no diagnóstico de TB nas Américas em decorrência da infecção pelo novo coronavírus¹¹. Na mesma lógica, é cabível generalizar esse feito para as demais ações envolvidas no controle do agravo, dentre elas o tratamento da ILTB.

Nesse sentido, acredita-se que os antecedentes vitoriosos alcançados com a implementação de políticas de controle da TB no país podem estar ameaçados pela pandemia, principalmente no que se refere ao acesso ao diagnóstico precoce da TB, acompanhamento do tratamento e adesão ao esquema terapêutico proposto, o que pode interferir diretamente na cadeia de transmissão¹².

Nessa perspectiva, os achados do presente estudo corroboram a situação colocada, especialmente no que tange ao diagnóstico e tratamento da TB e ILTB em PVHA. Entende-se que, com o distanciamento social e a reorganização do processo de trabalho nos serviços de saúde, houve a descontinuidade do cuidado, repercutindo negativamente na prevenção e atenção à TB¹².

Além disso, observou-se aumento expressivo no número de informações ignoradas no ano de 2020, podendo ser reflexo das barreiras impostas pela pandemia, visto que foi possível observar sobrecarga das equipes e da vigilância em saúde no cotidiano do trabalho¹². Os profissionais precisaram instituir o enfrentamento à

COVID-19 como prioridade em detrimento aos demais agravos, o que acabou gerando subdiagnósticos por falta de acesso e/ou subnotificação por excesso de atividades.

Quanto ao perfil das PVHA em tratamento da ILTB, notou-se semelhança aos resultados encontrados em outros estudos da literatura nacional e internacional¹³⁻¹⁵. Percebe-se predomínio de homens, com média de 40 anos e de raça/cor branca, o que pode colaborar no direcionamento de estratégias mais assertivas e sensíveis a esse público, tanto na maior oferta de testes diagnósticos quanto no monitoramento do seguimento e adesão do tratamento da TB^{13,16,17}.

Os achados do estudo sugeriram que a maioria das PVHA iniciaram o tratamento da ILTB com contagem de LT CD4+ ≤ 350 céls/mm³ e sem realização de PT e IGRA. A baixa contagem de LT CD4+ no momento do início do tratamento da ILTB pode estar associada ao diagnóstico tardio do HIV e/ou à não vinculação das pessoas à rede. Ademais, esses dados podem estar relacionados à má adesão à terapia antirretroviral (TARV), a qual resulta em maior incidência da transmissão do HIV, resistência aos medicamentos, diminuição da sobrevida das PVHA, gastos públicos adicionais e maior morbimortalidade em decorrência da infecção¹⁸.

A testagem do HIV em pessoas com TB e os exames para diagnóstico da TB em PVHA, oferecidos gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), é imprescindível para a garantia de tratamento adequado e em tempo oportuno^{19,20}, principalmente por conta da gravidade clínica desta população quando acometida pela coinfeção TB-HIV¹⁷. Assim, evidencia-se a importância da testagem universal e em todos os pontos da rede de atenção à saúde, da vinculação imediata da pessoa ao serviço de seguimento e à implementação de estratégias que promovam a adesão ao tratamento do HIV²¹.

Com a implementação da detecção precoce e o acompanhamento do tratamento da ILTB nas PVHA, observou-se redução significativa no desenvolvimento da TB ativa e aumento da sobrevida deste público²². Os resultados encontrados neste estudo estão em consonância com a literatura, visto que as proporções de mortalidade e de desenvolvimento da TB ativa nos anos analisados foram baixas.

Entretanto, apesar da maior parte das PVHA terem apresentado completude do tratamento para a ILTB neste estudo, notou-se expressiva quantidade de perda do seguimento. Nesse sentido, notam-se, ainda, diversas barreiras no tratamento da ILTB em PVHA, a saber: altas taxas de não retorno para leitura da PT, baixa adesão

ao esquema terapêutico, rotina de cuidados fragilizada e ausência de seguimento do caso²².

Assim, para alcançar melhores resultados no que se refere à adesão ao tratamento da ILTB, há que alçar uma gama de mudanças que consiga superar paradigmas e desafios antigos e recentes, relacionadas aos profissionais de saúde que precisam estar envolvidos e consoantes à implementação do tratamento da ILTB, e às pessoas que precisam ser orientadas e informadas acerca da importância da realização do tratamento correto como estratégia relevante para as melhores condições de saúde individuais e coletivas²³.

Nesse contexto, acredita-se que programas e políticas públicas de prevenção e controle de doenças infectocontagiosas, tal qual a TB, quando planejados, articulados e implementados em conjunto com estratégias e ações de educação em saúde, exercem impacto positivo na sociedade, estimulando a adesão e reduzindo as taxas de abandono, principalmente em países em desenvolvimento^{22,24}, como o Brasil.

Apesar dos resultados favoráveis ao seguimento do tratamento encontrados neste estudo, a coinfeção TB-HIV ainda se mostra como um desafio para os serviços e profissionais da saúde, especialmente em países subdesenvolvidos nos quais as barreiras para o controle da TB, e conseqüentemente da coinfeção TB-HIV, são persistentes²³.

Para além dos aspectos biológicos e fisiológicos relacionados à TB e ao HIV, essas infecções apresentam forte determinação social, cultural e comportamental no que se refere à sua exposição, manejo e controle, impelindo desafios para o planejamento e a execução de programas e políticas de saúde direcionados ao enfrentamento da coinfeção TB-HIV²³.

Emerge, então, a necessidade de desenvolvimento de estratégias de controle da TB em setores distintos, articulando de forma colaborativa, intersetorial e integrada, com foco em populações vulneráveis, tal qual as PVHA^{19,23}. Contudo, sabe-se que ainda existem dificuldades estruturais e logísticas no que se refere ao controle e combate da TB, principalmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), como falta de espaços para coleta de exames, escassez de materiais e equipamentos, medo profissional na realização do exame e desarticulação entre os níveis de atenção²⁵.

Os programas de TB e de HIV/aids devem se integrar, bem como com os demais serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e da rede de apoio social, com vistas ao acolhimento das pessoas, identificação e assistência das necessidades

socioeconômicas e de saúde²³. Acredita-se que para que a TB deixe de ser a principal causa de morte entre as PVHA há que se efetivar a combinação das estratégias de prevenção e controle dos dois agravos^{16,17}. Desse modo, sugere-se a ampliação do diagnóstico precoce, do HIV, da TB e da ILTB, do tratamento oportuno e seguimento estrito, associando, ainda, as ações holísticas de prevenção^{16,17}.

Nesse contexto, é importante que o escopo de ações da equipe de enfermagem seja aprimorado com o intuito de melhorar a cobertura do sistema e ampliar o acesso aos serviços de saúde dentro da RAS²⁶. Ademais, infere-se que a atuação dos profissionais enfermeiros pode favorecer o fluxo de atendimento do sistema de saúde e oportunizar mudanças no paradigma do cuidado e das políticas públicas de saúde²⁵.

Sob esse prisma, destaca-se que o quantitativo de tratamentos para ILTB notificados, bem como o número de indivíduos testados para TB e HIV no estado, podem ter sido subestimados devido aos efeitos negativos da pandemia da COVID-19 nos serviços de saúde brasileiros, dada a sobrecarga dos profissionais e dos sistemas para o manejo dessa infecção emergente²⁷.

O presente estudo tem grande potencial de contribuição para a vigilância epidemiológica, uma vez que permitiu a identificação das características individuais e de desfecho do tratamento da ILTB de PVHA, favorecendo a percepção de nós críticos da assistência a essa população e, conseqüentemente, o planejamento e o direcionamento de ações que almejam reparar as lacunas evidenciadas.

Por se tratar de estudo com uso de dados secundários, cumpre destacar as limitações desta pesquisa, que podem estar associadas a erros cometidos no preenchimento, subnotificação de casos – inclusive por consequência da pandemia – e ausência de informações completas nos sistemas de informação, levando em conta o grande quantitativo de dados ignorados, incluindo o expressivo número de indivíduos com *status* sorológico para HIV desconhecido.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Identificou-se que as PVHA em tratamento da ILTB, em sua maioria, são indivíduos do sexo masculino, de raça/cor branca e com idade média de 40 anos. Com relação ao desfecho do tratamento, os achados apontam que 61,4% das PVHA evoluíram com o desfecho de completude do esquema terapêutico proposto para o tratamento da ILTB, apesar de ainda observar alta taxa de abandono (10,4%).

Os resultados possuem grande potencial de contribuição para a atuação de autoridades governamentais locais, regionais e nacionais, uma vez que fornecem um panorama acerca das particularidades do público e do desfecho do tratamento da ILTB, sugerindo caminhos que precisam ser abordados nas políticas públicas de controle dos agravos envolvidos, e também, por trabalhadores da saúde nos serviços da RAS, com vistas a assistência qualificada e integral às PVHA e ao controle da TB.

Mesmo com a completude como principal desfecho do tratamento da ILTB no Paraná, sugere-se a necessidade de que os serviços responsáveis pelo atendimento das PVHA promovam estratégias combinadas com outros pontos de atenção da RAS e da rede de apoio social para favorecer o diagnóstico precoce, tratamento oportuno de ambas as infecções e vinculação das PVHA aos serviços, contribuindo com o controle da TB, com a melhoria da qualidade de vida e com a redução da mortalidade dessa população.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. [Internet] Brasília; 2019. [acesso em 10 fev 22]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf
2. Junior CJDS, Rocha TJM, Soares VDL. Aspectos clínicos e epidemiológicos da tuberculose em pacientes com HIV/aids. Medicina (Ribeirão Preto) [Internet]. 2019 [cited 2022 Feb 22];52(3):231-238. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v52i3.p231-238>
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância em saúde. [Internet]. Brasília; 2019. [acesso em 10 fev 22]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_3ed.pdf
4. World Health Organization (WHO). Global tuberculosis report 2020 [Internet]. Switzerland; 2020. [cited 2022 Feb 22]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240013131>
5. Lewinsohn DM, Leonard MK, LoBue PA, Cohn DL, Daley CL, Desmond E, et al. Official American Thoracic Society/Infectious Diseases Society of America/Centers for Disease Control and Prevention Clinical Practice Guidelines: Diagnosis of Tuberculosis in Adults and Children. Clin Infect Dis [Internet]. 2017 [cited 2022 Feb 22];15;64(2):111-5. Disponível em: <https://academic.oup.com/cid/article/64/2/111/2811357>

6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo de vigilância da infecção latente pelo Mycobacterium tuberculosis no Brasil. [Internet]. Brasília; 2018. [acesso em 10 fev 22]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude_5ed_21nov21_isbn5.pdf/viewhttps://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_vigilancia_infeccao_latente_mycobacterium_tuberculosis_brasil.pdf
7. Santos TS, Junior ESS, Siqueira MCC. Vigilância epidemiológica de tuberculose em portadores de HIV na região norte, no período de 2011 a 2020. Res Soc Dev [Internet]. 2021 [acesso em 2022 fev 22];10(16):1-11. doi: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i16.23906>
8. Sena IVDO, Flôr SMC, Júnior FWD, Araújo MBD, Viana RR, Almeida PD. Estudo clínico-epidemiológico da coinfeção TB-HIV em município prioritário: análise de 10 anos. Enferm Glob [Internet]. 2020 [acesso em 2022 fev 22];19(4):85-119. doi: <https://doi.org/10.6018/eglobal.414741>
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasil Livre da Tuberculose Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública. [Internet]. Brasília; 2017. [acesso em 10 fev 22]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_livre_tuberculose_plano_nacional.pdf
10. Elm EV, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP, et al. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. Ann Intern Med [Internet]. 2007 [acesso 2022 fev 22];147(8):573-77. doi: <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-147-8-200710160-00010>
11. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Diagnóstico de novos casos de tuberculose caiu entre 15% e 20% nas Américas em 2020 devido à pandemia [Internet]. Mar 2021. [acesso em 10 fev 22]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/24-3-2021-diagnostico-novos-casos-tuberculose-caiu-entre-15-e-20-nas-americas-em-2020>
12. Hino P, Yamamoto TT, Magnabosco GT, Bertolozzi MR, Taminato M, Fornari LF. Impacto da COVID-19 no controle e reorganização da atenção à tuberculose. Acta Paul Enferm [Internet]. 2021 [acesso em 2022 fev 22];34. doi: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AR02115>
13. Marques CC, Medeiros EL, Sousa MES, Maia MR, Silva RAR, Feijão AR, et al. Casos de tuberculose coinfectados por HIV em um estado do nordeste brasileiro. Enferm Actual Costa Rica [Internet]. 2019 [acesso em 2022 fev 22];(36):62-76. doi: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i36.33583>
14. Bastos SH, Taminato M, Tancredi MV, Luppi CG, Nichiata LYI, Hino P. Coinfeção tuberculose/HIV: perfil sociodemográfico e saúde de usuários de um centro especializado. Acta Paul Enferm [Internet]. 2020 [acesso em 2022 fev 22];34(eAPE20190051). doi: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO00515>

15. Amadou ML, Abdoulaye O, Amadou O, Biraïma A, Kadri S, Amoussa AA, et al. Epidemiological, clinical and evolutionary profile of patients with tuberculosis at the Regional Hospital of Maradi, Republic of the Niger. *Pan Afr Med J* [Internet]. 2019 [acesso em 2022 fev 22];33. doi: <https://doi.org/10.11604/pamj.2019.33.120.17715>
16. González-Fernández L, Casas EC, Singh S, Churchyard GJ, Bridgen G, Gotuzzo E, et al. New opportunities in tuberculosis prevention: implications for people living with HIV. *J Int AIDS Soc* [Internet]. 2020 [acesso em 2022 fev 22];23(1):e25438. doi: <https://doi.org/10.1002/jia2.25438>
17. Harries AD, Schwoebel V, Monedero-Recuero I, Aung TK, Chadha S, Chiang C-Y, et al. Challenges and opportunities to prevent tuberculosis in people living with HIV in low-income countries. *Int J Tuberc Lung Dis* [Internet]. 2019 [acesso em 2022 fev 22];23:241-51. doi: <https://doi.org/10.5588/ijtld.18.0207>
18. Kaminski R, Chen Y, Fischer T, Tedaldi E, Napoli A, Zhang Y, et al. Elimination of HIV-1 genomes from human T-lymphoid cells by CRISPR/Cas9 gene editing. *Sci Rep* [Internet]. 2016 [acesso em 2022 fev 22];6:1-15. doi: <https://doi.org/10.1038/srep22555>
19. Cavalin RF, Pellini ACG, Lemos RRG, Sato APS. TB-HIV co-infection: spatial and temporal distribution in the largest Brazilian metropolis. *Rev Saúde Públ* [Internet]. 2020 [acesso em 2022 fev 22];54. doi: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002108>
20. Al-Mozaini M, Alrahbeni T, Dirar Q, Alotibi J, Alrajhi A. HIV in the Kingdom of Saudi Arabia: can we change the way we deal with co-infections. *Infect Drug Resist* [Internet]. 2021 [acesso em 2022 fev 22];14:111-7. doi: <https://dx.doi.org/10.2147%2FIDR.S270355>
21. Miranda LO, Araújo BFA, Furtado D, Carvalho ML, Silva SMF, Moreira AM, et al. Aspectos epidemiológicos da coinfeção tuberculose/HIV no Brasil: revisão integrativa. *Rev Pre Infec Saúde* [Internet]. 2017 [acesso em 2022 fev 22];3(3). doi: <https://doi.org/10.26694/REPIS.V3I3.6450>
22. Danyuttapolchai J, Kittimunkong S, Nateniyom S, Painujit S, Klinbuayaem V, Maipanich N, et al. Implementing an isoniazid preventive therapy program for people living with HIV in Thailand. *PLoS One* [Internet]. 2017 [acesso em 2022 fev 22];12:1-12. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184986>
23. Magnabosco GT, Andrade RLP, Arakawa T, Monroe AA, Villa TCS. Desfecho dos casos de tuberculose em pessoas com HIV: subsídios para intervenção. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2019 [acesso em 2022 fev 22];32(5):554-63. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900077>
24. Lacourse SM, Deya RW, Graham S, Masese LN, Jaoko W, Mandaliya KN, et al. Evaluation of the Isoniazid Preventive Therapy Care Cascade Among HIV-Positive

- Female Sex Workers in Mombasa, Kenya. Clin Sci [Internet]. 2017 [acesso em 2022 fev 22];76:74-81. doi: <https://doi.org/10.1097/qai.0000000000001461>
25. Melo LSO, Oliveira EN, Ximenes Neto FRG, Viana LS, Prado FA, Costa JBC. Passos e descompassos no processo de cuidado aos portadores de tuberculose na atenção primária. Enferm Foco [Internet]. 2020 [acesso em 2022 mar 04];11(1):136-41. doi: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n2.2917>
26. Paz EPA, Cunha CLF, Menezes EA, Santos GL, Ramalho NM, Werner RCD. Práticas avançadas em enfermagem: discutindo a valorização do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. Enferm Foco [Internet]. 2018 [acesso em 2022 mar 04];9(1):41-3. doi: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2018.v9.n1.1856>
27. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico força de trabalho das coordenações estaduais e de capitais e o desenvolvimento das ações em tuberculose durante a pandemia de COVID-19. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [citado 2022 outubro 04]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2022/boletim-epidemiologico-vol-53-no33>.

RECEBIDO: 07/07/2022
ACEITO: 02/01/2023

INFOMED - Direto da bula: Aplicação do uso de mídias sociais digitais como forma de divulgação sobre uso racional de medicamentos

INFOMED - Direct from the package insert:
Digital social medias as a way of rational drug use
information dissemination

Thiago Matias Alvarenga¹; Nathalia Viana do Amaral²; Joice Mara Cruciol³

1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2901-1793>. Estudante de Farmácia. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná, Brasil.
E-mail: thiago.matias.alvarenga@uel.br;

2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5701-1590>. Estudante de Farmácia. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná, Brasil.
E-mail: nathalia.viana@uel.br;

3. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2207-8963>. Farmacêutica-bioquímica. Doutora em Medicina. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná, Brasil.
E-mail: jcruciol@uel.br

CONTATO: Joice Mara Cruciol | Endereço: Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina (UEL), Centro de Ciências da Saúde (CCS), Departamento de Ciências Farmacêuticas (DCF). Av. Robert Koch, 60, Vila Operária. 86057-970 - Caixa Postal 10.011 Londrina-PR Brasil | Telefone: (43) 99101-2969 | E-mail: jcruciol@uel.br

RESUMO

Estudos constataam que na população leiga predomina o desconhecimento acerca das informações para o uso correto de medicamentos. As redes sociais se tornaram um meio de comunicação e de compartilhamento de informações sobre todo tipo de assunto, incluindo indicações sobre uso de medicamentos. Por meio das plataformas Instagram® e Facebook®, o projeto divulga informações científicas presentes nas bulas de medicamentos, bem como livros e artigos científicos e alerta para os benefícios (e perigos) do uso

desses produtos que visam recuperar a saúde, convertendo dados científicos em linguagem simples que possa ser compreendida por pessoas leigas. O presente trabalho pretende descrever quais e como as informações foram divulgadas nas redes sociais do projeto e as interações do público com os temas. Descrever o crescimento do perfil InfoMed.UEL nas redes sociais, bem como o alcance e engajamento nas postagens do quadro Direto da Bula, ao longo de seis meses.

DESCRITORES: Rede Social. Uso de Medicamentos. Bulas de Medicamentos. Comunicação em Saúde.

ABSTRACT

Studies show that the lay population is mostly unaware of the information for the correct use of medicines. Social networks have become a means of communication and information sharing on all kinds of subjects, including indications on medication use. Through the Instagram® and Facebook® platforms, the project disseminates scientific information present in medication package inserts, as well as books and scientific articles, and alerts to the benefits (and also dangers) of using these products that aim to recover health, converting scientific data in simple language that can be understood by lay people. The present work intends to describe what and how the information was disseminated on the project's social networks and the public's interactions with the themes. To describe the growth of the InfoMed.UEL profile on social networks, as well as the reach and engagement in the posts of the Direto da Bula board, over six months.

DESCRIPTORS: Social Networking. Drug Utilization. Medicine Package Inserts. Health Communication.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

Na atualidade, grande parte da população está conectada à internet e às mídias sociais. Segundo estudo realizado pela Hootsuite em parceria com *We Are Social*¹, mais de 4,95 bilhões de pessoas estão conectadas à internet, o que representa 62,5% da população mundial. No Brasil, são mais de 150 milhões de usuários, e a taxa pelo total de habitantes é de 77,3%, um dos maiores dentre todos os países.

A facilidade com que se produz e transmite informações dos diversos assuntos faz com que a internet seja um instrumento de divulgação de informações também na área da saúde, abordando desde a prevenção de doenças, até a promoção de hábitos saudáveis, bem-estar, nutrição, higiene, serviços médicos e farmacêuticos². Além disso, contribui significativamente na área de educação em saúde quando fundamentada na qualidade das informações disponíveis³. Entretanto, é necessário ter um uso cauteloso desse instrumento de informações, tendo em vista que, como um meio de comunicação qualquer, ele apresenta viés de interesse do veiculador da informação e o compromisso com a qualidade do conteúdo é muito variável⁴.

O InfoMed.UEL é um projeto de extensão da Universidade Estadual de Londrina (UEL) criado em 2020, com objetivo de divulgar informações sobre o uso racional de medicamentos para a população leiga por meio de produção de mídias e materiais educativos e publicação no Instagram® e Facebook®. O perfil InfoMed.UEL no Instagram (@infomeduel) foi criado em agosto de 2020 e possui quatro quadros: Infomed Conceitos, Direto da Bula, Farmacinha Caseira e Farmacêutico Responde. Dentre os quadros que compõem as publicações do projeto, o Direto da Bula tem o propósito de divulgar informações relevantes presentes na bula de medicamentos de uso frequente, tais como indicações, mecanismos de ação, contraindicações e exemplos de produtos comerciais. O intuito é estabelecer comunicação e gerar interesse ao promover conteúdo de caráter técnico-científico em linguagem acessível à população geral, de modo a atuar como mecanismo na promoção do uso racional de medicamentos e gerar um impacto social positivo com a mudança na forma que a população consome produtos para a saúde e entende o processo saúde-doença e seus tratamentos. O presente estudo tem como objetivo descrever como ocorreram as interações do público com os temas publicados no quadro Direto da Bula.

MÉTODO

O medicamento a ser abordado nas publicações é decidido pela equipe em reuniões na plataforma Google Meeting®, considerando-se contexto atual, frequência, popularidade e relevância do medicamento na população, bem como perguntas e sugestões recebidas nas redes sociais. As informações sobre o medicamento são pesquisadas em fontes virtuais como Drugs.com®, Medlineplus.gov®, Medscape.com®, além de artigos científicos nacionais e internacionais, bancos de dados governamentais oficiais e bulários eletrônicos disponibilizados pelo Ministério da Saúde no Brasil e a ANVISA. O conteúdo é produzido no aplicativo de design Canva®, que com sua diversidade de elementos gráficos, fontes e ferramentas de design, auxiliam na produção de um material capaz de chamar a atenção do público, em termos de cores e fontes. O planejamento e revisão com a docente são realizados pelo aplicativo Trello®, determinando-se o dia da publicação, horário da postagem, público-alvo, roteiro, quantidade de posts e o objetivo a ser alcançado. Na elaboração de cada material do Direto da Bula, mantém-se o padrão de explicar a classe terapêutica do medicamento, seu mecanismo de ação, advertências e precauções para uso⁵. Todas as informações e referências utilizadas na pesquisa e produção da mídia são disponibilizadas nas legendas das publicações de forma a facilitar o acesso dos interessados à fonte original.

Para esse estudo, os dados foram coletados das informações fornecidas pela própria plataforma do Instagram®, chamada *insights*, uma ferramenta de análise que disponibiliza as projeções de alcance, interações, curtidas e compartilhamentos ocorridos em cada publicação. Ademais, a ferramenta disponibiliza o perfil dos seguidores da página, separando em gênero, idade e localidade. O período de estudo compreendeu as postagens desde setembro de 2021 até fevereiro de 2022.

O projeto InfoMed.UEL foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da UEL, com parecer favorável número 4.895.341. Os dados foram tabulados em planilha do Excel e apresentamos a estatística descritiva.

RESULTADOS

O projeto de extensão InfoMed.UEL teve início no dia 17/08/2021 e nesta data possuía um total de 75 seguidores no perfil, que fora criado meses antes. Chegando

a 445 seguidores no final de fevereiro/2022. Cerca de 82% dos seguidores são do sexo feminino. A faixa etária mais prevalente em ambos os sexos é a de 18-24 anos, e perfaz 54% dos usuários, seguidos de 26% da faixa etária de 25 a 34 anos. Os seguidores são em sua maioria da cidade de Londrina (49%) e São Paulo (6%), mas seguidores com perfil originário de países como Portugal, Argentina e Canadá também frequentam o perfil InfoMed.UEL. Os horários de maior acesso são das 9 às 21h, sem variações quanto ao dia da semana.

Ao final de fevereiro a página apresentava 445 seguidores, representando um aumento de 493,33% em relação ao período inicial. Também houve um aumento no número de interações e engajamentos com as publicações (Tabela 1)

No período analisado eram realizadas postagens semanalmente, e após o mês de dezembro começaram a ser feitas postagens a cada 15 dias. Deste modo houve 14 postagens no período de estudo no quadro Direto da Bula como segue a tabela abaixo:

Através da tabela 5 observamos o crescimento de curtidas, comentários e compartilhamentos ao longo do crescimento do perfil, obtendo um engajamento total (curtidas, comentários e compartilhamentos) de 2838,38%. Destaca-se as publicações com maior número de engajamento Canabidiol, Sinvastatina, Prednisona e Pantoprazol.

Tabela 1. Postagens do quadro “Direto da Bula” e interações com o público na rede social Instagram® de setembro de 2021 a fevereiro de 2022.

| Nome do Post | Interações | Curtidas | Comentários | Compartilhamentos |
|------------------------------|-------------------|-----------------|--------------------|--------------------------|
| Informações da Bula | 53 | 42 | 9 | 0 |
| Fluoxetina | 64 | 50 | 9 | 1 |
| Clonazepam | 56 | 41 | 10 | 1 |
| Progesterona e estrógeno | 58 | 45 | 7 | 0 |
| Ivermectina | 64 | 48 | 8 | 1 |
| Butilbrometo de escopolamina | 68 | 47 | 10 | 4 |
| Sinvastatina | 241 | 121 | 21 | 87 |

| | | | | |
|---------------------------|-----|-----|----|----|
| Prednisona | 165 | 92 | 29 | 33 |
| Cloridrato de Metformina | 81 | 57 | 10 | 7 |
| Pantoprazol | 169 | 67 | 21 | 72 |
| 5 motivos para ler a Bula | 102 | 36 | 6 | 54 |
| Canabidiol | 255 | 130 | 12 | 92 |

Fonte: Elaborada pelos autores (2022)

DISCUSSÃO

De acordo com o aumento do número de interações com as publicações, tanto pelo Instagram quanto pelo Facebook, fica evidente o envolvimento dos seguidores com o conteúdo, o que serve de motivação para novas postagens^{6,7}.

Nos posts relacionados a medicamentos mais comuns como Sinvastatina e Prednisona, obteve-se uma expressiva quantidade de interações e impressões, o que cumpre com o objetivo de levar informações pertinentes. Ademais, recebemos diversas sugestões de mais medicamentos comuns após isso como Pantoprazol por exemplo.

Inicialmente, o quadro Direto da Bula proporcionou a utilização das redes sociais para a divulgação de inúmeras informações sobre medicamentos, seja para pessoas que já dominam o assunto até as que não dominam.

Com a implementação do projeto observou-se um aumento significativo no número de seguidores de 75 para 445 num período de aproximadamente seis meses, um crescimento significativo atingindo contas no exterior.

O número de interações apresentou aumento significativo de 1833,58% a cada postagem. Também ocorreu um aumento no número de engajamentos 2838,38% maior que no período anterior.

Outro ponto analisado foram os posts que tiveram mais interações do público. As postagens que mais tiveram interações foram Canabidiol, Sinvastatina, Prednisona e Pantoprazol. O Canabidiol, acreditamos que teve maior número de interações devido a obscuridade do assunto e o desconhecimento a respeito das possíveis abordagens terapêuticas. Contudo, além de intensificar a disseminação de

informações verificadas em uma tentativa de tentar combater as *fake news* da pandemia, o atual cenário requer atitudes de corresponsabilidade entre os profissionais da área da saúde e a população leiga⁸⁻¹⁰. Nesse sentido, a disseminação de informações acerca do uso racional de medicamentos é uma ótima estratégia para orientar acerca de atitudes possíveis e necessárias¹¹.

CONCLUSÃO

A síntese dos resultados apresentados deixa evidente a funcionalidade das mídias sociais digitais para disseminar informações sobre medicamentos. O estudo do alcance da página permite concluir que o projeto contribui para a democratização do conhecimento sobre diversos medicamentos e conseqüentemente faz com que mais pessoas saibam a importância de fazer um uso racional deles.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Pró-Reitoria de Graduação da UEL, pela concessão da bolsa PAB/FAEPE.

REFERÊNCIAS

1. Kemp S. Global Overview Report. DataReportal. Acesso em: 28 de mar. 2022. Disponível em: <https://datareportal.com/reports/digital-2022-global-overview-report>.
2. Gonçalves M. Contribuições das mídias sociais digitais na divulgação científica. Múltiplas facetas da comunicação e divulgação científica, [s. l.], 5 out. 2012. Acesso em: 27 fev. 2022. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Marcos-Gonzalez/publication/236026642_Os_primordios_da_Comunicacao_Cientifica_e_m_O_Ensaizador_1623_de_Galileu_Galilei/links/00b7d515da05e451c200000/O-s-primordios-da-Comunicacao-Cientifica-em-O-Ensaizador-1623-de-Galileu-Galilei.pdf
3. Biruel EP. Uso da internet como instrumento de educação em saúde. UNIFESP, São Paulo (2008). Acesso em 28 fev. 2022. Disponível em: <https://repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/24269/Tese-24269.pdf?sequence=1>

4. Moretti FA, Oliveira VE, Silva EMK. Acesso a informações de saúde na internet: uma questão de saúde pública?. *AMB rev. Assoc. Med. Bras.* 2012, v. 58, n. 6 , pp. 650-658. Acesso em: 28 fev. 2022. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302012000600008>.
5. Oliveira ICA. O que, como e para que as mulheres usam medicamentos: um estudo farmacoepidemiológico. 2020. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso - graduação em Farmácia). Universidade Estadual de Londrina. Orientador: Joice Mara Cruciol.
6. Benetoli A, Chen TF, Spagnardi S, Beer T, Aslani P. Provision of a Medicines Information Service to Consumers on Facebook: An Australian Case Study. *J. med. internet res.* n. 11, v. 17, 2015. Acesso em: 27 fev. 2022. doi: <https://doi.org/10.2196/jmir.4161>
7. Navas ALGP. Divulgação científica como forma de compartilhar conhecimento. *CODAS*, [s. l.], 22 fev. 2020. Acesso em: 27 fev. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/codas/a/JfNFfDWM4Qr3rkqmRWHCWLm/?format=pdf&lang=pt>
8. Silva MMS. Interseção de saberes em mídias sociais para educação em saúde na pandemia de COVID-19. *Revista de políticas públicas*, [s. l.], 19 fev. 2020. Acesso em: 26 fev. 2022. doi: <https://doi.org/10.36925/sanare.v19i2.1479>
9. Santos KKA, Santos TA, Luz DA. A influência das redes sociais no uso irracional de medicamentos para combate ao COVID-19 por estudantes do curso de farmácia e profissionais de uma instituição de ensino superior privada. *J. Pharmacy and Pharmaceutical Sciences*, [s. l.], 11 jun. 2021. Acesso em: 26 fev. 2022. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16069>
10. Bravo TP. Análise da informação sobre cloroquina e ivermectina nas mídias digitais Youtube e Instagram: relação entre Covid-19 e infodemia. *Revista brasileira de farmácia hospitalar e serviços de saúde*, [s. l.], 20 set. 2020. Acesso em: 28 fev. 2022. doi: <https://doi.org/10.30968/rbfhss.2021.124.0687>
11. De Aquino DS. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? *SciELO- Brasil*, [s. l.], 1 abr. 2008. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000700023>

RECEBIDO: 18/11/2022

ACEITO: 02/01/2023

Formação para a interprofissionalidade e o matriciamento

Training for interprofessionality and matrix support

Meyrielle Belotti¹, Carolina Dutra Degli Esposti², Bruna Lídia Taño³,
Magda Ribeiro de Castro⁴, Flávia Fonseca Venancio⁵,
Caroline Travesani Marchezi⁶, Alexandra Iglesias⁷

1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3901-4656>. Professora Adjunto do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Doutora em Psicologia. Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória -ES, Brasil.

E-mail: meyrielle.belotti@ufes.br

2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8102-7771>. Professora Adjunto do Departamento de Medicina Social e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Doutora em Saúde Pública. Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória -ES, Brasil.

E-mail: carolina.esposti@ufes.br

3. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0101-4100>. Professora Adjunta do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Doutora em Educação Especial. Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória -ES, Brasil

E-mail: bruna.tano@ufes.br

4. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5582-6780>. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC), da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória -ES, Brasil. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória -ES, Brasil.

E-mail: magda.soares@ufes.br

5. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8309-4353>. Enfermeira. Residência em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

E-mail: flavia.venacio2007@hotmail.com

6. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4533-5317>. Cirurgiã-Dentista pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Guarapari- ES, Brasil.

E-mail.: caroltmarchezi@gmail.com

7. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7188-9650>. Professora Adjunto do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e professora colaboradora do Programa de Pós-graduação em Psicologia. Doutora em Psicologia. Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória -ES, Brasil.

E-mail: leiglesias@gmail.com

CONTATO: Meyrielle Belotti | Endereço: Universidade Federal do Espírito Santo. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Centro de Ciências Humanas e Naturais. Edifício Professor Lídio de Souza. Av. Fernando Ferrari, nº 514, Goiabeiras, Vitória-ES- CEP 29.075-910. | Telefone: (27)99949-3596 | E-mail: meyrielle.belotti@ufes.br

RESUMO

Objetivou-se analisar as concepções de estudantes do Programa de Educação para o Trabalho em Saúde/Educação Interprofissional sobre a formação para a interprofissionalidade e o matriciamento. Utilizou-se da técnica do Grupo Focal *on-line* para a coleta de dados. O registro da discussão foi submetido à análise de conteúdo. Os resultados delinearão três categorias: 1) Formação em interprofissionalidade, matriciamento e a experiência do Programa de Educação para o Trabalho em Saúde/Educação Interprofissional; 2) Potencialidades da interprofissionalidade e do matriciamento; e 3) Desafios da interprofissionalidade e do matriciamento. O Programa de Educação para o Trabalho em Saúde/Educação Interprofissional configurou-se como uma ferramenta importante para o fomento da colaboração interprofissional e do exercício do matriciamento, proporcionando aos estudantes a aplicação dos conceitos e fundamentos da Educação Interprofissional no cenário das práticas.

DESCRITORES: Educação Interprofissional; Práticas Interdisciplinares; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The objective of this work was to analyze students' conceptions of the Education Program for Work in Health/Interprofessional Education about training for interprofessionalism and matrix support. The online Focal Group technique was used for data collection. The record of the discussion was submitted to content analysis. The outcomes outlined three categories: 1) Training in interprofessionalism, matrix support and the experience of the Education Program for Work in Health/Interprofessional Education; 2) Potentialities of interprofessionalism and matrix support; and 3) Challenges of interprofessionalism and matrix support. The Education Program for Work in Health/Interprofessional Education was configured as an important tool for the promotion of interprofessional collaboration and the exercise of matrix support, providing students with the application of the concepts and fundamentals of Interprofessional Education in the scenario of practices.

DESCRIPTORS: Interprofessional Education; Interdisciplinary Placement; Unified Health System.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

O trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) requer profissionais de saúde comprometidos com os princípios da integralidade, equidade e universalidade. O processo de construção e fortalecimento do SUS é marcado pelo fomento das políticas de reorientação da formação e do trabalho em saúde que buscam enfrentar os desafios que comprometem a operacionalização do sistema de saúde segundo seus princípios¹. Nesse cenário, destacam-se duas temáticas: a Educação Permanente em Saúde (EPS) e a Educação Interprofissional (EIP). A primeira pressupõe que a educação e formação dos trabalhadores de saúde ocorra numa relação recíproca e dialética com as práticas de cuidado, a partir da reflexão do cotidiano vivenciado². Já a segunda, constitui-se como uma abordagem de educação e formação profissional em saúde presente no cenário internacional, desde os anos 1970, que ganhou destaque no Brasil na última década^{1,3}.

Ressalta-se que a EPS e o EIP consistem em movimentos que enfrentam os desafios inerentes ao processo de (re)construção dos modos de pensar a formação em saúde no contexto brasileiro¹. Nesse sentido, observa-se a contínua aproximação dos campos teóricos da EPS e da EIP em cenários estratégicos de formação e do trabalho em saúde. Como um dos exemplos dessas estratégias, cita-se o Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (PET-Saúde).

O PET-Saúde, instituído pela Portaria Interministerial Nº 1.802, de 26 de agosto de 2008, configura-se como uma estratégia de integração ensino-serviço-comunidade que busca promover mudanças no processo de formação profissional, por meio de vivências no SUS. Suas ações são desenvolvidas por meio de grupos tutoriais, compostos por docentes de Instituições de Ensino Superior (IES), discentes e profissionais dos serviços, que assumem o papel de preceptores⁴.

A edição do PET-Saúde 2019-2021 trouxe como temática a Interprofissionalidade, com vistas a fomentar a EIP no SUS, contribuindo com a formação de futuros profissionais e daqueles já inseridos nos serviços para o trabalho interprofissional e colaborativo. Sua proposta atende ao chamado da Organização Mundial da Saúde (OMS) para implementar a EIP como ferramenta capaz de promover o desenvolvimento e o fortalecimento dos recursos humanos em saúde e, conseqüentemente, favorecer a redução de problemas enfrentados pelos sistemas de saúde⁵. Além disso, o PET-Saúde/EIP propõe mudanças curriculares alinhadas às

Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), com a aposta na proposição de currículos que favoreçam a EIP e as práticas compartilhadas^{4,6}.

Destaca-se que as DCN, na área da saúde, têm como finalidade reorientar os Projetos Pedagógicos de Cursos (PPC) para a formação de profissionais segundo os princípios e as diretrizes do SUS. Espera-se que desenvolvam competências e habilidades capazes de atender às necessidades de saúde das pessoas com qualidade, eficiência e resolutividade. Diante desse propósito, a EIP tem figurado como uma vertente que se propõe a fomentar mudanças na fragmentação do ensino, na ênfase no cuidado hegemônico, nas metodologias passivas de ensino - estudante como receptor e professor como transmissor de informações -, e na desvinculação dos currículos das necessidades dos territórios⁷.

A EIP tem sido compreendida como uma estratégia educacional capaz de melhorar a qualidade da atenção à saúde a partir do efetivo trabalho em equipe, na perspectiva da prática colaborativa e do trabalho interprofissional. Tal prática é caracterizada pelo cuidado compartilhado entre profissionais de saúde que realizam ações integradas, por meio da articulação de saberes técnicos e científicos, com objetivos comuns voltados às necessidades do território⁸.

Para a realidade brasileira, a EIP e o trabalho interprofissional apresentam-se com um significado peculiar, tendo em vista os ideais que orientam o SUS. As bases teóricas e metodológicas da EIP e da interprofissionalidade complementam e fortalecem práticas colaborativas já existentes no cotidiano de trabalho do SUS. Nessa direção, salienta-se o matriciamento como um arranjo organizativo que responde aos desafios da EIP e da interprofissionalidade, quando propõe o encontro entre equipes para a troca de saberes e práticas, visando à construção de um cuidado integral destinado a promover a saúde das populações⁷. Assim, busca-se, por meio de encontros de matriciamento, assegurar retaguarda especializada a equipes encarregadas da atenção aos problemas de saúde, de maneira personalizada e interativa, alterando a lógica tradicional de referência, contrarreferência e instituindo uma relação interprofissional dialógica e democrática, com fomento à corresponsabilidade⁹.

Neste estudo, o matriciamento foi elencado como dispositivo operador que responde aos desafios da EIP, quando propõe o encontro entre equipes para a troca de saberes e práticas, sustentado na perspectiva da clínica ampliada. Dito isso, o estudo proposto objetivou analisar as concepções de estudantes participantes do

PET-Saúde/EIP sobre a formação para a interprofissionalidade e o matriciamento, bem como os desafios e potencialidades dessas práticas.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, realizada em um município da região sudeste do Brasil, que participou da edição do PET-Saúde/EIP, no período de 2019 a 2021, por meio de uma parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) e uma Instituição de Ensino Superior (IES), pública de âmbito federal. O projeto PET-Saúde/EIP contemplou a participação de nove cursos de graduação da área da saúde: Enfermagem; Farmácia; Fisioterapia; Fonoaudiologia; Medicina; Nutrição; Odontologia; Psicologia; e Terapia Ocupacional. Participaram do projeto 16 docentes e 42 estudantes desses cursos e 25 profissionais de saúde da Atenção Básica (AB). Os participantes foram distribuídos em cinco grupos tutoriais. Cada grupo atuava em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) com Estratégia Saúde da Família (ESF), totalizando cinco diferentes UBS.

Durante a realização do projeto, a rede de serviços de saúde do município era composta por 29 UBS, um Centro de Referência de Atendimento ao Idoso e um de tratamento das infecções sexualmente transmissíveis, quatro Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II, CAPS III, CAPS infantojuvenil, CAPS álcool e drogas), um Serviço de Atendimento às vítimas de violência, dois Prontos atendimentos e um Centro Municipal de Especialidades.

O público-alvo da pesquisa foi composto por estudantes que participaram como monitores do PET-EIP. Dessa forma, foi realizado o convite a todos os estudantes dos cinco grupos tutoriais do referido projeto (que totalizavam 42 estudantes). Os convites foram encaminhados por e-mail e via grupo de WhatsApp do referido projeto PET-EIP. Participaram do estudo sete estudantes (todas do sexo feminino). O número reduzido de participantes ocorreu em função da coleta de dados ter sido realizada no contexto da pandemia e durante o horário em que os demais estudantes estavam envolvidos com outras atividades acadêmicas. Contudo, foi possível garantir um representante de todas as UBS incluídas no referido projeto PET-Saúde/EIP, de diferentes formações: Enfermagem (1); Fonoaudiologia (1); Medicina (1); Odontologia (2); Psicologia (1); e Terapia Ocupacional (1).

Ressalta-se que no primeiro ano de realização do projeto PET-Saúde/EIP

(2019), as estudantes estiveram inseridas nas UBS, desenvolvendo ações em conjunto às equipes da AB, especialmente no que tange às práticas interprofissionais e ao matriciamento. No segundo ano (2020), com o advento do novo coronavírus (SARS-CoV-2), responsável pela pandemia de COVID-19, ocorreu a reconfiguração das atividades para a modalidade remota. A IES disponibilizou, aos seus membros, as aplicações do G-Suite for Education (Google Meet, Drive, Classroom e demais ferramentas) e, assim, foi possível dar continuidade aos encontros dos grupos tutoriais e a parte das ações.

Considerando o contexto pandêmico da COVID-19, a coleta de dados foi realizada na modalidade virtual, por meio da realização de um Grupo Focal *on-line* (GFO) síncrono, realizado com o recurso de vídeo e áudio. Apesar do uso dos GFO ser incipiente no campo da saúde, pondera-se que tal técnica permite a interação grupal e produz dados de qualidade acerca de um determinado fenômeno, oportunizando a problematização de uma ideia em profundidade, podendo ser uma alternativa ao GF tradicional em tempos que demandam distanciamento social¹⁰.

O GFO foi realizado em dezembro de 2020, com a duração aproximada de duas horas, sendo conduzido por três pesquisadores (um moderador e dois observadores). O moderador tinha a função de esclarecer a dinâmica de funcionamento dos GFs, apresentar os aspectos éticos vinculados à pesquisa, facilitar a discussão e estimular o debate. Já os observadores tinham o papel de registrar a dinâmica grupal, auxiliar na condução das discussões, colaborar com o moderador no controle do tempo e monitorar a gravação. Além dos pesquisadores, ocorreu também a presença de três estudantes, participantes do PET-Saúde/EIP, que assumiram a função de suporte no manejo da tecnologia virtual à equipe da pesquisa.

Iniciou-se o GFO com a realização de uma dinâmica, que consistia na apresentação, em slides, de figuras selecionadas de forma aleatória, a partir das quais os participantes deveriam escolher aquelas que consideravam melhor representar a interprofissionalidade e o matriciamento. Ao final da apresentação, cada participante expôs ao grupo as duas imagens escolhidas (uma relacionada à interprofissionalidade e outra ao matriciamento) e comentou sobre a associação feita entre as imagens selecionadas e as temáticas em questão. A dinâmica foi utilizada como um disparador para a discussão seguinte, orientada por um roteiro com os tópicos: concepção sobre interprofissionalidade e Matriciamento, bem como potencialidades e desafios para efetivação dessas práticas. O GFO foi gravado em áudio e, posteriormente, transcrito

na íntegra.

Para a análise de dados, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, que constou nas seguintes etapas: pré-análise; exploração de material; e tratamento dos resultados¹¹. Na etapa da pré-análise dos dados, foi realizada a leitura flutuante da transcrição do grupo focal, sendo recortados trechos das falas que contemplam o objetivo do estudo. Em seguida, foi realizada a exploração do material, com a categorização dos trechos selecionados, que foram agrupados e classificados por semelhança. A última etapa consistiu no tratamento dos resultados, que culminou na análise reflexiva dos dados, com o intuito de expressar os sentidos e os significados conferidos às mensagens analisadas.

Para a apresentação de cada categoria, são explicitados extratos das falas dos participantes, as quais serão identificadas por meio da letra E seguida de um número, representando os entrevistados (E1, E2, E3 etc.).

Esse estudo faz parte do projeto de pesquisa intitulado “Concepções e práticas sobre a interprofissionalidade e o apoio matricial na Atenção Básica”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (n. 4.322.774), conforme Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde¹², e contou com a anuência da SEMUS. Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por meio de um formulário eletrônico enviado previamente à coleta dos dados.

RESULTADOS

Das análises dos dados resultaram três categorias: 1) Formação em Interprofissionalidade, matriciamento e a experiência do PET-Saúde/EIP; 2) Potencialidades da interprofissionalidade e do matriciamento; e 3) Desafios da interprofissionalidade e do matriciamento.

Formação em Interprofissionalidade e matriciamento e a experiência do PET-Saúde/EIP

Tal categoria discorre os entendimentos das estudantes sobre sua formação acadêmica a respeito das temáticas da interprofissionalidade e do matriciamento, bem como as experiências proporcionadas pelo PET-Saúde/EIP em suas formações, na vivência dessas duas estratégias de integração em saúde. As estudantes

participantes ressaltam diferentes experiências de formação teórica sobre a interprofissionalidade e o matriciamento, a depender do curso de graduação em que estão inseridas. Algumas referem já ter tido contato teórico com as temáticas em algumas disciplinas, outras afirmam o contato prévio com assuntos que circundam a interprofissionalidade e o matriciamento, como o “*conceito ampliado de saúde*” (E1), o debate sobre equipes “*multi, inter, trans, trabalho em grupo e trabalho em equipe*” (E4), enquanto outras indicam que o primeiro contato aconteceu a partir do PET-Saúde/EIP. Nas palavras da estudante:

Eu vou ser bem sincera, a primeira vez que eu estou tendo contato com esses conceitos, com essas ideias, está sendo no PET, e olha que eu já estou no sétimo período, então faltam três períodos pra eu me formar e eu nunca tive contato. Então, se eu não tivesse essa oportunidade de estar participando do projeto, eu sairia sem nem saber que existe. Então eu acho que tem uma deficiência ao longo da nossa formação. (E6).

Nessa discussão sobre a “deficiência” da formação em interprofissionalidade e matriciamento, outra estudante (E1) caracteriza sua formação como muito técnica, sem “*envolvimento profissional, muitas vezes*”, isolada, “*(...) é você ali no seu mundinho, você com seu paciente, aquela coisa bem técnica mesmo*”. Para outra estudante, esses contatos com as temáticas em questão e a AB, de modo geral, dependem do professor e do interesse do estudante, inclusive em escolher realizar um estágio na AB, e, se isso não acontecer, o contato com o SUS nesses debates fica limitado.

Independentemente das diferenças nas formações, foi unânime, entre as participantes, a afirmativa de que o PET-Saúde/EIP representou o primeiro contato prático com a interprofissionalidade e o matriciamento.

Eu, no meu caso, (...) na graduação eu tive em filosofia, não necessariamente na questão do matriciamento e tal, a gente aprende muito a questão da verticalidade, horizontalidade, e aí ele entrou em conceito como multiprofissionalidade e interprofissionalidade, (...) vi sobre NASF e tal (...), agora o PET aproxima muito mais, pela vivência prática. (E3).

As estudantes referem a experiência no PET-Saúde/EIP como uma vivência que as diferenciam dos demais estudantes que não tiveram essa oportunidade/“privilegio” e que, portanto, não conhecem sobre a prática de interprofissionalidade e matriciamento. Nas palavras da estudante:

Eles olham eu falando do jeito que eu falo “Ahh contexto de SUS” e “unidade de saúde”, “trabalhar com médico e trabalhar com enfermeira, nutricionista” e, assim, todo mundo junto e misturado e tem gente que estranha: “mas que trabalho é esse que você está fazendo?” (E1).

Nessa discussão sobre as experiências do PET-Saúde/EIP, as estudantes referem, ainda, que esse programa possibilitou, aos envolvidos, saírem da “zona de conforto”, na medida em que os convocou à mudança de práticas. Além disso, proporcionou a construção de laços de confiança com as demais profissões da saúde. Segundo a participante (E5): *“Os cursos diferentes se complementam e se ajudam (...), a gente trabalha de igual pra igual com o mesmo objetivo”.*

Contudo, as estudantes trazem, também, uma crítica no sentido de que essa experiência parece se limitar a esse contexto ideal do programa, *“como se o PET fosse uma coisa meio à parte, então, não cabe levar conflitos para o PET, digamos assim”.* Em outras palavras:

Eu percebo que, pelo menos no PET ou com alguns profissionais do PET, existe uma boa relação, uma relação mais de busca e de procura, só que isso é o que eu vejo no PET, eu não sei como é com os outros profissionais que a gente não tem contato, porque dá para perceber que existem algumas questões, alguns conflitos, mas que não necessariamente chega até a gente. (E4).

Potencialidades da interprofissionalidade e do matriciamento

Essa categoria evidencia os entendimentos das estudantes sobre as repercussões positivas da experiência prática com a interprofissionalidade e o matriciamento para suas formações. Destaca-se, dentre as potencialidades, a capacidade dessas duas propostas contribuírem com a vivência da “integralidade” do cuidado, na medida em que se diminui a fragmentação dos sujeitos e do cuidado, que um profissional completa o outro e se consegue contemplar *“várias instâncias da vida”* (E3).

Acrescido disso, as estudantes abordam a potencialidade da interprofissionalidade e do matriciamento em favorecer a efetivação do princípio de continuidade do cuidado previsto para a AB. De forma semelhante, as participantes relacionam essa potencialidade à comunicação possibilitada por essas estratégias de integração, já que, também, *“(...) não se perde tanto as informações”* (E1).

Comparece, ainda, como potencialidade da interprofissionalidade e do matriciamento, dissipar a insegurança da prática em saúde. Nas palavras da estudante:

Eu entendo que é uma via de mão dupla: tanto os profissionais ganham com isso [interprofissionalidade e matriciamento], porque você se sente mais seguro ao tomar uma decisão, você toma ela em conjunto; quanto o paciente ganha com isso, porque o corpo humano não é formado por apenas um sistema ou um órgão, ele precisa de um conjunto assistindo (E6).

Por fim, as estudantes participantes destacam a contribuição da interprofissionalidade e do matriciamento na “*resolução de problemas*” (E2) e na “*clareza de papéis*” (E3), por meio da compreensão do fazer dos outros profissionais que compõem a AB.

Desafios da interprofissionalidade e do matriciamento

Essa categoria salienta as dificuldades percebidas pelas estudantes para a efetivação da interprofissionalidade e do matriciamento nas suas vivências no PET-Saúde/EIP. Destaca-se como desafio a própria formação que, de acordo com as participantes, por vezes, se limita ao “consultório”. Para elas, isso repercute na constituição de outros desafios como, por exemplo, o isolamento/distanciamento de alguns cursos/profissões no cotidiano das práticas em saúde, o que prejudica a “*interação com a equipe (...), a comunicação entre um e outro*” (E1).

Ainda sobre a formação para a integração entre profissões, uma estudante explica que, até aquele momento, não havia sido abordada, em seu curso de graduação, a importância de outras categorias profissionais: “*(...) eu não aprendo muito a importância do enfermeiro, do odonto, a gente não aprende a importância das outras profissões*” (E7). Neste sentido, são mantidos os “*lugares históricos de poder e de saber das profissões (...), [tem-se] certo preconceito pelos nichos, os silos (...), profissionais, (...) isso é da minha profissão, isso é da minha categoria, isso é da minha especialidade* (E3)”; o que se apresenta, segundo as participantes, como um limite à efetivação da interprofissionalidade e do matriciamento em sua formação e no cotidiano dos serviços.

Comparece, também, como desafio à interprofissionalidade e ao

matriciamento, o “*desprendimento de cada profissão. De sair de sua zona de conforto (...) das funções definidas*” (E1). Assim, para outra estudante, configura-se certa falta de colaboração entre os trabalhadores, de modo que tal colaboração acaba na dependência da “vontade subjetiva” de cada profissional. A estudante explica que:

se eu não quiser, não acreditar nisso, não acreditar na interprofissionalidade, não acreditar no meu trabalho com uma equipe, vai ser difícil a minha prática, eu não vou me envolver, eu não vou colaborar da forma que deveria (E2).

As estudantes apontam como desafio a intensidade da dinâmica de trabalho: “[um que] *chega atrasado, e aquela coisa, paciente fica batendo na porta, aquela loucura*” (E2). Esse contexto relaciona-se, também, segundo as estudantes, ao desafio de afirmação de uma perspectiva coletiva diante de uma demanda por procedimentos. Com isso, configuram-se poucos espaços de debate das práticas e das relações entre os diversos atores da saúde. Nas palavras da estudante: “[são] *poucos espaços para a gente debater, pensar a nossa prática, o nosso trabalho em grupo, como acontece, a nossa relação enquanto equipe. É uma coisa que eu penso... que eu percebi também, que afeta o serviço e a saúde dos trabalhadores (...)*” (E4).

DISCUSSÃO

Apesar das DCN constituírem um padrão geral de orientação para a elaboração dos projetos pedagógicos e currículos das IES, coerentes com as necessidades do SUS^{6,7}, os resultados demonstram que as mudanças promovidas nos cursos acompanhados no estudo ainda são incipientes diante do alcance desse propósito. De modo geral, a temática da interprofissionalidade e do matriciamento comparecem em situações pontuais, tendo em vista que o ensino ainda enaltece o exercício liberal da profissão, por meio de um cenário de prática de consultório. A formação em saúde é concebida como responsabilidade de cada área, com demarcação de “nichos” e dos “lugares históricos de poder e saber”, presentes nas categorias profissionais.

Ressalta-se que a implantação das DCN ainda é um desafio, especialmente no que concerne ao desenvolvimento de mecanismos efetivos de integração curricular entre as diferentes disciplinas⁷. Ou seja, na criação de mecanismos capazes de retirar o futuro profissional do seu “mundinho com o paciente” e promover a articulação com as demandas do SUS, a fim de eliminar os “estranhamentos” a essa política. Ressalta-

se, que a existência de imprecisões na escrita das diretrizes da DCN, refletem o campo de disputas em torno dos modelos de saúde. Essas “brechas” nas orientações adotadas favorecem práticas educacionais tradicionais, focadas na transmissão do conhecimento, sem articulação entre teoria e cotidiano das práticas, privilegiando o desenvolvimento de competências e habilidades a partir da lógica de cada categoria profissional¹³.

Paradoxalmente, o trabalho em saúde é organizado em equipe, ao passo que a graduação se apresenta com fortes características uniprofissionais, em que as práticas educacionais ocorrem somente entre os estudantes de uma mesma profissão, isolados dos demais cursos da saúde, sendo essa realidade apontada nos dados como um desafio para o alcance da interprofissionalidade e do matriciamento. A lógica departamentalizada, ainda presente nas IES, além de produzir obstáculos para EIP, traz importantes implicações para a qualidade do cuidado em saúde no âmbito do SUS, principalmente, no que diz respeito à integralidade do cuidado, tendo em vista que os estudantes não aprendem a importância das outras profissões. Isso repercute diretamente na formação de vínculos e no reconhecimento do saber do outro no processo de cuidado. Os cursos de graduação funcionam em estruturas próprias, legitimando a separação e dificultando a interação entre os cursos da área da saúde. Todavia, a barreira cultural ainda é o maior desafio. A lógica da formação específica e especializada permanece forte e exerce importante influência na construção das identidades profissionais e no favorecimento do corporativismo profissional. Corroborando com esses cenários, o processo de formação é muito conteudista e dificulta a adoção de estratégias capazes de fomentar competências, habilidades e valores pautados na colaboração¹⁴.

Importa ressaltar que as atualizações das DCN buscam reduzir as “lacunas” e as barreiras ainda existentes na formação em saúde, produzindo avanços em direção a EIP. São citados como exemplo as novas DCN para o curso de graduação em Odontologia, publicada em 21 de junho de 2021, que teve um avanço importante no que diz respeito ao perfil do egresso, destacando a sua capacidade para trabalhar em equipe, na perspectiva interprofissional. Além dessa mudança, a temática da interprofissionalidade também foi inserida nas competências gerais, na estrutura curricular e nos conteúdos curriculares de outros cursos de graduação¹⁵.

Os resultados também reafirmam a interprofissionalidade e o matriciamento como práticas dialógicas capazes de superar a dicotomia entre o aprender e o ensinar,

a teoria e a prática, o pensar e o agir, favorecem as rupturas com as práticas tradicionais do campo da saúde na direção de uma atenção mais participativa e integral. A operacionalização da prática interprofissional e do matriciamento contribuiu com a vivência do cuidado integral, contínuo e resolutivo; com o desenvolvimento da colaboração interprofissional; com tomada de decisões compartilhadas; o aprendizado para o efetivo trabalho em equipe, como o reconhecimento e a clareza dos papéis profissionais.

A partir dessa compreensão, pondera-se a defesa da EIP com um referencial de educação para o SUS⁸. A EIP pode ser salientada como uma nova possibilidade de reorientação do ensino, tendo em vista que sua característica central é o trabalho em equipe, no qual profissionais de diferentes áreas aprendem de forma conjunta sobre o trabalho coletivo e as especificidades de cada categoria profissional⁵.

Importa ressaltar que a consolidação da EIP solicita a construção de processos sólidos e sustentáveis com clareza no reconhecimento e na intencionalidade da prática colaborativa¹³. Dito isso, ressalta-se a necessidade de garantir o respaldo nas políticas atuais e futuras que fomentam as ações em torno da EIP; o fortalecimento das relações entre universidade, serviços e comunidades; e o investimento na mudança das relações interprofissionais e interpessoais dos diversos atores envolvidos na formação em saúde¹⁶.

Nessa mesma direção, destaca-se a existência de três dimensões estratégicas e de igual relevância para a adoção da EIP, sendo essas classificadas como: macro, meso e micro¹⁷. A dimensão macro está relacionada com as políticas de saúde e educação, com o foco na reorientação de formação em saúde. O nível meso diz respeito aos desenhos curriculares e os programas dos componentes curriculares. Por fim, a dimensão micro refere-se aos aspectos relacionais entre os sujeitos no processo de ensino aprendizagem.

Acrescido disso, pondera-se a importância da qualificação do corpo docente para a EIP evitando, assim, o desenvolvimento de práticas curriculares isoladas, realizadas a partir das motivações pessoais de alguns docentes, conforme descrito no resultado dos discursos evidenciados. Verifica-se que essa realidade demonstra a fragilidade das políticas indutoras de formação para o SUS e, conseqüentemente, produz reflexos no cotidiano do trabalho em saúde, tendo em vista que a efetivação da interprofissionalidade e do matriciamento também está atrelada às "vontades subjetivas" dos profissionais de saúde.

No que se refere ao fomento das políticas públicas em torno da EIP, ressalta-se que o PET-Saúde/EIP foi pontuado como a primeira estratégia que oportunizou a aproximação das estudantes com as práticas da interprofissionalidade e do matriciamento, sendo caracterizado como um “privilégio” na sua formação em saúde. Ademais, ao atender uma demanda interministerial, o PET-Saúde/EIP possibilitou o estreitamento das relações interpessoais no contexto da AB, por meio da criação de “laços de confiança” e do desenvolvimento de práticas complementares. Esses resultados convergem com os achados na literatura^{18,19}, na medida que permitem considerar a proposta PET-Saúde/EIP como uma experiência exitosa e inovadora, sendo a AB um contexto favorável para a EIP. Sua realização, além de fortalecer uma prática acadêmica integrada aos serviços de saúde, modifica atitudes, ideias, cultura e práticas pedagógicas.

Contudo, contrapondo os resultados que demonstram os efeitos do PET-Saúde/EIP na integração ensino-serviço-comunidade e na aproximação entre teoria e prática, a análise da discussão das participantes demonstra, também, a existência de um distanciamento entre as ações desenvolvidas pelo programa e os problemas cotidianos que atravessam os serviços de saúde. Nota-se que, ao caracterizar o PET-Saúde/EIP “como uma coisa meio à parte”, os conflitos existentes no trabalho em saúde não são tomados como fonte de aprendizagem significativa. Há um reforço da cisão entre as condições ideais e reais, sendo destinado para o estudante somente o aprendizado idealizado, não condizente com o trabalho vivo²⁰.

Neste contexto, pondera-se a necessidade da promoção do diálogo entre o campo do ideal e do real na formação em saúde, buscando alcançar o desenvolvimento de ações possíveis, resultante de um processo de transformação que ocorre entre a realidade levada em conta e o modelo idealizado. O reforço de modelos ideais, além de reproduzir uma formação homogeneizada e formatada para a constituição do ideal de profissional de saúde, também pode gerar sentimento de impotência e de frustração nestes, por não conseguir equacionar a relação entre as condições ideais e reais presentes no dia a dia dos serviços de saúde²¹.

A demanda pela produção quantitativa, em detrimento da construção do trabalho colaborativo, também foi pontuada como um desafio para a efetivação da interprofissionalidade e do matriciamento. Sabe-se que ambas as práticas solicitam o estabelecimento de encontros relacionais entre pares, em busca das articulações necessárias para a integração de suas ações no ato de cuidar⁹. Dito isso, pode-se

afirmar que a interprofissionalidade e o matriciamento se colocam no campo das práticas contra-hegemônicas. O exercício desses fomenta os processos de reorientação da formação e do cuidado em saúde no SUS, por meio do estabelecimento de espaços dialógicos de cogestão como *lócus* de aprendizagem e de transformação que podem impactar diretamente na produção qualitativa da saúde.

CONCLUSÃO

O estudo objetivou analisar as concepções de estudantes participantes do PET-Saúde/EIP sobre a formação para a interprofissionalidade e o matriciamento, bem como os desafios e potencialidades dessas práticas. Os resultados revelam que a interprofissionalidade e o matriciamento são temáticas que aparecem de forma pontual ou ainda não fazem parte da formação em saúde. Diante desse cenário, o PET-Saúde/EIP foi uma estratégia importante para o fomento da colaboração interprofissional e do exercício do matriciamento, proporcionando aos estudantes a aplicação dos conceitos e fundamentos da EIP no cenário das práticas.

Destaca-se a interprofissionalidade e o matriciamento como ferramentas dialógicas capazes de disparar processos de mudança do trabalho e da formação em saúde. Contudo, a implementação de ambas as práticas torna-se um desafio, pois envolve rupturas nas clássicas formas de organização, funcionamento das IES e dos serviços de saúde. Em outras palavras, o desenvolvimento da colaboração interprofissional requer ações articuladas e transversais no currículo, que envolvem tanto a operacionalização dos referenciais teórico-metodológicos da EIP quanto o levantamento das necessidades educacionais, a definição e a articulação das competências específicas, comuns e colaborativas.

É importante reafirmar as contribuições do PET-Saúde/EIP na formação em saúde, sendo uma oportunidade que proporcionou o reconhecimento do papel do outro, legitimando o saber das diferentes disciplinas e, conseqüentemente, favoreceu o desenvolvimento do cuidado integral. Torna-se fundamental ressaltar também a interprofissionalidade e o matriciamento como apostas políticas para mudanças do cenário de práticas de saúde, de formação, cuja implementação requer a mobilização social de todos os atores envolvidos, a superação da disputa de saberes e poderes, colocando como centro desses debates a construção de um sistema de saúde efetivamente integral e resolutivo.

Como limitação deste estudo, pondera-se a necessidade da realização de outras investigações que integrem as concepções dos diferentes atores envolvidos com o ensino: estudantes, docentes e preceptores dos serviços de saúde. Contudo, esse trabalho abre perspectivas para futuras pesquisas com foco na formação em saúde para o SUS, buscando avaliar a efetividade dessa participação conjunta dos cursos da área de saúde para o desenvolvimento de competências e habilidades para o exercício da colaboração interprofissional.

REFERÊNCIAS

1. Ogata MN, Silva JAM, Peduzzi M, Costa MV, Fortuna CM, Feliciano AB. Interfaces between permanent education and interprofessional education in health. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55:e03733. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X202001890373>
2. Ferreira L, Barbosa JSA, Esposti CDD, Cruz MM. Permanent Health Education in primary care: an integrative review of literature. *Saúde Debate*. 2019;43(120):223-9. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912017>
3. Gadotti, M. A educação contra a educação: o esquecimento da educação e a educação Permanente. 5th ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1992.
4. Ministério da Saúde e Ministério da Educação (Brasil). Portaria interministerial nº 1.802, de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde. *Diário Oficial da União*. Brasília (DF), 2008, 27 Ago. [Acesso em 07 de novembro de 2022]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/qm/2008/pri1802_26_08_2008.html
5. Almeida RGS, Teston EF, Medeiros AA. A interface entre o PET-Saúde/ Interprofissionalidade e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. *Saúde e debate*. 2019; 43(2): 97-105. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S108>
6. Alencar TOS, Oliveira SS, Coelho MMP, Souza CS, Freitas JO, Santos MS, et al. Uso de tecnologias digitais na educação interprofissional: experiência do PET-Saúde Interprofissionalidade. *REVISA*. 2020; 9(Esp.1): 603-9. doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v9.nesp1.p603a609>
7. Batista NA, Rossit RAS, Batista SHSS, Silva CCB, Uchôa-Figueiredo LR, Poletto PR. Educação interprofissional na formação em Saúde: a experiência da Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista, Santos, Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online]. 2018; 22 (Supl 2): 1705-1715. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0693>.
8. Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM, Souza HS. Teamwork: revisiting the concept and its developments in inter-professional work. *Trab Educ Saúde*. 2020;18(supl 1):e0024678. Portuguese. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>
9. Campos GWS, Figueiredo MD, Pereira Junior N, Castro CP. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada.

Interface (Botucatu) 2014; 18(Supl. 1):983-995. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0324>

10. Oliveira JC, Penido CMF, Franco ACR, Santos TLA, Silva BAW. Especificidades do grupo focal on-line: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2022;27(05):1813-1826. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.11682021>.

11. Bardin L. *A análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.

12. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012. [Acesso em 07 de novembro de 2022]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

13. Feuerwerker, L.C.M. Algumas reflexões sobre o desenvolvimento do Programa UNI. *Divulgação em saúde para debate*, 2000; 22(2): 63-70. [Acesso em 03 de novembro]. Disponível em: <https://cebes.org.br/revista-saude-em-debate/17376/>

14. Costa MV. A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2016; 20(56): 197-198. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0311>

15. Ministério de Educação (Brasil). Resolução nº 3, de 21 de junho de 2021. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Odontologia. *Diário Oficial da União*. Brasília (DF), 2021, 22 junho. [Acesso em 24 de novembro de 2022]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-3-de-21-de-junho-de-2021-327321299>

16. Reeves S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(56):185-96. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0092>

17. Costa MV, Azevedo GD, Vilar MJP. Aspectos institucionais para a adoção da Educação Interprofissional na formação em enfermagem e medicina. *Saúde em Debate*. 2019; 43(supl 1): 64-76, 2019. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S105>

18. Reeves S, Goldman J, Gilbert J, Tepper J, Silver I, Suter E et al. A scoping review to improve conceptual clarity of interprofessional interventions. *J Interprof Care*. 2011;25(3):167-74. doi: <http://dx.doi.org/10.3109/13561820.2010.529960>

19. Camara AMCS, Grosseman S, Pinho DLM. Educação interprofissional no Programa PET-Saúde: a percepção de tutores. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2015; 19(supl 1):817-829. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0940>.

20. Merhy, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

21. Constantinidis TC, Cunha AC. A formação em terapia: entre o ideal. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*. 2013; 24(2): 149-54. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v24i2p149-154>

RECEBIDO: 08/11/2022

ACEITO: 27/02/2023

Perfil dos casos de violência interpessoal e/ou autoprovocada no Paraná entre 2015 e 2018

Profile of interpersonal/self-inflicted violence cases in the state of Paraná between 2015 and 2018

Emanuelle Nataly da Silva¹, Glória Letícia Wenceslau Barão Marques², Clóvis Wanzinack³

1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3862-5060>. Administração Pública. Graduada em Administração Pública. Universidade Federal do Paraná – Setor Litoral, Matinhos, Paraná, Brasil.

E-mail: emanuelle9904@gmail.com

2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2557-3433>. Revisora e Tradutora. Graduada em Letras (Português-Inglês) e Fonoaudiologia. Universidade Federal do Paraná e Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.

E-mail: gloriawenceslau@hotmail.com

3. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1859-763X>. Doutor em Desenvolvimento Regional. Universidade Federal do Paraná – Setor Litoral, Matinhos, Paraná, Brasil.

E-mail: cloviswa@gmail.com

CONTATO: Emanuelle Nataly da Silva | Endereço: Av. Governador Manoel Ribas, 1820, Bairro Dom Pedro II – Paranaguá. CEP: 83221-560 | Telefone: (41) 98434-1820 | E-mail: emanuelle9904@gmail.com

RESUMO

A pesquisa consiste na descrição do perfil epidemiológico das violências interpessoais e/ou autoprovocadas registradas por meio de notificações atendidas no Estado do Paraná entre 2015 e 2018. Estudo descritivo, retrospectivo, de abordagem quantitativa, os dados foram coletados do Sistema de Informações de Agravos de Notificação disponibilizados no banco de dados Tabnet. Foram notificados 108.081 casos de violência, sendo 34.733 casos relativos a homens e 108.081 a mulheres, e a faixa etária predominante: 15 a 19 anos (16,3%) para homens e 20 a 29 anos (19,1%) para mulheres. A residência se mostrou o lugar com o maior número de

notificações (75,35%). A violência física (58%) foi a forma mais frequente. Na maioria dos casos, o agressor é da própria família (86,42%). Os resultados possibilitam refletir sobre medidas que possam amenizar os agravos e também prevenir cada tipo de violência, além de planejar e implementar políticas públicas com enfoques específicos.

DESCRITORES: Violência. Violência de Gênero. Violência Étnica. Violência contra a Mulher. Violência Doméstica.

ABSTRACT

This research consists of a description of the epidemiological profile of interpersonal and/or self-inflicted violence registered through notifications attended in the State of Paraná between 2015 and 2018. Descriptive, retrospective study, with a quantitative approach, with data from the System of Information of Aggravation of Notifications and the website Tabnet's database. 108.081 cases of violence were reported. The predominant age group was: 15 to 19 years old (16,3%) for men and 20 to 29 years old (19,1%) for women. The predominant type of violence was physical violence (58%), followed by self-harm, and violence that occurred at home prevailed (86,42%). Violence was characterized as an absolute problem that has changed all societies throughout history, becoming one of the biggest public health issues in Brazil. Public policies that focus on certain territories, age, gender, education, race/ethnicity can counteract violence more effectively.

DESCRIPTORS: Violence. Gender-Based Violence. Ethnic Violence. Violence Against Women. Domestic Violence.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

A violência é um fenômeno multifatorial complexo que afeta diferentes aspectos da população e está relacionado a questões de gênero, idade e classe social. Por ser um fenômeno humano-histórico, a violência está aí para dramatizar causas, trazê-las à opinião pública e, incomodamente, propor e exigir mudanças¹.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS)², consiste no “uso intencional da força física ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”.

Pelo fato de o tema “violência” ser múltiplo e polissêmico, há dificuldade de registrar em números reais a quantidade diária de pessoas que sofrem com a violência no Brasil. Diversos casos de violência podem, inclusive, ocorrer no ambiente privado da residência, o que é denominado como “violência doméstica”, um tipo que é dificilmente mensurado. Motivos como o medo da exposição, medo do agressor, fatores financeiros, entre outros deixam a vítima em uma situação ainda maior de vulnerabilidade perante o agressor³.

Há uma necessidade de refletir sobre as principais causas das diversas formas de violência, não podendo adotar visões meramente reducionistas, mas, certamente, considerar todas as complexidades que permeiam esse problema de saúde pública. As questões relativas a gênero, juntamente a questões de desigualdades sociais, são centrais na reprodução de violência. Deve-se evitar associações entre pobreza e violência ou mulheres e vitimização, mas chamar a atenção aos fatores de desigualdade (social e de gênero) que permeiam a problemática e se manifestam no seio da assimetria do poder, sem distinção entre homens e mulheres, ricos ou pobres, heterossexuais e não heterossexuais, fazendo as mais variadas formas de violência se perpetuarem na sociedade⁴.

Compreende-se que todos os grupos populacionais possam eventualmente ser vulneráveis a algum tipo de violência, embora a exposição varie de acordo com sexo, faixa etária, condições socioeconômicas e tipos de violência a que cada grupo está mais ou menos exposto⁵.

A violência pode causar impactos em diversos grupos sociais nos quais se prioriza uma sensibilização coletiva, tanto nos serviços de saúde, quanto no acolhimento das vítimas deste agravo. Há uma necessidade de expansão na investigação por parte dos profissionais que atendem vítimas de violência, pois a subnotificação ainda é um dos fatores que determinam a falta de conhecimento e atuação para combater tal problema⁶.

No âmbito legislativo e no que alguns documentos determinam a respeito da violência, a portaria n. 104, de 25 de janeiro de 2011⁷, prevê importantes responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Na lista de Notificação Compulsória⁷ presente no documento, como último item, estão listadas: Violência doméstica, sexual e/ou outras violências⁷.

Portanto, a notificação obrigatória deve ser feita por profissionais de saúde, educação e segurança de instituições públicas ou privadas após a suspeita ou confirmação da agressão e deve ser entendida como um instrumento de política pública que auxilie a determinar a abrangência das questões de violência e, conseqüentemente, a necessidade de investimento em centros de vigilância, assistência e desenvolvimento de conhecimento sobre a dinâmica da violência⁸.

Há uma importância de formações continuadas aos profissionais que lidam diretamente ou indiretamente com questões relacionadas as mais diversas formas de violência. Além do acolhimento à vítima, precisa-se colher informações detalhadas por meio da ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovoada, com o intuito de mapear um perfil da vítima e do provável agressor e subsidiar ações propositivas e assertivas para o enfrentamento desse problema de saúde pública.

Nesse contexto, o presente estudo tem como objetivo descrever o perfil epidemiológico das violências interpessoais e/ou autoprovocadas registradas por meio de notificações atendidas no Estado do Paraná entre 2015 e 2018.

MÉTODOS

Estudo descritivo, retrospectivo, de abordagem quantitativa, conduzido com dados do Sistema de Informações de Agravo de Notificação (SINAN)⁹ disponíveis no banco de dados do site Tabnet: Violência interpessoal/autoprovoada.

Para delimitar o estudo, as variáveis estudadas relacionadas à vítima são: a) total de registros de notificações de violência interpessoal/autoprovoada entre 2015

e 2018 no estado do Paraná; b) faixa etária; c) sexo; c) raça/cor; d) escolaridade. Quanto ao ato da violência, foram selecionadas as variáveis: e) local de ocorrência; f) tipo de violência; g) forma de violência; h) violência sexual; i) vínculo com o(a) agressor(a). Todos os dados coletados foram tabulados em planilha eletrônica Microsoft Excel, para a realização da análise descritiva.

Visto que se trata de um estudo em que são usados dados de domínio público, de acordo com a resolução n. 466/2012 da Comissão Nacional de Saúde, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos pode dispensar sua submissão e aprovação.

RESULTADOS

Foram computadas 108.081 notificações de casos de violência no Paraná, entre os anos de 2015 e 2018. Dessas, 67,9% foram de pessoas do sexo feminino e 32,1% do sexo masculino.

Tabela 1. Características da vítima de violência interpessoal e/ou autoprovocada e local de ocorrência no Estado do Paraná, Brasil, 2015-2018.

| Perfil da vítima de violência | Homem | | Mulher | | Total | |
|-------------------------------|---------------|------------|---------------|------------|----------------|------------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Ano | | | | | | |
| 2015 | 7.149 | 20,58 | 14.087 | 19,22 | 21.248 | 19,66 |
| 2016 | 7.361 | 21,19 | 15.591 | 21,27 | 22.971 | 21,25 |
| 2017 | 9.283 | 26,73 | 20.273 | 27,66 | 29.562 | 27,35 |
| 2018 | 10.940 | 31,50 | 23.349 | 31,85 | 34.300 | 31,74 |
| Total | 34.733 | 100 | 73.300 | 100 | 108.081 | 100 |
| Idade | N | % | N | % | N | % |
| Ignorado/Branco | 47 | 0,14 | 47 | 0,06 | 94 | 0,09 |
| <1 Ano | 3.015 | 8,68 | 2.915 | 3,98 | 5.930 | 5,49 |
| 01-04 | 4.285 | 12,34 | 4.732 | 6,46 | 9.017 | 8,34 |
| 05-09 | 4.742 | 13,65 | 4.340 | 5,92 | 9.085 | 8,41 |
| 10-14 | 5.013 | 14,43 | 9.165 | 12,50 | 14.180 | 13,12 |
| 15-19 | 5.649 | 16,26 | 11.914 | 16,25 | 17.564 | 16,25 |
| 20-29 | 3.766 | 10,84 | 14.032 | 19,14 | 17.800 | 16,47 |
| 30-39 | 2.583 | 7,44 | 11.257 | 15,36 | 13.840 | 12,81 |
| 40-49 | 1.754 | 5,05 | 7.335 | 10,01 | 9.089 | 8,41 |
| 50-59 | 1.115 | 3,21 | 3.780 | 5,16 | 4.895 | 4,53 |
| 60 e mais | 2.764 | 7,96 | 3.783 | 5,16 | 6.548 | 6,06 |
| Total | 34.733 | 100 | 73.300 | 100 | 108.081 | 100 |
| Raça/cor | N | % | N | % | N | % |
| Ignorado/Branco | 2.408 | 6,93 | 4.038 | 5,51 | 6.466 | 5,98 |
| Branca | 23.592 | 67,92 | 51.063 | 69,66 | 74.679 | 69,10 |

| | | | | | | |
|------------------------------|---------------|------------|---------------|------------|----------------|------------|
| Preta | 1.341 | 3,86 | 3.037 | 4,14 | 4.378 | 4,05 |
| Amarela | 164 | 0,47 | 424 | 0,58 | 588 | 0,54 |
| Parda | 7.058 | 20,32 | 14.419 | 19,67 | 21.481 | 19,87 |
| Indígena | 170 | 0,49 | 319 | 0,44 | 489 | 0,45 |
| Total | 34.733 | 100 | 73.300 | 100 | 108.081 | 100 |
| Escolaridade | N | % | N | % | N | % |
| Ignorado/Branco | 5.910 | 17,02 | 13.977 | 19,07 | 19.893 | 18,41 |
| Analfabeto | 361 | 1,04 | 831 | 1,13 | 1.192 | 1,10 |
| 1ª a 4ª série incompl. do EF | 4.737 | 13,64 | 6.251 | 8,53 | 10.988 | 10,17 |
| 4ª série completa do EF | 1.280 | 3,69 | 2.695 | 3,68 | 3.975 | 3,68 |
| 5ª a 8ª série incompl. do EF | 5.817 | 16,75 | 13.605 | 18,56 | 19.422 | 17,97 |
| Ensino fundamental completo | 1.578 | 4,54 | 4.970 | 6,78 | 6.548 | 6,06 |
| Ensino médio incompleto | 2.995 | 8,62 | 8.990 | 12,26 | 11.985 | 11,09 |
| Ensino médio completo | 2.025 | 5,83 | 8.560 | 11,68 | 10.586 | 9,79 |
| Educação superior incompl. | 424 | 1,22 | 1.963 | 2,68 | 2.387 | 2,21 |
| Educação superior completa | 341 | 0,98 | 1.865 | 2,54 | 2.206 | 2,04 |
| Não se aplica | 9.265 | 26,67 | 9.593 | 13,09 | 18.899 | 17,49 |
| Total | 34.733 | 100 | 73.300 | 100 | 108.081 | 100 |
| Local de ocorrência | N | % | N | % | N | % |
| Residência | 24.642 | 70,95 | 56.763 | 77,44 | 81.439 | 75,35 |
| Habitação Coletiva | 241 | 0,69 | 341 | 0,47 | 582 | 0,54 |
| Escola | 1.296 | 3,73 | 1.453 | 1,98 | 2.749 | 2,54 |
| Bar ou Similar | 538 | 1,55 | 1.142 | 1,56 | 1.680 | 1,55 |
| Via pública | 4.776 | 13,75 | 7.439 | 10,15 | 12.218 | 11,30 |
| Comércio/Serviços | 909 | 2,62 | 1.328 | 1,81 | 2.243 | 2,08 |
| Outros | 1.535 | 4,42 | 3.191 | 4,35 | 4.728 | 4,37 |
| Ignorado | 619 | 1,78 | 1.416 | 1,93 | 2.038 | 1,89 |
| Em Branco | 1 | 0,00 | 15 | 0,02 | 16 | 0,01 |
| Total | 34.733 | 100 | 73.300 | 100 | 108.081 | 100 |

Fonte: Adaptado de MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, (2021).

N = Número total de ocorrência, incompl = incompleto.

Na tabela 1, pode-se analisar o perfil das vítimas de violência. Entre os anos de 2015 e 2018, observa-se que houve um aumento no número de casos, tanto para homens quanto mulheres. Para o sexo masculino, o aumento foi de 53,0%, e para o feminino, foi de 65,7%.

O estudo demonstrou que a violência pode atingir todas as faixas etárias de forma significativa, atingindo tanto crianças menores de 1 ano de idade até idosos acima de 60 anos. Contudo, a forma de violência se dá de maneiras diversas conforme a faixa etária e sexo da vítima. A pesquisa demonstrou que as idades com maior frequência de notificação são dos 15 aos 19 anos para o sexo masculino e dos 20 a 29 anos para o sexo feminino. O local em que mais ocorrem os abusos é na própria

residência das vítimas. Esse alto índice se repete tanto para os homens quanto para as mulheres (70,9% e 77,4%, respectivamente).

Tabela 2. Tipificação de violência, Paraná, Brasil, 2015-2018.

| Tipificação da violência | Homem | | Mulher | | Total | |
|------------------------------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Violência Física | 14.431 | 58,27 | 37.579 | 57,90 | 52.013 | 58,00 |
| Violência Psicológica/moral | 2.383 | 9,62 | 12.225 | 18,84 | 14.610 | 16,29 |
| Violência Tortura | 210 | 0,85 | 1.006 | 1,55 | 1.216 | 1,36 |
| Violência Sexual | 622 | 2,51 | 3.838 | 5,91 | 4.460 | 4,97 |
| Violência Financeira/Econômica | 271 | 1,09 | 1.072 | 1,65 | 1.343 | 1,50 |
| Violência por Negligência/Abandono | 5.162 | 20,84 | 4.695 | 7,23 | 9.857 | 10,99 |
| Outra Violência | 1686 | 6,81 | 4486 | 6,91 | 6173 | 6,88 |
| Total | 24765 | 100 | 64901 | 100 | 89672 | 100 |

Fonte: Adaptado de MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, (2021).

N = Número total de ocorrência.

A violência física tanto para homens quanto para mulheres é a forma de agressão com maior número de registro, chegando a 58% do total de notificações. Já a violência psicológica, segundo a pesquisa, ocorre duas vezes mais entre mulheres do que em homens.

Tabela 3. Meio de agressão, Paraná, Brasil, 2015-2018.

| Forma da violência | Homem | | Mulher | | Total | |
|-----------------------------|---------------|------------|---------------|------------|---------------|------------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Força corporal/Espancamento | 2.941 | 29,32 | 14.443 | 39,64 | 17.385 | 37,41 |
| Enforcamento | 445 | 4,44 | 1.672 | 4,59 | 2.117 | 4,56 |
| Objeto Contundente | 455 | 4,54 | 1.156 | 3,17 | 1.611 | 3,47 |
| Objeto perfuro cortante | 1.026 | 10,23 | 3.078 | 8,45 | 4.104 | 8,83 |
| Substâncias Objeto Quente | 86 | 0,86 | 178 | 0,49 | 264 | 0,57 |
| Envenenamento | 1.420 | 14,16 | 3.981 | 10,93 | 5.402 | 11,62 |
| Arma de fogo | 107 | 1,07 | 224 | 0,61 | 331 | 0,71 |
| Ameaça | 1.365 | 13,61 | 8.453 | 23,20 | 9.818 | 21,13 |
| Outra Agressão | 2185 | 21,78 | 3250 | 8,92 | 5440 | 11,71 |
| Total | 10.030 | 100 | 36.435 | 100 | 46.472 | 100 |

Fonte: Adaptado de MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, (2021).

N = Número total de ocorrência.

O meio utilizado pelo provável autor(a) da agressão para cometer a violência e, conforme podemos observar na tabela 3, o mais utilizado foi a força corporal/espancamento, com 39,6% contra mulheres e 29,3% para homens, um total

de 17.385 casos registrados. Contra as mulheres, outra forma de violência muito comum é a ameaça, com 23,2% das ocorrências.

Tabela 4. Meio de violência sexual ocorrido, Paraná, Brasil, 2015-2018.

| Violência sexual | Homem | | Mulher | | Total | |
|----------------------|------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Assédio Sexual | 191 | 27,21 | 1.178 | 27,67 | 1.369 | 27,60 |
| Estupro | 416 | 59,26 | 2.662 | 62,52 | 3.078 | 62,06 |
| Pornografia Infantil | 41 | 5,84 | 96 | 2,25 | 137 | 2,76 |
| Exploração Sexual | 30 | 4,27 | 163 | 3,83 | 193 | 3,89 |
| Outras Violências | 24 | 3,42 | 159 | 3,73 | 183 | 3,69 |
| Total | 702 | 100 | 4258 | 100 | 4960 | 100 |

Fonte: Adaptado de MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, (2021).

N = Número total de ocorrência.

Em relação à violência sexual, o estupro é o mais praticado contra as mulheres, segundo os dados da tabela 4, considerando que a tabela 1 mostra predominância dos casos contra adolescentes e mulheres já na fase adulta.

Tabela 5. Vínculo/grau de parentesco com a vítima de violência, Paraná, 2014-2018.

| Vínculo do(a) agressor(a) | Homem | | Mulher | | Total | |
|-------------------------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Pai | 3.397 | 22,28 | 3.050 | 8,90 | 6.449 | 13,02 |
| Mãe | 4.786 | 31,39 | 3.906 | 11,40 | 8.700 | 17,56 |
| Padrasto | 506 | 3,32 | 1.015 | 2,96 | 1.521 | 3,07 |
| Madrasta | 68 | 0,45 | 108 | 0,32 | 176 | 0,36 |
| Cônjuge | 407 | 2,67 | 8.228 | 24,00 | 8.635 | 17,43 |
| Ex-cônjuge | 109 | 0,71 | 2.679 | 7,82 | 2.788 | 5,63 |
| Namorado(a) | 36 | 0,24 | 982 | 2,86 | 1.018 | 2,06 |
| Ex-Namorado(a) | 21 | 0,14 | 460 | 1,34 | 481 | 0,97 |
| Filho(a) | 658 | 4,32 | 1.712 | 4,99 | 2.370 | 4,78 |
| Irmão(a) | 423 | 2,77 | 812 | 2,37 | 1.235 | 2,49 |
| Amigos/Conhecido | 638 | 4,18 | 1.475 | 4,30 | 2.113 | 4,27 |
| Desconhecido(a) | 294 | 1,93 | 653 | 1,91 | 947 | 1,91 |
| Cuidador(a) | 75 | 0,49 | 124 | 0,36 | 199 | 0,40 |
| Pessoa com Rel. Institucional | 93 | 0,61 | 111 | 0,32 | 204 | 0,41 |
| Policial Agente da Lei | 59 | 0,39 | 31 | 0,09 | 90 | 0,18 |
| Própria Pessoa | 2.691 | 17,65 | 6.744 | 19,68 | 9.435 | 19,05 |
| Outros Vínculos | 984 | 6,45 | 2.187 | 6,38 | 3.171 | 6,40 |
| Total | 15245 | 100 | 34277 | 100 | 49532 | 100 |

Fonte: Adaptado de MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, (2021).

N = Número total de ocorrência.

Em relação às fichas analisadas, a pesquisa demonstra que os pais são os maiores responsáveis nos casos de violência em relação ao sexo masculino (53,67%), e no caso de mulheres o cônjuge aparece com maior número de notificações (24%), seguido dos pais (20,3%).

DISCUSSÃO

Os dados chamam atenção a números expressivos entre idade de 0 a 14 anos entre crianças e adolescentes. Esse valor chega a 35,4% do total de notificações registradas, idade essa com maior dependência dos pais. Na outra ponta da faixa etária, pessoas acima de 60 anos atingem um percentual de 6%, e correspondem a uma parcela da população que necessita de mais cuidados dos membros da família. Deve-se considerar que, nessa fase de vida, a violência mais frequente é a econômica/hereditária e a violência psicológica: dois tipos de difícil determinação¹⁰.

Na questão “raça/cor”, pode-se perceber um maior número de casos registrados em pessoas da cor/raça brancas, com 67,9% casos dos homens e 69,7% casos das mulheres brancas. Na sequência, pardos, com menos de 1/3 dos números, e, por último, indígenas, com o menor número de casos, sendo um total de 489 casos registrados de homens e mulheres. É de grande valia ressaltar que, no estado no Paraná, 70,31% população é branca; 25,09% da população é parda; 3,17% população é negra; 71,34% são mulheres brancas; 3,34% são mulheres pretas; e 24,98% são mulheres pardas. Já em relação aos homens, 69,26% da população masculina do Paraná são brancos, 3,46% pretos e 25,87% pardos¹¹.

No quesito de escolaridade, percebe-se que todos os níveis educacionais são vítimas de violência, contudo, quanto maior grau de escolaridade, menor o número de notificações de violências. No entanto há uma diferença na forma em que essas mulheres enfrentam as situações de violência. O que distingue a conduta dessas mulheres é que as que possuem um grau de escolaridade costumam ter autonomia pessoal, diminuindo a tolerância às agressões. Quando vitimadas, buscam sanar o problema em consultórios médicos ou de psicólogos e escritórios de advocacia particulares¹². Em contrapartida, mulheres com baixa escolaridade tendem a desistir da denúncia formal por serem dependentes financeiramente ou emocionalmente do agressor, o que acaba contribuindo para que a violência cometida tenha caráter rotineiro¹².

Esse contexto colabora para o nível de gravidade das situações de violência, repercutindo negativamente na saúde física, mental e social das mulheres vitimadas. De tal modo, pode ocorrer sub-representação nos registros, associando as situações de violência contra a mulher à pobreza, visto que a maioria das investigações é realizada em serviços públicos. O maior tempo de convivência com o agressor é crucial. Ademais, ao se reduzir o contato social da vítima com amigos e familiares, reduzem-se as possibilidades de a mulher criar e/ou fortalecer uma rede social de apoio, buscar ajuda e sair da situação de violência¹³.

Para as mulheres em situação de violência doméstica, o lar, antes considerado como lugar seguro, passou a representar um risco, uma vez que o agressor se encontra dentro de casa. Nessa perspectiva, a violência praticada contra a mulher assume um enfoque diferenciado quando ocasionada por um agressor que compartilha relações íntimas com a vítima, que ainda se resvala nas questões históricas e culturais, legitimadas e cultivadas do domínio masculino, nas relações sociais entre o sexo¹⁴.

Uma das formas mais complicadas de se reconhecer a violência é a psicológica, que muitas vezes pode ser caracterizada por meio de humilhações constantes, extorsão, ameaças, discriminações e até mesmo a privação de liberdade, podendo levar ao distanciamento social de amigos e familiares ou impedir que as vítimas usem seu próprio dinheiro¹⁰.

A pesquisa demonstra que a violência por negligência/abandono é três vezes mais frequente entre homens do que em mulheres. Analisa-se, também, que liderar uma família negligenciada também permeia as questões de gênero, onde em maiorias das vezes, a responsabilidade de cuidar e criar os filhos é da mãe¹⁵.

A negligência atinge muitas crianças no Brasil e no mundo é considerada uma das formas mais usuais de violência infantil e é um problema muito atual em termos de proteção integral na infância¹⁶. Muitas vezes é difícil de identificar e mensurar, pois permeia questões socioeconômicas, estruturais, culturais e outras que influenciam sua ocorrência¹⁶.

O estudo demonstrou que, tanto entre homens (11.833) quanto entre mulheres (31.014) a violência não ocorreu uma única vez, mas caracterizou-se constante e repetitiva. Essa violência replicava por diversas vezes pode ter forte relação quando o agressor é uma pessoa da própria família (86,42%), como demonstra o estudo.

A violência psicológica pode ser entendida como a ocorrência mais frequente e com consequências devastadoras, mas é a mais difícil de ser determinada na prática¹⁷. Um fato relevante a ser considerado, é que em diversos casos essas demandas chegam ao serviço de saúde através de dores crônicas, síndromes do pânico, depressão, tentativa de suicídio e distúrbios alimentares, não sendo reconhecidas como violência¹⁸.

O estudo também demonstra um número elevado nos casos de lesão autoprovocada, chegando a 2.713 casos relativos a homens e 6.861 a mulheres. A violência autoprovocada pode compreender em uma ideação suicida, autoagressões, tentativa de suicídios e suicídios como uma forma de aliviar a dor e sofrimento¹⁹. Embora mulheres estejam mais propensas a tentar suicídio, homens tem maior êxito no acontecimento¹⁹.

Em relação à violência sexual, o estupro é o mais praticado contra as mulheres, considerando que a maioria dos casos são contra adolescentes e mulheres já na fase adulta, o que compromete essas fases de vida, afasta as mulheres da escola, gera traumas e desestrutura a família, produzindo marcas persistentes²⁰.

Estima-se que cerca de 40 milhões de crianças e adolescentes sofrem abuso sexual no mundo anualmente. Entretanto, essas estimativas podem estar subdimensionadas em decorrência das circunstâncias que a violência possa ocorrer, assim como a possibilidade de dependência das vítimas em relação ao agressor, o medo e o constrangimento relacionado as dificuldades para denunciar o fato ocorrido²¹.

Por conseguinte, em termos de atendimento de saúde, o tratamento da violência após o sexo é considerado uma prioridade. Esse direito é garantido pela lei n. 12.845/2013²², indicando que o atendimento a pessoas em situação de violência sexual seja obrigatório e integral.

Há uma tendência de se subestimar o impacto da violência doméstica em crianças e adolescentes, em menor grau, e acreditar que esse impacto é temporário e desaparece com o crescimento das crianças. O trauma da infância não pode ser ignorado só porque seus efeitos (que são a longo prazo) ainda não são aparentes. Essa situação deve ser entendida como um sério problema na infância. Mesmo que a criança vítima seja retirada de casa, o impacto da experiência pode reverberar por toda sua vida²³.

Outro fato importante levantado nas fichas de notificações é se o possível agressor(a) estava com suspeita de uso de álcool. Nesta pesquisa foram constatados 12950 casos suspeito, onde o agressor(a) poderia estar sob efeito de álcool.

As relações desiguais de poder e gênero culminam no domínio do homem sobre o corpo e a vida de suas parceiras como expressão da hegemonia masculina, agressividade e cultura machista. A macro cultura e a misoginia são resultados de um sistema patriarcal que predispõe à violência e ao feminicídio. Além disso, outros determinantes sociais da saúde cruzam questões de gênero e exponenciam o problema, como o uso de drogas lícitas (álcool) e ilícitas pelo perpetrador²⁴.

CONCLUSÃO

A contribuição da pesquisa é a investigação dos 108.081 perfis dos casos de violência interpessoal e/ou autoprovocada no estado do Paraná entre 2015 e 2018.

A escolaridade pode reduzir significativamente a violência, portanto, acredita-se ser esse um importante fator protetivo. Todavia, também é um item que não pode ser analisado isoladamente dos outros Determinantes Sociais da Saúde, uma vez que uma menor escolaridade pode estar ligada a um menor nível socioeconômico, o que poderia consequentemente estar ligado a uma maior exposição à violência.

Essas informações podem ser utilizadas como subsídios para políticas públicas de prevenção à violência. Critérios de direcionamento de verbas públicas mais eficazes podem ser aplicados em regiões com maiores riscos de violência, em busca de melhores determinantes socioambientais para o enfrentamento dessa problemática.

REFERÊNCIAS

1. Minayo MCDS. Violência e saúde. Editora Fiocruz, 2006. [acessado em 16 de dezembro de 2022]. Disponível em <https://static.scielo.org/scielobooks/y9sxc/pdf/minayo-9788575413807.pdf>
2. Saúde, OMD, Krug EG. Relatório mundial sobre violência e saúde. Organização Mundial da Saúde Genebra, 2002. [acessado em 16 de dezembro de 2022]. Disponível em <https://opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude-1.pdf>

3. Wanzinack C, Mélo TR. Homicídio de meninas e mulheres no Brasil de 2015 a 2019: território, gênero e raça em pauta. Rev lat-am Geo Gên. v. 12, n. 1, p. 186-206, 2021. [acessado em 16 de dezembro de 2022]. Disponível em doi: <https://doi.org/10.5212/Rlagg.v.12.i1.0007>
4. Wanzinack C, Cruz VA, Signorelli MC. Violência homicida e suicida de homens e mulheres no Estado do Paraná: análise retrospectiva entre 2014 e 2017. Rev lat-am Geo Gên. v. 11, n. 2, p. 168-187, 2020. [acessado em 16 de dezembro de 2022]. Disponível em doi: <https://doi.org/10.5212/Rlagg.v.11.i2.0008>
5. Mendonça CS., Machado DF., Almeida, MASD., & Castanheira, ERL. Violência na Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. Ciênc. Saúde Colet, 25, 2247-2257, 2020. [acessado em 16 de dezembro de 2022]. Disponível em doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.19332018>
6. Andrade C, Teixeira G, França T, Rambo M, Trevisan M, Casaril E, et al. Violência interpessoal e autoprovocada: caracterização dos casos notificados em uma regional de saúde do Paraná. Cogitare Enferm. v. 25, 2020. [acessado em 16 de dezembro de 2022]. Disponível em doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.63758>
7. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria, N. 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Brasília. Ministério da Saúde. 2011. [acessado em 29 de outubro de 2021]. Disponível em: http://www.cvs.saude.sp.gov.br/legis.asp?te_codigo=19&as_codigo=126&origem=gt#:~:text=Portaria%20MS%2FGM%20104%20de,nacional%20e%20estabelece%20fluxo%2C%20crit%C3%A9rios%2C
8. Ferreira AL, Gonçalves HS, Marques MJV, Moraes, SRS. A prevenção da violência contra a criança na experiência do Ambulatório de Atendimento à Família: entraves e possibilidades de atuação. Cienc. Saúde Colet. v. 4, p. 123-130, 1999. [acessado em 16 de dezembro de 2022]. Disponível em doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81231999000100010>
9. Datasus. Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. [acessado em 29 de outubro de 2021]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinanet/cnv/violebr.def>
10. Silva MCM, Brito AM, Araújo AL, Abath MB. Caracterização dos casos de violência física, psicológica, sexual e negligências notificados em Recife, Pernambuco, 2012. Epidemiol. Serv. Saúde, v. 22, n. 3, p. 403-412, 2013. [acessado em 16 de dezembro de 2022]. Disponível em doi: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000300005>
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sistema IBGE de Recuperação Automática - SIDRA. [acessado em 29 de outubro de 2021]. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br>

12. Meloni Vieira E, Silva Castro GP, Santos MA. Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde. *Rev Saúde Públ.* v. 45, n. 4, ago. 2011. [acessado em 16 de dezembro de 2022]. Disponível em doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011005000034>
13. Vieira LJES, Ferreira RC, Moreira GAR, Gondim APS, Araujo MAL, Silva, RM. Fatores associados à sobreposição de tipos de violência contra a mulher notificada em serviços sentinela *Rev Latino-Am Enfermagem*, v. 21, n. 4, p. 920-927, 2013. [acessado em 16 de dezembro de 2022]. Disponível em doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000400013>
14. Leite MTDS, Figueiredo MFS, Dias OV, Vieira MA, Souza LPS, Mendes DC. Ocorrência de violência contra a mulher nos diferentes ciclos de vida. *Rev Latino-Am Enfermagem*, v. 22, p. 85-92, 2014. [acessado em 16 de dezembro de 2022]. Disponível em doi: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3186.2388%20>
15. Mata NT, Silveira LMBD, Deslandes SF. Família e negligência: uma análise do conceito de negligência na infância. *Ciênc Saúde Colet*, v. 22, p. 2881-2888, 2017. [acessado em 16 de dezembro de 2022]. Disponível em doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.13032017>
16. Mata, N. T.. Negligência na Infância: Uma Reflexão sobre a (Des) proteção de Crianças e Famílias. *O Social em Questão*, 22(45), 223-237, 2019. [acessado em 16 de dezembro de 2022]. Disponível em <https://www.redalyc.org/journal/5522/552264344010/552264344010.pdf>
17. Guimarães MC, Pedroza RLS. Violência contra a mulher: problematizando definições teóricas, filosóficas e jurídicas. *Psicol Soc.* v. 27, p. 256-266, 2015. [acessado em 16 de dezembro de 2022]. Disponível em doi: <https://doi.org/10.1590/1807-03102015v27n2p256>
18. Mascarenhas, M. D. M., Tomaz, G. R., Meneses, G. M. S. D., Rodrigues, M. T. P., Pereira, V. O. D. M., & Corassa, R. B. (2020). Análise das notificações de violência por parceiro íntimo contra mulheres, Brasil, 2011-2017. *Revista Brasileira de epidemiologia*, 23. [acessado em 16 de dezembro de 2022]. Disponível em doi: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200007.supl.1>
19. Wanzinack C, Temoteo A, de Oliveira AL. Mortalidade por suicídio entre adolescentes/jovens brasileiros: um estudo com dados secundários entre os anos de 2011 a 2015. *Divers@!*, v. 10, n. 2, p. 106-117, 2017. [acessado em 16 de dezembro de 2022]. Disponível em doi: <http://dx.doi.org/10.5380/diver.v10i2.54974>
20. Delziovo CR, Bolsoni CC, Nazário NO, Coelho EBS. Características dos casos de violência sexual contra mulheres adolescentes e adultas notificados pelos serviços públicos de saúde em Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Públ.* v. 33, p. e00002716, 2017. [acessado em 16 de dezembro de 2022]. Disponível em doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00002716>

21. Santos, M. D. J., Mascarenhas, M. D. M., Rodrigues, M. T. P., & Monteiro, R. A. Caracterização da violência sexual contra crianças e adolescentes na escola-Brasil, 2010-2014. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 27, 2018. [acessado em 16 de dezembro de 2022]. Disponível em doi: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000200010>
22. Presidência da República (Brasil). Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. [acessado em 29 de outubro de 2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2013/lei/l12845.htm. Brasília: Presidência da República, 2013
23. Day VP, Blank P. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*, v. 25, p. 9-21, 2003. [acessado em 16 de dezembro de 2022]. Disponível em doi: <https://doi.org/10.1590/S0101-81082003000400003>
24. Wanzinack C, Signorelli MC, Reis C. Homicides and socio-environmental determinants of health in Brazil: a systematic literature review. *Cad Saúde Publ*, v. 34, n. 12, p. e00012818, 11 2018. [acessado em 16 de dezembro de 2022]. Disponível em doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00012818>

RECEBIDO: 02/07/2023

ACEITO: 06/03/2023

Perfil de saúde sexual e a prevalência de infecções transmissíveis em estudantes universitários: Estudo Seccional

Sexual health profile and prevalence of communicable diseases in university students: a sectional study

Bruna da Costa Bueno¹, Daiana Kloh Khalaf², Celini Medina Vicenço da Silva³, Rafaela Gessner Lourenço⁴, Márcia Helena de Souza Freire⁵, Andrea Moreira Arrué⁶

1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6015-3285>. Enfermeira. Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: bruna.costa.bueno@ufpr.br

2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5770-7523>. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Brasil. E-mail: daianakloh@ufpr.br

3. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5831-8033>. Graduanda em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Brasil. E-mail: celini.medina@ufpr.br

4. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3855-0003>. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Brasil. E-mail: rafaelagesner@ufpr.br

5. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3941-3673>. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Brasil. E-mail: marciahelenafreire@gmail.com

6. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5391-324X>. Enfermeira. Doutora em Epidemiologia em Saúde Pública. Instituto Federal do Paraná (IFPR), Palmas, Paraná, Brasil. E-mail: andrea.ensp@gmail.com

CONTATO: Bruna da Costa Bueno | Endereço: Rua Rio Trombetas, Pinhais, Paraná, CEP 83322-280 | Telefone: (41) 9.8488-0631 | E-mail: bueno.brunacosta@gmail.com

RESUMO

As doenças que afetam os jovens refletem a organização social e os determinantes sócio-epidemiológicos, dentre elas as doenças transmissíveis, são consideradas um marco para mensurar a qualidade de vida, uma vez que refletem diretamente a educação e as condições de saúde de uma população.

Este estudo objetiva descrever o perfil de saúde sexual e a prevalência de infecções sexualmente transmissíveis na população de estudantes de uma universidade pública. Pesquisa seccional, exploratória, de abordagem quantitativa, de maio a agosto de 2021. Participaram 144 universitários, com predomínio do gênero feminino (78,5%), na faixa etária de 18 a 22 anos (45,8%) e raça branca (81,3%). Os resultados sinalizam a necessidade de aprofundamento da temática no contexto universitário, bem como apontam a relevância das ações de prevenção combinada, reafirmando serem prementes as ações de promoção da saúde junto à população de jovens universitários.

DESCRITORES: Doenças Transmissíveis. Promoção da Saúde. Integralidade em Saúde. Saúde Coletiva.

ABSTRACT

The diseases which affect young people reflect the social organization and socio-epidemiological determinants, among them communicable diseases, are considered a milestone to measure the quality of life, since they directly reflect the education and health conditions of a population. This study aims to describe the sexual health profile and communicable diseases in the population of students at a public university in Paraná, Brazil. This is a cross-sectional, exploratory research, with a quantitative approach, from May to August 2021. A number of 144 university students participated in this study, predominantly females (78.5%), aged between 18 and 22 years (45.8%) and Caucasian (81.3%). The results indicate there is a need to deepen this theme in the university context, as well as point to the relevance of combined prevention actions, reaffirming that health promotion actions are urgent for the population of young university students.

DESCRIPTORS: Communicable Diseases. Health Promotion. Integrality in Health. Public Health.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

A saúde sexual e o estudo das doenças transmissíveis são considerados entre os mais complexos problemas de saúde pública mundial e são temas recorrentes de pesquisas e debates na esfera da saúde. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), diariamente mais de um milhão de pessoas na faixa etária de 15 a 49 anos adquirem Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs)¹. Em âmbito nacional, se tem a estimativa de que 0,6% da população com 18 anos ou mais (aproximadamente um milhão de pessoas) teve diagnóstico de IST nos 12 meses anteriores à pesquisa inédita realizada pela Pesquisa Nacional de Saúde² (PNS) em 2019. Não obstante a faixa etária ser predominante na população jovem, ainda não se tem dados quanto à prevalência dessas infecções e os conhecimentos sobre a saúde sexual quando relacionado à população universitária, de maneira que se julga necessário avaliar os casos nesta população³.

Ao conceber um público alvo, é importante relacionar contextos em comum, tais como comportamento, idade e ambientes de convívio. Também se faz necessário entender que esse ambiente educacional provoca mudanças nos hábitos de vida dos acadêmicos, influenciando diretamente no processo saúde-doença. Esta realidade é observada em todos os cursos de nível superior e, em algumas situações, intensificada devido a mudança nas estruturas de estudo, sentidas principalmente nos períodos iniciais, na intensidade da carga horária e outras peculiaridades^{3,4}.

No ambiente universitário, o comportamento desses jovens é moldado, frequentemente, com base no que lhes é apresentado na adolescência durante o ensino médio, em que existe a euforia de passar por novas experiências. Tais condutas são características do processo de amadurecimento, bem como das mudanças sociais, culturais, biológicas e psicológicas. Dessa maneira, infere-se que,

no contexto atual, a população jovem adulta é grupo de risco para contração de ISTs^{3,4,5}.

A justificativa para a abordagem de saúde sexual e ISTs no ambiente acadêmico baseia-se no reconhecimento da universidade como um ambiente que provoca uma reorganização na vida dos estudantes e, em vista disso, esse ambiente deve promover a saúde. Considera-se que a saúde é determinada pelas circunstâncias ambientais, econômicas, sociais, organizacionais e culturais das pessoas, tendo influência direta na qualidade de vida do universitário que reconhece a universidade como parte de seu contexto⁶.

Diante do exposto, conhecer a situação de saúde da população universitária é o primeiro passo para planejar ações e programas que reduzam a ocorrência e a gravidade dessas doenças, melhorando a a saúde e, possivelmente, o sucesso dos estudantes no processo ensino-aprendizagem. Dessa forma, o presente estudo tem por objetivo descrever o perfil de saúde sexual e a prevalência de infecções sexualmente transmissíveis na população de estudantes de uma universidade pública.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa seccional, do tipo exploratória, com abordagem quantitativa. A população incluída na pesquisa foi composta por estudantes regularmente matriculados nos cursos de graduação de uma universidade pública do Sul do país, com idade igual ou superior a 18 anos, sendo excluídos da pesquisa os estudantes afastados das atividades acadêmicas, em licença de qualquer natureza, e estudantes de modalidades de pós-graduação, totalizando 144 participantes.

O presente artigo utilizou as recomendações segundo a diretriz *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE), para organizar e descrever as informações que norteiam a construção do estudo. Tem-se que os itens que constituem o STROBE são relacionados a informações que devem estar

presentes no título, resumo, introdução, metodologia, resultados e discussão de artigos científicos que descrevem estudos observacionais⁷.

Inicialmente para o cálculo amostral foi considerado o total de estudantes dos setores de Ciências Exatas e de Saúde, de forma intencional, pois não são todos os Centros Acadêmicos (CA) que possuem mídias sociais. No momento da pesquisa, o número de alunos de graduação matriculados nos setores de Ciências da Saúde e Exatas era de 4.778, sendo 2.243 da área da saúde e 2.535 da área de exatas. Para o cálculo do tamanho amostral o Índice de Confiança adotado foi de 95% (IC=95%), o nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$) e erro amostral de cinco pontos percentuais, com acréscimo para perdas e recusas de 10%, obtendo-se um tamanho amostral de 392 graduandos.

Ao se perceber a dificuldade de aumentar a amostra, foi estipulada uma meta de alcançar ao menos 250 respostas. Para tanto, a pesquisa foi divulgada novamente por meio do contato com os CA, representantes de turma e redes sociais. Porém, em ocasião da pandemia da Covid-19, mesmo com intensa divulgação nos meios sociais, a devolutiva obtida foi de 144 respostas, as quais foram analisadas neste artigo.

A coleta de dados foi realizada com anuência dos participantes por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) digital em um questionário via *Google Forms*, idealizado especificamente para a obtenção de dados sobre as características socioeconômicas, culturais, comportamentais e sobre a situação de saúde dos estudantes.

A divulgação e coleta simultânea dos dados ocorreram de forma virtual, pelas redes sociais do Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão (NEPES) e pelos CA dos setores de Ciências Exatas e da Saúde, no período de junho a agosto de 2021. Anteriormente à coleta de dados, foi realizado um piloto do questionário (n=10) que permitiu avaliar, testar e definir a clareza do instrumento de coleta e as modificações necessárias para a sua disponibilidade, cujos dados não foram utilizados na pesquisa.

As variáveis analisadas foram: aspectos sociais (gênero, faixa etária, cor/raça, estado civil e renda familiar); doenças transmissíveis (histórico de infecções e medidas

de tratamentos); e saúde sexual e reprodutiva (orientação sexual, uso de métodos contraceptivos e de prevenção contra ISTs, parceiros e educação em saúde sexual).

Os dados foram tabulados em planilha do programa *Microsoft Excel* e analisadas no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0. Na estatística descritiva, os dados foram descritos em frequências absolutas (n) e relativas (%). Destaca-se que o instrumento de coleta possuía questões opcionais e obrigatórias e, dessa forma, em determinadas respostas a frequência refere-se ao quantitativo de estudantes que responderam a questão, não necessariamente ao total de respondentes do questionário.

Este estudo obteve parecer positivo do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos sob o nº 44120821.8.0000.0102, sendo preservados todos os aspectos éticos de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

RESULTADOS

Na análise dos dados, identificaram-se três blocos de variáveis referentes à caracterização dos participantes e à identificação das necessidades de promoção à saúde dentro do ambiente universitário: perfil dos estudantes; infecções sexualmente transmissíveis; métodos contraceptivos e educação sexual. Os blocos de informações serão desenvolvidos na sequência.

Perfil dos estudantes

Foram analisados 144 questionários, dos quais, conforme se observa na Tabela 1, grande parte dos estudantes se identificam com o gênero feminino, solteiros, na faixa etária de 18 a 27 anos.

Com relação à autodeclaração de cor, do total de respostas analisadas, obteve-se maior correspondência de declaração de cor branca, seguida de pardos, pretos, amarelos e indígenas, respectivamente.

Tabela 1. Estudantes universitários participantes da pesquisa segundo caracterização demográfica e social (n=144). Brasil, 2021

| CARACTERÍSTICAS | N | % |
|-------------------------|-----|------|
| TOTAL | 144 | 100 |
| GÊNERO | | |
| Feminino | 113 | 78,5 |
| Masculino | 29 | 20,1 |
| Prefere não opinar | 2 | 1,4 |
| IDADE | | |
| 18 a 22 anos | 66 | 45,8 |
| 23 a 27 anos | 52 | 36,1 |
| 28 a 32 anos | 8 | 5,6 |
| 33 a 37 anos | 3 | 2,1 |
| 38 a 42 anos | 7 | 4,9 |
| 43 a 47 anos | 2 | 1,4 |
| 48 a 50 anos | 2 | 1,4 |
| mais de 50 anos | 4 | 2,8 |
| COR | | |
| Branca | 117 | 81,3 |
| Parda | 16 | 11,1 |
| Preto | 5 | 3,5 |
| Amarelo | 5 | 3,5 |
| Indígena | 1 | 0,7 |
| ESTADO CIVIL | | |
| Solteiro(a) | 120 | 83,3 |
| Casado(a)/União estável | 21 | 14,6 |
| Divorciado(a) | 2 | 1,4 |
| Viúvo(a) | 1 | 0,7 |

Fonte: Elaborado pelos autores, 2021.

Para este estudo em específico, foi considerado o rendimento domiciliar, isto é, a soma de todos os rendimentos do domicílio dividido pelo número de pessoas residentes neste domicílio. Ao analisarmos a renda familiar dos universitários, tem-se que 4,2% (6) da população analisada vivem com menos de R\$1.100,00 por mês, enquanto 35,4% (51) se concentram em renda familiar entre R\$4.180,01 a R\$10.450,00; e a menor parcela desta população 2,1% (3) vivem com renda familiar acima de R\$20.900,01.

Infecções sexualmente transmissíveis

Iniciando-se com o histórico de IST dos estudantes, 92,4% (133) informaram não possuir histórico, enquanto 4,2% (6) sinalizaram ter contraído e finalizado o tratamento recomendado, 2,8% (4) não possuem conhecimento e 0,7% (1) assinalaram que possuem histórico, porém não realizaram o tratamento aconselhado.

Ao serem questionados sobre a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), 97,9% (141) afirmaram não apresentar a infecção, enquanto 2,1% (3) não souberam informar.

Quanto à infecção por Sífilis, 97,9% (141) expressaram que não tiveram, 1,4% (2) não souberam informar e 0,7% (1) sinalizou que apresentou a infecção e submeteu-se integralmente ao tratamento recomendado.

Com relação às infecções por Hepatites, 95,8% (138) dos estudantes afirmaram não ter tido ou estar com esta infecção, 2,8% (4) não souberam afirmar se possuem/possuíram e 1,4% (2) disseram que tiveram hepatite na infância, sendo que apenas um participante especificou ser do tipo Hepatite B.

Métodos contraceptivos e educação sexual

Quanto à orientação sexual dos estudantes, tem-se que 77,1% (112) destes se declararam heterossexuais, 18,8% (27) bissexuais, 2,8% (4) homossexuais e 1,4% (2)

pansexuais. No que concerne ao início das atividades sexuais, 45,1% (65) iniciaram a partir dos 18 anos, 25,7% (39) iniciaram a partir dos 15 anos, 19,4% (28) não iniciaram atividades sexuais até o momento do questionário e 9,7% (14) iniciaram com menos de 15 anos.

A respeito ao uso de preservativos durante a relação, 52,1% estudantes (63) declararam que usam preservativos na relação sexual, 33,1% (40), o utilizam ocasionalmente, 13,2% (16) em nenhum momento e 1,7% (2), declaram não terem refletido sobre o seu uso.

Quanto aos métodos para evitar ISTs e gravidez, tem-se que 76% (109) fazem uso de preservativos, 13,2% (19) não utilizam nenhum método, 4,1% (6) de anticoncepcional, 2,5% (4) utilizam o Dispositivo intrauterino (DIU), 1,7% (2) refere ter um parceiro fixo que realiza exames periodicamente e, 0,8% (1) utiliza o método de controle por tabelinha.

Quando questionados sobre outros métodos que utilizam, foram citados por 60% (24) o uso de anticoncepcional, 15% (6) DIU, 5% (2) DIU Mirena, 5% (2) coito interrompido, 5% (2) preservativo, 5% (2) tabelinha, 2,5% (1) análise de muco cervical e 2,5% (1) parceiro fixo com exame periódico.

No que diz respeito aos parceiros, 59% (85) referem ter parceiro fixo, 34% (49) não possuem parceiro e 6,9% (10) assinalaram parceiro eventual. Destes que referem possuir parceiros(as) fixos, 88,8% (87) referem-se a um parceiro, 7,1% (7) a dois parceiros, 2% (2) a três parceiros e 2% (2) a mais do que quatro parceiros.

Em relação à importância de se conhecer e discutir métodos de prevenção de gravidez e ISTs, 88,2% (127) estudantes afirmam ser importante esse debate, enquanto 7,6% (11) declaram que eventualmente seja de relevância e 4,2% (6) acreditam não ser essencial. Ao serem questionados sobre a oferta pela universidade de serviços que promovam essa discussão e conhecimento, observou-se que 2,8% (4) procuraram esses serviços, 27,8% (40) desconhecem a possibilidade de participar destes meios e 69,4% (100) não buscam por estes serviços e conhecimentos durante a graduação.

Em relação à participação em atividades de educação sexual, 24,1% (32) expressaram que gostariam de participar, 41,4% (55) possivelmente participariam se oferecido e 34,6% (46) não gostariam de participar desta categoria de atividades.

DISCUSSÃO

Ao compreender o papel social que a universidade representa para a sociedade, sendo o epicentro das inovações pedagógicas, científicas e tecnológicas, é imprescindível entender e descrever a posição de destaque do estudante nesse processo, bem como a assimilação da importância de desenvolvê-lo em sua plenitude. Status que será alcançado com os devidos investimentos, dentre eles, a assistência à saúde de qualidade e efetiva às suas necessidades⁸.

No que concerne aos aspectos sociais, outras pesquisas se assemelham ao perfil social dos estudantes universitários participantes deste estudo. Tem-se a população do gênero feminino representando o maior percentual de estudantes matriculados em universidades. Em 1996, este grupo representava 51,4% do ambiente estudantil e em 2018 representava 54,6%, o que caracteriza um aumento sutil, mas significativo de mulheres que buscam novas perspectivas de educação e de inserção no mercado de trabalho. Ao longo das últimas décadas, a população feminina conquistou espaço dentro da universidade e dos setores de ciências da Saúde e Exatas, espaço predominantemente masculino nas décadas anteriores^{9,10}. A maioria dos jovens universitários era solteira, semelhante ao que se observa em estudo¹¹, onde a população solteira da pesquisa atingia o percentual de 94,1%.

As maiores parcelas dos estudantes analisados pertencem à faixa etária dos 18 aos 22 anos, sendo assim, a preponderância de estudantes em idade típica do ensino superior, dado que conversa com os apresentados na literatura^{9,11}. É possível ver também, uma diversidade sociocultural e de grupos considerados “não tradicionais”, frente à significativa parcela de estudantes nas faixas etárias de 43 a 50

anos, fato que se deve às oportunidades de estudo apresentadas na atualidade, que permitem a continuidade do ensino em idades consideradas não usuais.

O ensino superior e o acesso à universidade é excludente e, apesar das políticas públicas de cotas, o acesso da instituição às populações da cor preta/parda, amarelas e indígenas ainda fica aquém do ideal¹². Pode-se atribuir também as divergências entre o perfil estudado neste estudo, a constituição histórica da população da pesquisa, geograficamente situado na região sul do país. Segundo pesquisas, a população do estado do Paraná é majoritariamente branca (63%), comparativamente a nível Brasil¹³, onde se tem a predominância da população preta/pardos (55,8%).

Ao analisarmos a faixa de renda por classe social, temos que prevalecem os estudantes da classe B, considerando-se que recebem entre três e oito salários mínimos. Comparativamente, em estudos divergentes temos que um¹² apresenta que o maior percentual de estudantes se enquadra na classe C (considera-se de um a três salários mínimos) com 41,5%, enquanto outro⁹, ao analisar somente as instituições federais de ensino superior, aponta que 70,2% dos estudantes são de baixa renda, com renda de até 1,5 salários mínimos per capita, uma vez que o ingresso em uma instituição pública representa uma oportunidade de educação superior com gratuidade e a oportunidade pelo sistema de cotas.

Em um país que está entre os dez países mais desiguais do mundo, compreende-se que a população universitária não é formada pela camada mais pobre da população brasileira, uma vez que esta classe não consegue por vezes dar continuidade aos estudos e se caracteriza majoritariamente como analfabetos funcionais, um dos pontos para o seu não ingresso ao ensino superior. Considera-se, ainda, que o Brasil apresenta a 2ª maior concentração de renda entre mais de 180 países, referente a 28,3% da renda, isto é, quase um terço do total, comparativamente abaixo apenas do Catar, onde 1% da população detém 29% da renda do país¹⁴.

O ambiente universitário é composto quase que predominantemente por jovens que, com o término da adolescência e ingresso nas universidades, vivenciam

experiências novas que antes eram proibidas ou limitadas pela proximidade familiar. Nos períodos iniciais dos cursos de graduação, há necessidade de buscar amizades, tentar conciliar a nova rotina de compromissos, estudos e responsabilidades, com maior autonomia e liberdade. Ao mesmo tempo em que os jovens vivenciam a universidade, surgem ambientes de descontração e diversão para aliviar as tensões cotidianas. Nesse sentido, inúmeros universitários buscam em festas e eventos a descontração necessária para enfrentar esse turbilhão de acontecimentos, promovendo novas formas de comportamento e de viver as suas vidas^{5,15,16}.

Ao analisar as doenças transmissíveis, tem-se que são considerados temas prioritários pela Agência Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde¹⁷ (ANPPS). Esta o estabelece como sexto eixo-temático para pesquisas científicas e objeto de políticas públicas direcionadas para esta necessidade, o qual tem por objetivo a predição, a prevenção de doenças, a promoção da saúde e a redução drástica do processo de transmissibilidade das ISTs.

Com relação à escolaridade, comparativamente ao presente estudo, ao observar os dados do Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 2020, entre o período de 2007 a junho de 2020, verificou-se que, predominantemente, os casos dessa infecção estão com escolaridade ignorada, comprometendo uma melhor avaliação desta variável. Em pesquisa do Ministério da Saúde, os processos de notificação não continham todos os dados registrados e, nos casos com informação, a maior parte possuía ensino médio completo, seguida de ensino fundamental incompleto¹⁸.

Ainda que o presente estudo aponte um percentual significativo de estudantes que declaram não possuir HIV, essa infecção é um importante problema de saúde pública e deve ser levada em consideração, uma vez que nessa fase da vida, os comportamentos sexuais tendem a ser potencialmente comprometedores. A sífilis por vezes é assintomática, assim mesmo que não existam sinais visíveis, o indivíduo continua transmitindo. É indicado realizar o teste com frequência, uma vez que o tratamento é seguro se seguido conforme orientações médicas.

A hepatite viral usualmente faz referência aos vírus hepatotrópicos A, B, C, D, e E, os quais são considerados os responsáveis por mais de 90% dos eventos de hepatite aguda. A hepatite pelo vírus B (HBV) representa um significativo problema mundial de saúde pública¹⁹, aproximadamente 350 milhões de indivíduos são portadores crônicos desse agente. Nas regiões de alta prevalência de infecção pelo HBV, a transmissão é comumente vertical (mãe-filho) ou horizontal (entre familiares) nos primeiros anos de vida. Ao considerar este contexto, os adolescentes e jovens são classificados como grupo de risco elevado devido ao início precoce das atividades sexuais e geralmente sem proteção devido a fatores como uso irregular de preservativos, diferentes parceiros, percepção de invulnerabilidade e desconhecimento das formas de transmissão do vírus²⁰.

Ao analisarmos os dados acerca da orientação sexual dos estudantes, tem-se que os heterossexuais são a maior parcela da população analisada. Semelhante a outro estudo, pouco mais de 1% optou por não informar sua orientação sexual. As razões por trás dessas variações só podem ser desenvolvidas por meio de pesquisas focadas nesta temática que combinem, preferencialmente, metodologias quantitativas e qualitativas⁹.

De acordo com a OMS, a adolescência refere-se ao período dos 11 aos 19 anos de idade e é possível a defini-la como transição entre a infância e a idade adulta, considerando-a uma sucessão de ritos de passagem, caracterizados pelo afastamento da autoimagem infantil e pela inserção para a vida adulta²¹.

A literatura mostra que, majoritariamente, a iniciação sexual de adolescentes ocorre mais precocemente dentre os indivíduos que se encontram aquém do sistema educacional ou que apresentam baixa escolaridade. População esta que não possui suporte da educação/saúde com um programa de educação sexual consolidado e efetivo. Dessa forma, a iniciação sexual vem ocorrendo entre adolescentes com 13 anos ou menos²¹.

Acerca dos métodos contraceptivos utilizados pelos estudantes, percentual expressivo mantém relações sem a utilização de preservativos. De 2009 a 2019, o

percentual de pessoas entre 13 e 17 anos que usaram preservativo na última relação sexual caiu de 72,5% para 59%. Entre as meninas, a queda foi de 69,1% para 53,5% e, entre os meninos, de 74,1% para 62,8%. Os dados são um recorte de um estudo experimental da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), que apresenta indicadores comparáveis aos de estudantes do 9º ano do ensino fundamental²².

Os motivos para o uso inconsistente ou nulo do preservativo nas relações sexuais são diversos. Um estudo realizado em Bostswana traz as seguintes razões para o não uso de proteção: desejo de ter um filho, falta implícita de confiança ou fidelidade, relacionamentos de longo prazo, necessidade de agradar ao parceiro e diminuição do prazer. Têm-se ainda outros determinantes como: falta de conhecimento, menos medo de contrair o HIV e AIDS, pois agora possui terapia medicamentosa, influência da tradição, excesso de álcool e drogas, pressão dos pares, questões de poder e gênero e a recusa do parceiro^{22,23}.

Quanto aos métodos para evitar ISTs e gravidez, percebe-se que a proporção aumenta, indicando que a população possui conhecimento de que o preservativo é importante para a prevenção destas infecções e desdobramentos, porém, como visto anteriormente, uma parcela da mesma não utiliza deste método. Com relação aos demais métodos utilizados pelos estudantes, tem-se uma clara predominância de métodos para o público feminino, com o uso de anticoncepcional e DIU. Uma vez que, no Brasil os métodos contraceptivos masculinos são o preservativo masculino e a vasectomia, tem-se uma baixa adesão desse público no que se refere aos métodos preventivos de ISTs e gravidez²⁴.

A discussão sobre a temática é imprescindível para a prevenção das doenças transmissíveis no ambiente universitário, principalmente as ISTs. As atividades promotoras de educação em saúde devem ser ofertadas desde o momento em que os estudantes ingressam na universidade, construindo, assim, um maior vínculo com as atividades e projetos promotoras de saúde.

As práticas necessitam alcançar não apenas os estudantes que iniciaram as atividades sexuais ou vida reprodutiva, mas aqueles que ainda não as iniciaram,

fortalecendo nos estudantes o uso do preservativo e a sua combinação com outros métodos contraceptivos^{24,25}. Há de se ter investimento na educação pelos pares, possibilitar o desenvolvimento de competências pessoais e sociais como autoeficácia, comunicação assertiva, negociação do preservativo e que coordene a prática do sexo seguro com um comportamento de responsabilidade pessoal e social que se impõe por questões de saúde pública²⁵.

Evidencia-se que o presente estudo deve ser visto sob a ótica de sua relevância ao meio acadêmico, uma vez que apresenta diferentes perspectivas e saberes acerca da saúde do estudante universitário.

Dentre as limitações encontradas no decorrer da pesquisa, destaca-se o tamanho amostral. Inicialmente, para o cálculo amostral foi considerado o total de estudantes dos setores de Ciências Exatas e de Saúde da universidade. Porém com o advento da pandemia de COVID-19, surgiu, também, a dificuldade de sensibilização dos estudantes em resposta ao questionário, mesmo com a intensa divulgação nos meios sociais.

CONCLUSÃO

A partir da exposição dos principais achados, considera-se que o estudo atendeu, ainda que parcialmente, ao objetivo proposto, com resultados importantes sobre o perfil de saúde sexual e de infecções sexualmente transmissíveis na população estudada.

As análises apresentadas permitem afirmar que é necessário explorar e aprofundar a discussão sobre as doenças transmissíveis no ambiente universitário. Destaca-se a relevância da prevenção combinada no contexto universitário visto que as ações buscam atender às necessidades e contextos individuais de grupos específicos, de modo a evitar novas infecções pelo HIV, sífilis, hepatites virais e outras infecções transmissíveis. Essa estratégia de prevenção pode ser mais eficaz quando adotada com base nas características específicas do momento de vida dos

universitários. As recomendações da prevenção combinada incluem o uso dos preservativos masculino e feminino, profilaxias contra o HIV, a prevenção da transmissão vertical, a testagem regular, diagnóstico e tratamento precoce das infecções, além da imunização para HPV e hepatite B.

Sugere-se a realização de outras pesquisas em distintos espaços universitários, ambientes e estratégias de prevenção combinada para esse grupo populacional. Especial destaque para pesquisas que explorem a participação dos estudantes nesse processo e os impactos da instituição nas oportunidades de sua participação na centralidade do cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. A cada dia, há 1 milhão de novos casos de infecções sexualmente transmissíveis curáveis. [Internet] 2019 [acesso em 2022 jan 9] Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/6-6-2019-cada-dia-ha-1-milhao-novos-casos-infeccoes-sexualmente-transmissiveis-curaveis>
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. PNS 2019: em um ano, 29,1 milhões de pessoas de 18 anos ou mais sofreram violência psicológica, física ou sexual no Brasil. Estatísticas sociais. [internet] 2021 [acesso em 2022 jan 9] Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/30660-pns-2019-em-um-ano-29-1-milhoes-de-pessoas-de-18-anos-ou-mais-sofreram-violencia-psicologica-fisica-ou-sexual-no-brasil>
3. Gouveia GPM, Alves LR, Oliveira LSB, Pereira SBVB. Prevalência de infecções sexualmente transmissíveis em universitários de uma instituição pública de Parnaíba. Res., Soc. Dev. [internet] 2021 [acesso em 2022 jan 10] vol. 10 n.8. doi: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i8.17310>
4. Fonte VRF, Spindola T, Francisco MTR, Sodré CP, André NLNO, Pinheiro CDP. Jovens universitários e o conhecimento acerca das infec es sexualmente transmissíveis. Esc. Anna Nery. [internet] 2018 [acesso em 2021 jun 15] v. 22 n. 2, Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000200208&lng=en&nrm=iso
5. Wharf Higgins SJ, Lauzon LL, Yew AC, Bratseth CD, McLeod N. Wellness 101: Health education for the university student. Health Educ. [internet]. 2010 [acesso em 2021 out 20] vol. 110 n.4 doi: <https://doi.org/10.1108/09654281011052655>
6. Xiangyang T, Lan Z, Xueping M, Tao Z, Yuzhen S, Jagusztyn M. Beijing health promoting universities: practice and evaluation. Health Prom. Inter. [internet] 2003 [acesso em 2021 out 20] vol. 18. doi: <https://doi.org/10.1093/heapro/18.2.107>

7. Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, Silva CMFP. STROBE initiative: guidelines on reporting observational studies. Rev. Saúde Pública. 2010; 44(3):559-65
8. Ferreira FMPB, Brito IS, Santos MR. Programas de promoção da saúde no ensino superior: revisão integrativa de licenciatura. Rev. Bras. Enfer. [internet] 2018. [acesso em 2021 out 29] Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/hHwQyZcyKmQ5yNj65kVymJS/?lang=pt>
9. Andires. Plano Nacional de Assistência Estudantil. [internet] 2008 [acesso em 2021 out 30] Disponível em: https://www.andifes.org.br/wp-content/files/flutter/Biblioteca_071_Plano_Nacional_de_Assistencia_Estudantil_da_Andifes_completo.pdf
10. Guedes MC. A presença feminina nos cursos universitários e nas pós-graduações: desconstruindo a ideia da universidade como espaço masculino. Hist. cienc. saude RJ [internet] 2008 [acesso em 2021 out 28] v.15. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702008000500006>
11. Fonseca RS, Escola J, Carvalho A, Loureiro A. O perfil sociodemográfico dos estudantes universitários: estudo descritivo-relacional entre uma universidade portuguesa e brasileira. Educ. foco RJ [internet] 2019 [acesso em 2021 out 29] v. 24, n. 1. doi: <https://doi.org/10.34019/2447-5246.2019.v23.26040>
12. Instituto Semesp. Mapa do Ensino Superior no Brasil. Triênio 2017-2020 10ª ed.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Desigualdades Sociais por cor ou raça no Brasil. [internet] 2018 [acesso em 2021 ago 30] Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/materias-especiais/21039-desigualdades-sociais-por-cor-ou-raca-no-brasil.html>
14. Agência Senado. Recordista em desigualdade, o país estuda alternativas para ajudar os mais pobres. [internet] 2021 [acesso em 2021 ago 30] Disponível em <https://www12.senado.leg.br/noticias/infomaterias/2021/03/recordista-em-desigualdade-pais-estuda-alternativas-para-ajudar-os-mais-pobres>
15. Gomes VLO, Amarijo CL, Baumgarten LZ, Arejano CB, Fonseca AD, Tomaschewski-Barlem JG. Vulnerability of nursing and medicine students by ingestion of alcoholic drinks. JNUOL. [internet] 2013 [acesso em 2021 out 29] v. 7, n. 1. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10213/0>
16. Borges MR, Silveira RE, Santos AS, Lippi UG. Sexual behaviour among initial academic students. J Res Fundam Care Online [Internet]. 2015 [acesso em 2021 out 29] v. 7, n. 2 doi: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i2.2505-2515>
17. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde - APPMS [recurso eletrônico]. Brasília : Ministério da Saúde, 2018.
18. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico - HIV/AIDS 2020. Número Especial. Out. 2020

- 19.Ferreira AR, Fagundes EDT, Queiroz TCN, Pimenta JR, Nascimento Júnior RC. Viral hepatitis A, B and C in children and adolescents. Rev Med Minas Gerais [acesso em 2021 out 29] 2014; 24 (Supl 2): S46-S60
- 20.Santos JMJ, Santos LA, Oliveira FM. Vulnerabilidade à Hepatite B entre adolescentes jovens da rede pública de ensino. Rev. bras. ciênc. saúde. [internet] 2018. [acesso em 2022 jan 9] vol. 22 n.3 doi: <https://doi.org/10.4034/RBCS.2018.22.03.05>
- 21.Spinola MCR. Fatores associados à iniciação sexual precoce de adolescentes em Santarém-PA. [internet] 2020 Sanare [acesso em 2021 out 25] vol.19(1) doi: <https://doi.org/10.36925/sanare.v19i1.1385>
- 22.Bertoli RS, Scheidmantel CE, De-Carvalho NS. College students and HIV infection: A study of sexual behavior and vulnerabilities. [internet] 2016 DST - J. bras. Doenças Sex. Transm. [acesso em 2021 out 31] vol.28(3) doi: <https://doi.org/10.5533/DST-2177-8264-201628305>
- 23.Moreira AS, Alves JSS, Melo GC, Paixão JTS, Carnaúba MCS. Fatores associados ao não uso de preservativo por adolescentes brasileiros: uma revisão sistemática. Res., Soc. Dev. [internet] 2022 [acesso em 2022 jan 10] vol. 11 n.5. doi: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i5.28450>
- 24.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva : os homens como sujeitos de cuidado. Brasília : Ministério da Saúde, 2018.
- 25.Santos MJO, Ferreira MMC, Ferreira EMS. Sexual and reproductive health risk behaviours: higher education students' perceptions. Rev Bras Enferm. [internet] 2022 [acesso em 2022 ago 07] vol.75 n.6 doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0712pt>

RECEBIDO: 09/09/2022

ACEITO: 06/03/2023

Sentimentos que motivam a procura por assistência à criança em Unidade de Pronto Atendimento

Feelings that motivate the demand for child care in the Emergency Care Unit

Brenda Camargo Chagas¹, Andressa Larissa Dias Müller de Souza²,
Izabela Nataly Nass³, Victor Manoel Pontes da Rosa⁴

1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9868-1654>. Enfermeira. Centro de Ensino Superior de Maringá (Unicesumar), Ponta Grossa, Paraná, Brasil. E-mail: brendacamargochagas@gmail.com.

2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8582-5615>. Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: andressadmuller@gmail.com.

3. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1011-9163>. Enfermeira. Graduanda. Centro de Ensino Superior de Maringá (Unicesumar), Ponta Grossa, Paraná, Brasil. E-mail: izabelanatalynass@gmail.com.

4. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9652-775X>. Enfermeiro. Graduando. Centro de Ensino Superior de Maringá (Unicesumar), Ponta Grossa, Paraná, Brasil. E-mail: victormanoel.pontes@outlook.com.

CONTATO: Brenda Camargo Chagas | Endereço: R. Desembargador Westphalen, Nº 60, Ponta Grossa, Paraná, CEP 84010-000 | Telefone: (42) 98408-3232 | E-mail: brendacamargochagas@gmail.com

RESUMO

Esta pesquisa objetivou compreender quais são os sentimentos que motivam pais e cuidadores a procurarem atendimento pediátrico de urgência e emergência. Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório e descritivo, desenvolvido por meio de entrevistas semiestruturadas, com perguntas relacionadas às emoções dos cuidadores mediante a busca por assistência à criança em Unidade de Pronto Atendimento. A coleta transcorreu em julho de 2022. Da análise de conteúdo por Bardin, emergiram como resultados três

núcleos temáticos: sentimentos apresentados frente ao adoecimento da criança; principais sintomas; limite do cuidar. Constatou-se que as emoções dos pais e cuidadores são fundamentais em relação ao uso dos serviços de saúde. Espera-se que, por meio deste estudo, seja possível contribuir para a prática assistencial dos profissionais de saúde estimulando em seu exercício mais empatia e humanização e, ainda, que haja o fortalecimento do vínculo entre usuário e Atenção Primária em Saúde para um cuidado longitudinal e abrangente.

DESCRITORES: Emoções. Medo. Pais. Serviços Médicos de Emergência. Saúde da Criança.

ABSTRACT

This research aimed to understand what are the feelings that motivate parents and caregivers to seek urgent and emergency pediatric care. The paper proposes an exploratory-descriptive qualitative study, developed through semi-structured interviews, with questions related to the caregivers' emotions when pursuing child care in an Emergency Care Unit. Data collection took place in July 2022. From the content analysis by Bardin, three core themes emerged as results: feelings presented with regard to the child's becoming sick; main symptoms; limit of caring. It was found that the emotions of parents and caregivers are fundamental in relation to the use of health services. It is hoped that, through this research, it is possible to contribute to the care practice of health professionals stimulating more empathy and humanization in their operation and, furthermore, that there is a strengthening of the connection between user and Primary Health Care for a longitudinal and comprehensive care.

DESCRIPTORS: Emotions. Fear. Parents. Emergency Medical Services. Children's Health.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) está organizado em três níveis de atenção à saúde: a primária, a secundária e a terciária; visando à utilização racional dos recursos e melhor regulação na Rede de Atenção à Saúde. A Atenção Primária em Saúde (APS), considerada de baixa complexidade, é a principal porta de entrada do SUS, realiza atendimento à população de sua área de abrangência e, caso necessário, encaminhamento para outros serviços disponíveis na Rede. A atenção secundária oferece atendimento de saúde de média complexidade e, por fim, a atenção terciária apresenta maior densidade tecnológica e recursos de alta complexidade¹.

As Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) são pertencentes à atenção secundária e à Rede de Atenção às Urgências e Emergências e oferecem assistência de saúde em fluxo contínuo². Conceitua-se “urgência” como um agravo à saúde de forma inesperada, que pode ou não apresentar potencial risco à vida, necessitando de assistência de saúde rapidamente. Já “emergência” se caracteriza como agravo à saúde o qual gera sofrimento intenso ou risco iminente de morte, necessitando de tratamento imediato³. Ao considerar essa diferença entre os agravos de saúde, com o objetivo de acrescentar agilidade e melhor organização no atendimento, instituiu-se a estratégia de Acolhimento com Classificação de Risco¹.

A classificação de risco é realizada pelo enfermeiro e regulamentada pela resolução COFEN nº 661/2021, Art. 1º, que dispõe: “No âmbito da equipe de Enfermagem, a classificação de risco e priorização da assistência em Serviços de Urgência é privativa do Enfermeiro, observadas as disposições legais da profissão”⁴. Nesse sentido, espera-se que a população busque atendimento para alguma condição de saúde considerando os níveis de atenção: primária, secundária e terciária⁵. Porém, na prática geralmente não é assim, principalmente se o problema de saúde ocorre nas crianças, pois os pais ou cuidadores ficam inquietos e procuram a forma mais rápida para melhorar esse agravo. Em busca dessa agilidade, sabe-se que a maioria desses responsáveis recorre à UPA ao invés da APS, conforme relatado em um estudo no qual observou-se que, na UPA, prevaleceram os casos classificados como verdes (baixo risco), com 51,02%; seguidos pelos azuis (sem risco), com 30,76%⁶.

Entende-se que diversos são os fatores que levam ao adoecimento da criança, fato que, por sua vez, desencadeia sentimentos de angústia, aflição e inquietação em

seus cuidadores. O anseio por respostas e soluções imediatas, associado à falta de discernimento dos casos de caráter de urgência e emergência, corrobora no desvio voluntário da APS para a atenção de maior complexidade. Dessa forma, o psicológico dos pais ou cuidadores se torna consumido por sentimentos negativos, a soma do esgotamento de alternativas no que tange ao autocuidado do filho, frustração e medo são fatores que podem interferir diretamente na decisão de busca por atendimento⁷.

Essas emoções induzem o cuidador a pensar que a única solução está nos serviços de urgência e emergência. Esse devaneio ocorre porque os pais vislumbram atendimento e medicalização rápida, realização de exames e obtenção dos resultados em tempo oportuno⁸. Considerando a recorrência desse tipo de comportamento, este estudo teve como objetivo compreender quais são os sentimentos que motivam pais e cuidadores a procurar atendimento pediátrico na rede de urgência e emergência.

MÉTODO

Trata-se de um estudo do tipo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa por ser mais apropriado ao estudo dos fenômenos humanos⁹. Foram incluídos na pesquisa os pais e cuidadores de crianças que procuraram o atendimento por livre demanda na UPA. Optou-se como critério de exclusão os participantes que tivessem a entrevista interrompida por serem chamados para atendimento de saúde; além de cuidadores com idade inferior a 18 anos, pela necessidade da anuência no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) do seu responsável legal, que poderia não estar junto na UPA, dificultando a coleta de dados. Utilizou-se amostragem por saturação, em que se encerra a obtenção de amostras quando há constatação da saturação teórica dos dados, momento da pesquisa no qual a coleta de novos dados não trará mais esclarecimentos para o tema estudado¹⁰.

O estudo foi desenvolvido em uma UPA, única referência na atenção secundária para atendimento pediátrico na cidade de Ponta Grossa, no estado do Paraná. A coleta de dados ocorreu no mês de julho de 2022, em diferentes dias da semana visando a obter diversificação amostral. A coleta de dados se deu por meio de entrevista semiestruturada com pais e cuidadores. Inicialmente, com perguntas de cunho socioeconômico e demográfico e, posteriormente, com as seguintes perguntas norteadoras: conte-nos o que está acontecendo com a criança? Se tentou tratar primeiramente em casa, como fez e por quanto tempo? Quais sentimentos

apareceram em você desde que a criança adoeceu? O que você está sentindo agora? Quais desses sentimentos te motivaram a buscar o atendimento na UPA? Onde buscou atendimento antes de vir na UPA? Por que você preferiu buscar atendimento na UPA ao invés de outros lugares?

As entrevistas ocorreram na sala de espera da UPA, enquanto os cuidadores aguardavam atendimento de saúde às crianças. Nenhuma entrevista foi interrompida, todas foram concluídas antes de os participantes serem chamados para o atendimento. À medida que eram entrevistados, as falas eram transcritas na íntegra e o entrevistador perguntava sobre o assunto novamente caso percebesse que não havia conseguido anotar alguma declaração. Sabe-se que gravação e transcrição posterior é um método amplamente utilizado para esse tipo de pesquisa. No entanto, não foi permitido pelos coordenadores da instituição que a coleta de dados fosse realizada por meio de gravação das entrevistas.

Quanto à análise de dados, primeiramente foi realizada análise de similitude das palavras que se referiam aos sentimentos relatados nas falas dos cuidadores por meio do *website wordclouds.com*, sendo criada uma nuvem de palavras contendo os sentimentos evidenciados nas entrevistas. Posteriormente, realizou-se análise de conteúdo proposta por Bardin, em que há três etapas: pré-análise, que corresponde à fase da organização, na qual tem-se a leitura “flutuante” como o primeiro contato com o material. A segunda etapa se dá pela exploração do material, sendo estabelecidas unidades de codificação. Nesta pesquisa fez-se uso da codificação por categorização para agrupar maior quantidade de dados e, a partir de uma esquematização, correlacionar classes de acontecimentos. A terceira fase diz respeito ao tratamento dos resultados mediante a inferência e interpretação, com análise reflexiva e crítica, para que os dados sejam considerados significativos e válidos¹².

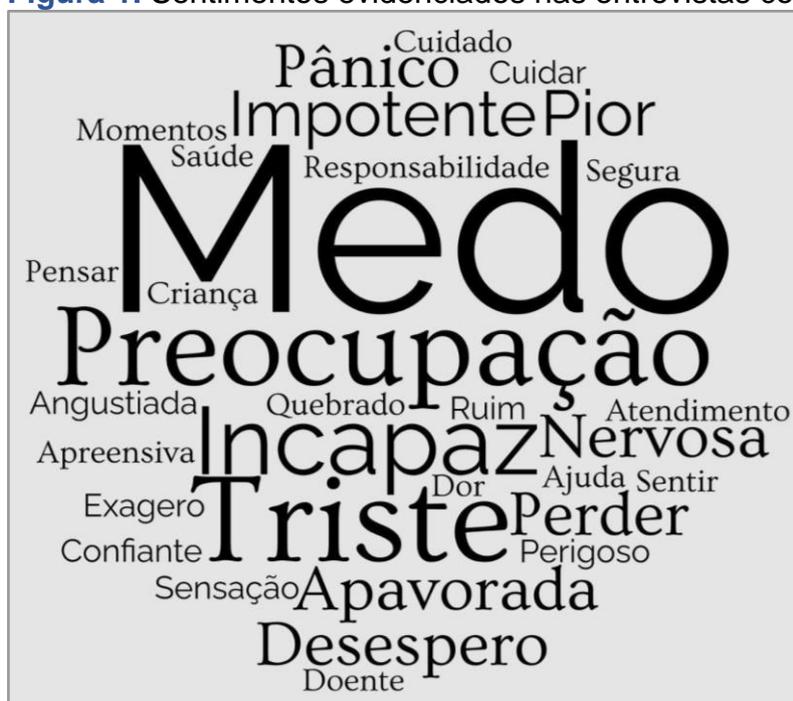
Como se trata de uma pesquisa que envolve seres humanos, foram observados os aspectos éticos estabelecidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde¹¹ com aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unicesumar, CAAE nº 59883122.0.0000.5539, parecer nº 5.502.477 de 30 de junho de 2022. O anonimato dos participantes foi preservado por meio da utilização de códigos de identificação (Cuidador 1, Cuidador 2, ..., Cuidador 18). Antes de iniciar a coleta de dados, os participantes foram esclarecidos sobre o objetivo da pesquisa, a utilização dos dados obtidos, o sigilo da identidade e os riscos e benefícios decorrentes da sua participação.

Aplicado o TCLE, após anuência do participante, foram realizadas entrevistas individuais.

RESULTADOS

Foram abordados 20 cuidadores, havendo a recusa de um em participar e a exclusão de outro por ser um atendimento referenciado. Portanto, participaram da pesquisa 18 cuidadores com o seguinte grau de parentesco com a criança: uma avó e os demais eram pais e mães. Referente ao grau de escolaridade, 11 (61,1%) dos entrevistados possuíam ensino médio completo. Quanto às crianças, 11 (66,6%) eram do sexo feminino e 7 (33,4%) do sexo masculino, com idades entre 0 e 11 anos, havendo predominância de 0 a 3 anos. Sobre a classificação de risco das crianças: 7 (38,8%) urgente; 5 (27,7%) pouco urgente; 6 (33,3%) não urgente. Ao realizar a análise de similitude dos sentimentos, evidenciou-se ocorrência de diversas emoções e o mesmo sentimento relatado por mais de um cuidador. Sendo assim, criou-se uma nuvem de palavras, representada pela Figura 1, na qual quanto maior for o tamanho da palavra, mais relatado nas entrevistas foi o sentimento em questão.

Figura 1. Sentimentos evidenciados nas entrevistas com pais e cuidadores



Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

Também a partir do método de análise de conteúdo de Bardin, foram agrupados

os conteúdos semelhantes evidenciados nas falas dos participantes, obtendo-se três categorias: sentimentos apresentados frente ao adoecimento da criança; principais sintomas; e limite do cuidar.

CATEGORIA 1: Sentimentos apresentados frente ao adoecimento da criança

Nessa primeira categoria, os cuidadores, de forma unânime, retratam o medo e a preocupação como os principais sentimentos frente ao adoecimento da criança. Tal percepção pode ser compreendida pelos depoimentos a seguir:

Medo de ser algo grave, dá uma sensação de desespero, tristeza, chego até dizer um pânico por ele ser pequenininho e poder ser algo mais grave, sabe. (Cuidador 1)

[...] tô bastante preocupada com o que pode acontecer. (Cuidador 4)

O coração acelera né, dá medo de ser algo ruim. (Cuidador 7)

A gente fica bastante preocupada né, não sabe direito o que tá acontecendo, e aí eles pioram de uma hora para a outra. (Cuidador 9)

[...] senti medo em todos os momentos. (Cuidador 11)

Preocupação nos dois momentos. Só de pensar que pode ter quebrado algum osso, já imagino toda a dor de cabeça que vai ser. (Cuidador 12)

Na hora eu fiquei preocupada, e ainda estou, eu não sei o que ela tem. (Cuidador 13)

A gente fica com medo com o tanto de coisas acontecendo, a gente fica nervosa. (Cuidador 14)

Estava trabalhando quando a professora dela ligou, a gente fica preocupada. (Cuidador 15)

Incapacidade e medo. (Cuidador 19)

Observou-se ainda que, quando questionados quanto aos sentimentos que os levaram a buscar atendimento na UPA, os relatos evidenciaram emoções semelhantes aos citados anteriormente:

Tenho muito medo na questão de saúde, perdi meu outro filho anteriormente por hipoxemia. (Cuidador 4)

Ah, ver ela assim né, ela é bem alegre, ver ela caidinha assim, fico

preocupada. (Cuidador 5)

Preocupação e medo de poder ser algo pior, a gente nunca sabe né. (Cuidador 9)

Preocupação, ela teve pneumonia recente. (Cuidador 15)

[...] Preocupação, cuidado, senti que tinha obrigação de trazê-la, porque ela é minha responsabilidade. (Cuidador 18)

Medo do que podia acontecer, quando ele começou a ter falta de ar mesmo eu usando a bombinha, me senti totalmente incapaz e com medo de perder ele. (Cuidador 19)

CATEGORIA 2: Principais sintomas

Na segunda categoria, os depoimentos apontaram a predominância de três principais sintomas, relatados pelos pais e cuidadores, para que houvesse a procura do serviço de urgência e emergência pediátrico: febre, vômito e dor de garganta.

Ele tá com febre desde ontem, tosse, dor de cabeça. (Cuidador 3)

Febre, dor de barriga e cabeça, começou de madrugada. (Cuidador 5)

Febre e vômito, ele tá assim há mais ou menos um dia. (Cuidador 7)

Febre, tosse, vômito e dor de cabeça. (Cuidador 9)

Febre, tosse e coriza. (Cuidador 10)

Fui pegar ela na escola, estava com febre e dor de ouvido, os sintomas começaram hoje de madrugada. (Cuidador 13)

Vômito, febre e dor de garganta há dois dias [...]. (Cuidador 15)

CATEGORIA 3: Limite do cuidar

Na terceira categoria, constatou-se que há um limite, por parte dos cuidadores, em prestar assistência à criança doente. Esse limite explora novamente a temática do medo e da condição da saúde piorar:

Dei paracetamol desde o dia anterior. Fiquei com medo e ainda estou porque a febre não tá abaixando e é perigoso se não baixar né. (Cuidador 3)

A gente tenta tratar em casa né, até pra evitar de vir aqui, mas se não

melhorar tem que trazer. (Cuidador 4)

Fiquei com muito trauma, porque minha outra filha morreu de meningite, às vezes parece exagero mas é por cuidar [...] (Cuidador 16)

Ademais, considerando essa categoria, ao se sentirem limitados no cuidar, os cuidadores demonstraram preferir buscar atendimento na UPA, devido à sensação de resolutividade imediata. Em associação, percebe-se também a falta de conhecimento quanto ao fluxo dos serviços de saúde:

Aqui eles conseguem fazer exames na hora. (Cuidador 2)

Lugar conhecido, já consultei outras vezes aqui. (Cuidador 6)

É mais rápido, resolvem o problema. (Cuidador 8)

Com a correria do trabalho, a gente acaba deixando para vir aqui. (Cuidador 14)

Porque é mais próximo, eu sempre trago ela aqui, porque aí eles dão antibiótico e ela melhora mais rápido. (Cuidador 15)

Porque aqui é gratuito e é mais acessível né. (Cuidador 10)

DISCUSSÃO

A partir da análise dos dados obtidos, identificou-se que os sentimentos apresentados pelos responsáveis, mediante o adoecimento da criança, estão relacionados principalmente ao medo e à preocupação. Emoções geradas a partir das incertezas, ansiedade associada à falta de percepção do que é considerado grave, bem como a incapacidade no gerenciamento da doença infantil¹³. Considerando os sentimentos que motivam os pais e cuidadores na busca por atendimento na UPA, constatou-se que se assemelham aos sentimentos frente ao adoecimento da criança, porém percebeu-se a presença de demais fatores preexistentes, como a questão sociodemográfica, confiança no atendimento, resolutividade e senso de responsabilidade dos pais sobre a saúde do filho¹⁴.

Na admissão da criança nos serviços de saúde, é realizado o acolhimento e a classificação de risco, reconhecendo as condições clínicas apresentadas, otimizando o fluxo de atendimento e a tomada de decisões emergenciais e prevenindo possíveis complicações¹⁵. Entretanto, durante a classificação de risco, os enfermeiros orientam

os cuidadores de que o atendimento da criança classificada com verde ou azul não será prioritário, mas os pais optam por permanecer aguardando para serem atendidos. Essa realidade contribui para a superlotação nas UPAs, o que pode comprometer a qualidade dos serviços de saúde prestados¹⁶. Tal decisão é influenciada por medo, angústia e ansiedade frente ao desconhecido e, assim, os responsáveis passam a pensar no pior, submetendo-se à espera por atendimento.

No que diz respeito aos sintomas apresentados, destacou-se a febre como principal critério para a busca por atendimento. Um estudo com o objetivo de retratar os sentimentos temerosos e negativos dos responsáveis em torno de um processo febril em crianças fez uso do termo “*Fever Phobia*” (Fobia de Febre). Em seus resultados, aborda a falta de conhecimento e equívocos dos pais relacionados ao manejo da febre dos seus filhos¹⁷. Percebe-se que a febre traz sentimentos de temor e angústia aos responsáveis¹⁸ por ser um sintoma associado a inúmeras doenças e processos infecciosos, além de poder desencadear episódios de convulsão se não controlada⁷.

Ainda, observou-se um limite de autoconfiança em prestar cuidados à criança, seja por não conseguir delimitar a gravidade do caso ou até mesmo por experiências traumáticas anteriores. Quando esse limite é atingido, os pais e cuidadores buscam o serviço de saúde depositando sua confiança nos profissionais e na possibilidade de acesso a maiores recursos diagnósticos¹⁹. Estudos já realizados sobre a temática apontam que o usuário dos serviços de saúde considera também a localização, horário de atendimento, resolutividade e agilidade do serviço e, de uma forma geral, a conveniência gerada para a escolha do local de atendimento^{6-7,20}. Sabe-se também que fatores culturais relacionados à mensuração da gravidade e a busca por soluções imediatistas colaboram para a evasão espontânea para os serviços de urgência e emergência²¹.

Considerando ainda os níveis de atenção dos serviços de saúde, sabe-se que a APS é a principal e mais apropriada forma de acesso do usuário ao SUS. No entanto, a partir dos relatos coletados, percebeu-se que os pais e cuidadores, em sua maioria, não compreendem o fluxo de tais serviços¹. Uma pesquisa referente à percepção da APS segundo usuários que frequentam uma Unidade de Pronto Atendimento aponta a necessidade de um aprimoramento na relação entre usuário e APS, a fim de promover o cuidado longitudinal e de forma abrangente²².

O conhecimento prévio sobre condições de saúde pode ter efeitos sobre o

comportamento dos cuidadores na utilização do serviço de urgência e emergência pediátrica, como o fato de ter outros filhos, pois as experiências anteriores podem aumentar seu saber sobre determinadas situações de saúde. Isso pode diminuir a limitação do cuidar vivenciada pelos pais²³. Essa realidade também foi evidenciada na presente pesquisa. Em contrapartida, percebeu-se que possuir uma experiência traumática relacionada à saúde do filho mais velho pode intensificar a busca por atendimento de saúde no serviço de urgência e emergência para o filho mais novo, independentemente da gravidade dos sintomas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa compreendeu os sentimentos vivenciados por pais e cuidadores na busca por atendimento nos serviços de urgência e emergência pediátricos, sendo observado na análise dos discursos que os principais sentimentos encontrados durante esse momento foram o medo e a preocupação. Essas emoções foram relacionadas à impotência frente ao adoecimento da criança e ao temor de que haja um agravamento no quadro clínico. Constatou-se que as emoções dos pais e cuidadores foram fundamentais no processo de tomada de decisão em relação ao uso dos serviços de saúde, pois os responsáveis optaram por procurar o serviço de urgência e emergência para a criança que apresentava sintomas que poderiam ser solucionados com atendimento na Atenção Primária à Saúde (APS).

Espera-se que, por meio desta pesquisa, seja possível contribuir para a prática assistencial dos profissionais de saúde, estimulando em seu exercício mais empatia, humanização, acolhimento a esses pais e cuidadores, para que seja possível auxiliar no processo de atendimento e também orientar de forma acolhedora sobre as situações de saúde da criança que podem ser solucionadas na APS. Ainda, espera-se que colabore para o fortalecimento da APS, aumento de vínculo entre usuário e sua APS de referência, visando a sanar casos cabíveis ao nível primário, a fim de diminuir a superlotação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). Além do mais, são necessários novos estudos nacionais sobre a temática considerando o sistema de saúde brasileiro, pois grande parte dos materiais desta pesquisa provém de artigos em língua estrangeira.

REFERÊNCIAS

1. UNA-SUS (Brasil). Redes de atenção à saúde: A Atenção à Saúde Organizada em Redes [internet]. São Luís: UNA-SUS/UFMA; 2016. p. 15-36. [citado em 2022 abr. 14]. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/7563>
2. Melo MCB, Silva NLCS. Rede de Atenção: Urgências [internet]. Belo Horizonte: Nescon/UFMG. 2018. p. 13-4. [citado em 2022 abr. 24]. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/2012>
3. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 393, de 13 de Março de 2020. Pública a proposta de Projeto de Resolução "Requisitos de Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência (Revogação da Res. GMC Nº 12/07)". [internet]. Gabinete do Ministro. 2020 mar. 13 [citado em 2022 abr. 09]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0393_17_03_2020.html
4. COFEN. Resolução COFEN nº 423/2012 - Revogada pela Resolução COFEN nº 661/2021. Normatiza, no Âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a Participação do Enfermeiro na Atividade de Classificação de Riscos. [internet]. COFEN, 2012 abr. 11. [citado em 2022 fev. 10]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4232012_8956.html
5. Silva BR, Robalo EC, Gabatz RIB, Couto GR, Cruz VD, Moraes CL. Perfil de crianças atendidas em um serviço de urgência e emergência no sul do Brasil. J. nurs. health [internet]. 2021 [citado em 2022 mar. 26]; 11(1):e2111118981. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/18981>
6. Oliveira MD. Perfil da demanda de atendimentos realizados pela unidade de pronto atendimento (UPA) de Tramandaí/RS. [monografia] [Internet]. Rio Grande do Sul; Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre; 2019. [citado em 2022 mai. 21]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/201878>
7. Butun A, Hemingway P. A qualitative systematic review of the reasons for parental attendance at the emergency department with children presenting with minor illness. International Emergency Nursing [internet]. 2017. [citado em 2022 mar. 28]; 36: 56-62. 2017. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.07.002>
8. Pitoli PJ, Duarte BK, Fragoso AA, Damaceno DG; Marin MJS. Febre em crianças: procura de pais por serviços médicos de emergência. Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2021. [citado em 2022 mar. 26]; 26(02):445-454. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.40782020>
9. Capp E, Nienov OH. Epidemiologia Aplicada Básica [internet]. Porto Alegre: UFRGS. 2021. [citado em 2022 mar. 27]. p-227-28. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/215459/001119979.pdf?seq>

10. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: Consensos e controvérsias. Rev. Pesq. Qual. [internet]. 2017. [citado em 2022 jan. 17]; 5(7):1-12. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>
11. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. [internet]. 2013. [citado em 2022 abr. 17]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
12. Bardin L. Análise de conteúdo. 1ª ed. São Paulo. Almedina Brasil, Edições 70, 2016. p. 123-131.
13. Rafael MS, Portela SL, Sousa P, Fernandes AC. Utilização do serviço de urgência pediátrica: a experiência de um centro português. Sci. med. [internet]. 2017. [citado em 2022 jul. 22]; 27(1). doi: <https://doi.org/10.15448/1980-6108.2017.1.24919>
14. Burokienė S, Raistenskis J, Burokaitė E, Cerkauskienė R, Usonis V. Factors Determining Parents' Decisions to Bring Their Children to the Pediatric Emergency Department for a Minor Illness. Med. sci. monit. [internet]. 2017. [cited in 2022 ago. 27]; 23:4141-48. doi:10.12659/MSM.902639. Disponível em: <https://medscimonit.com/abstract/index/idArt/902639>
15. Magalhães FJ, Lima FET, Barbosa LP, Guimarães FJ, Felipe GF, Rolim KMC, et al. Classificação de risco de crianças e adolescentes: prioridade do atendimento na emergência. Rev. bras. enferm. [internet]. 2020 [citado em 2022 mar. 14]; 73(4). doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0679>
16. Coster JE, Turner JK, Bradbury D, Cantrell A. Why Do People Choose Emergency and Urgent Care Services? A Rapid Review Utilizing a Systematic Literature Search and Narrative Synthesis. Acad. emerg. med. [internet]. 2017. [cited in 2022 mar.28]; 24(9):1137-49. doi: <https://doi.org/10.1111/acem.13220>
17. Schmitt BD. Fever Phobia: misconceptions of parents about fevers. Am. j. dis. child. [internet]. 1980. [cited in 2022 ago. 23]; 134(2):176-81. doi: <https://doi.org/10.1001/archpedi.1980.02130140050015>
18. Santos M, Casanova C, Prata P, Bica I. Gerir a febre em crianças: Conhecimentos e práticas dos pais. Millenium [internet]. 2016. [citado em 2022 jul. 17]; 2(1):15-21. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/13831>
19. Chiappini E, Bortone B, Galli L, De Martino M. Guidelines for the symptomatic management of fever in children: systematic review of the literature and quality appraisal with AGREE II. BMJ Open [internet]. 2017. [cited in 2022 ago. 18]; 7(7):e015404. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015404>
20. Silva BR, Robalo EC, Gabatz RIB, Couto GR, Cruz VD, Moraes CL. Perfil de crianças atendidas em um serviço de urgência e emergência no sul do Brasil. J. nurs. health [internet]. 2021. [citado em 2022 mar. 26]; 11(1):e2111118981. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/18981>

21. Butun A, Lynn F, McGaughey J, McLaughlin K, Linden M. Exploring attendance at emergency departments for children with non-urgent conditions in Turkey: a qualitative study of parents and healthcare staff perspectives. *Emergency and Critical Care Medicine* [internet]. 2022. [cited in 2022 ago. 25]; 2(2):50-60. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/EC9.0000000000000027>
22. Bizinelli BM, Neto PP, de Albuquerque GSC, Conde RES, Scarin FC. Acesso à Atenção Primária à Saúde em Curitiba: a percepção dos usuários que frequentam uma unidade de pronto atendimento (UPA). *APS em revista* [Internet]. 2019 [citado em 2022 nov. 22];1(3):198-205. doi: <https://doi.org/10.14295/aps.v1i3.39>
23. May M, Brousseau D, Nelson DA, Flynn KE, Wolf Ms, Lepley B. et al. Why Parents Seek Care for Acute Illness in the Clinic or the ED: The Role of Health Literacy. *Acad. Pediatr.* [internet]. 2018. [cited in 2022 ago. 26]; 18(3):289-96. doi: <https://doi.org/10.1016/j.acap.2017.06.010>

RECEBIDO: 30/09/2022
ACEITO: 06/03/2023

Perfil de automedicação por acadêmicos de uma Instituição de Ensino Superior na pandemia da Covid-19

Profile of self-medication among academics at a Higher Education Institution in the Covid-19 pandemic

Aldalene Rocha Pereira¹, Adriane Siqueira da Silva², Erika Marcília Silva Xavier³, Paulo Sérgio Ferreira de Lima⁴, Edilene Gadelha de Oliveira⁵

1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1025-1175>. Farmacêutica. Graduação. Universidade da Amazônia, Santarém, Pará, Brasil). E-mail: aldalenerochap@gmail.com
2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4269-8403>. Farmacêutica. Graduação. Universidade da Amazônia, Santarém, Pará, Brasil Email: adrianesilvafarma@gmail.com
3. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8624-5372>. Farmacêutica. Graduação. Universidade da Amazônia, Santarém, Pará, Brasil Email: erikamacilia503@gmail.com
4. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1216-0162>. Farmacêutico. Mestre em Biociências. Universidade da Amazônia, Santarém, Pará, Brasil Email: sergiop-stm@hotmail.com
5. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7568-8717>. Farmacêutica. Doutora em Ciências Farmacêuticas. Universidade da Amazônia, Santarém, Pará, Brasil. E-mail: edilenegadelha.farmacia@gmail.com

CONTATO: Edilene Gadelha de Oliveira | Endereço: Av Aguanambi, 251, José Bonifácio, Fortaleza, Ceará, 60055-400 | Telefone: (85) 99728-1103 | E-mail: edilenegadelha.farmacia@gmail.com

RESUMO

A automedicação é um problema recorrente de saúde pública devido ao uso indiscriminado de medicamentos. Este estudo analisou o perfil de automedicação por acadêmicos de uma Instituição de Ensino Superior na pandemia da Covid-19 com base em um questionário aplicado on-line. A maioria dos participantes era do gênero feminino, cursando Farmácia, no 10°

semestre e já atuando como profissional de saúde. Destes, 36,9% foram diagnosticados com a doença pelo médico a partir de exames laboratoriais, e os principais sintomas relatados foram dor de cabeça (16%) e febre (13,7%). Os medicamentos mais utilizados, prescritos ou não por médicos, foram analgésicos e antitérmicos. A indicação de medicamentos foi realizada por outros profissionais de saúde, como o farmacêutico. Conclui-se que a automedicação se agravou durante a pandemia devido à procura por medicação para atenuar os sintomas da Covid-19 ou a falta de fármacos eficazes para o tratamento do novo coronavírus.

DESCRITORES: Automedicação. COVID-19. Medicamentos sem prescrição.

ABSTRACT

Self-medication is a recurring public health problem due to the indiscriminate use of drugs. This study analyzed the profile of self-medication among academics from a Higher Education Institution during the Covid-19 pandemic, using an online questionnaire. Most participants were women, studying Pharmacy, in the 10th semester, and already working as a health professional. A total of 36.9% was diagnosed with the disease by the doctor, based on laboratory tests, and the main symptoms reported were headache (16%) and fever (13.7%). The most used drugs, prescribed or not by doctors, were analgesics and antipyretics. The indication of medications was made by other health professionals, such as the pharmacist. It is concluded that self-medication has worsened during the pandemic due to the search for medication to alleviate the symptoms of Covid-19 or the lack of effective drugs for the treatment of the new coronavirus.

DESCRIPTORS: Self-medication. COVID-19. Non-prescription drugs.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

A automedicação é a prática de ingerir substâncias com ação medicamentosa sem recomendação e acompanhamento médico ou de qualquer outro profissional de saúde qualificado para esta ação¹.

Essa prática é bastante comum, e o uso de medicamentos por conta própria pelos brasileiros tornou-se um grande problema na atualidade. Diante de um cenário preocupante na pandemia da Covid-19, houve um aumento da demanda em busca de medicamentos objetivando a prevenção ou o combate à doença, o que ocasionou sérios riscos à saúde².

A pandemia da Covid-19 impôs grandes desafios globais, principalmente no quesito medicação, e muitas pessoas foram em busca de medicamentos que pudessem fortalecer o sistema imunológico, e que proporcionassem eficácia contra o vírus SARS-CoV-2. Nesse âmbito, o reposicionamento de fármacos não apresentou evidências científicas satisfatórias contra o novo coronavírus³.

As pessoas possuem o hábito de usar medicamentos sem prescrição médica. No entanto, tal cultura acarreta sérios riscos à saúde. Por exemplo, durante o inverno, os casos de gripe e resfriados tendem a crescer, o que aumenta a ingestão de medicamentos sem orientação profissional⁴. É comum que as pessoas acumulem medicamentos em suas residências, levando a um grande arsenal terapêutico. Isso é um fator de risco para a saúde, haja vista que favorece a prática da automedicação, possibilitando a troca errônea de medicamentos e aumentando o risco de intoxicação por ingestão acidental⁵.

Por sua vez, neste período de isolamento social, foram adotadas medidas para minimizar os riscos de transmissão do novo coronavírus, como o acesso limitado às farmácias. As pessoas não saíam às ruas e, conseqüentemente, tornavam-se mais propensas a se automedicarem em suas residências⁶.

Em meio a um cenário de calamidade pública decorrente da pandemia da Covid-19, o tema escolhido justifica-se pelos riscos à saúde envolvidos na prática da automedicação. Este estudo teve como objetivo identificar o perfil de automedicação por acadêmicos de uma Instituição de Ensino Superior durante a pandemia da Covid-19.

MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, de caráter quali e quantitativo. Com o intuito de avaliar a automedicação por acadêmicos durante a pandemia da Covid-19, os métodos e procedimentos adotados seguiram os pressupostos das Resoluções do CNS nº 466/2012 e nº 510/2016, Norma Operacional nº 001/2013 e Ofício Circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS de 24/02/2021 para pesquisas realizadas em ambientes virtuais⁶. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto Campinense de Ensino Superior LTDA-ICES UNAMA, sob parecer nº 4934084.

Em virtude das dificuldades operacionais decorrentes de todas as medidas impostas pela pandemia do SARS-CoV-2, o uso de questionários *on-line* tornou-se uma ferramenta bastante útil para coleta de dados de participantes de pesquisas científicas⁶. Além disso, devido ao acesso crescente à internet em todo o mundo, as pesquisas em ambientes virtuais mostram-se como uma tendência nos últimos anos, com a adesão de pessoas de faixas etárias variadas. Dessa maneira, esse recurso facilita a disseminação de informações, possibilitando a melhoria e a agilidade do processo de pesquisa, bem como o contato entre pesquisador e participante do estudo⁷.

Na presente pesquisa, foi aplicado um questionário *on-line* intitulado “Perfil de automedicação contra a Covid-19 por acadêmicos” (Apêndice 1), contendo 10 perguntas, sendo 08 objetivas e 02 subjetivas, por meio de um link do *Google Forms* <https://forms.gle/SxuVJ2EfwinBaFKd9>, enviado a partir do aplicativo de mensagens *Whatsapp* aos estudantes, no período de 28 setembro a 20 de outubro de 2021.

Os critérios de inclusão deste estudo foram pessoas do sexo masculino e/ou feminino, com idade entre 18 e 50 anos, e que fossem estudantes da Instituição de Ensino Superior escolhida no estudo. Já os critérios de exclusão foram pessoas menores de 18 anos, não matriculadas na Instituição e que não fizeram uso de medicamentos durante a pandemia. Os dados obtidos foram tabulados em planilha no Microsoft Excel 2010, e apresentados na forma de gráficos para uma melhor análise dos resultados.

RESULTADOS

Na presente pesquisa, foram obtidas 46 respostas após aplicação do questionário aos acadêmicos de uma Instituição de Ensino Superior. Em relação à classificação das faixas etárias dos participantes da pesquisa, 34,8% informaram ter idade entre 18 e 25 anos, 24,5% entre 32 e 35 anos, 28,7% entre 36 a 44 anos e 12% com idade de 45 a 50 anos.

Do total dos participantes, 80,4% eram do sexo feminino e 19,6% do sexo masculino. Observou-se que 80,5% deles cursavam Farmácia, 10,8% responderam que cursavam Enfermagem, 6,5% Fisioterapia e 2,2% Medicina Veterinária. Conforme observado nesta pesquisa, 71,7% dos entrevistados cursavam o 10º semestre, 2,2% o 9º semestre, 8,7% o 8º semestre, 2,3% o 7º semestre, 4,3% o 6º semestre, 6,5% o 4º semestre e 4,3% dos participantes cursavam o 2º semestre.

Em relação à profissão, 34,7% dos entrevistados já atuavam como profissional de saúde, 28,3% informaram que trabalhavam, mas não eram profissionais da saúde e 37% dos entrevistados informaram que, no momento, não estavam trabalhando.

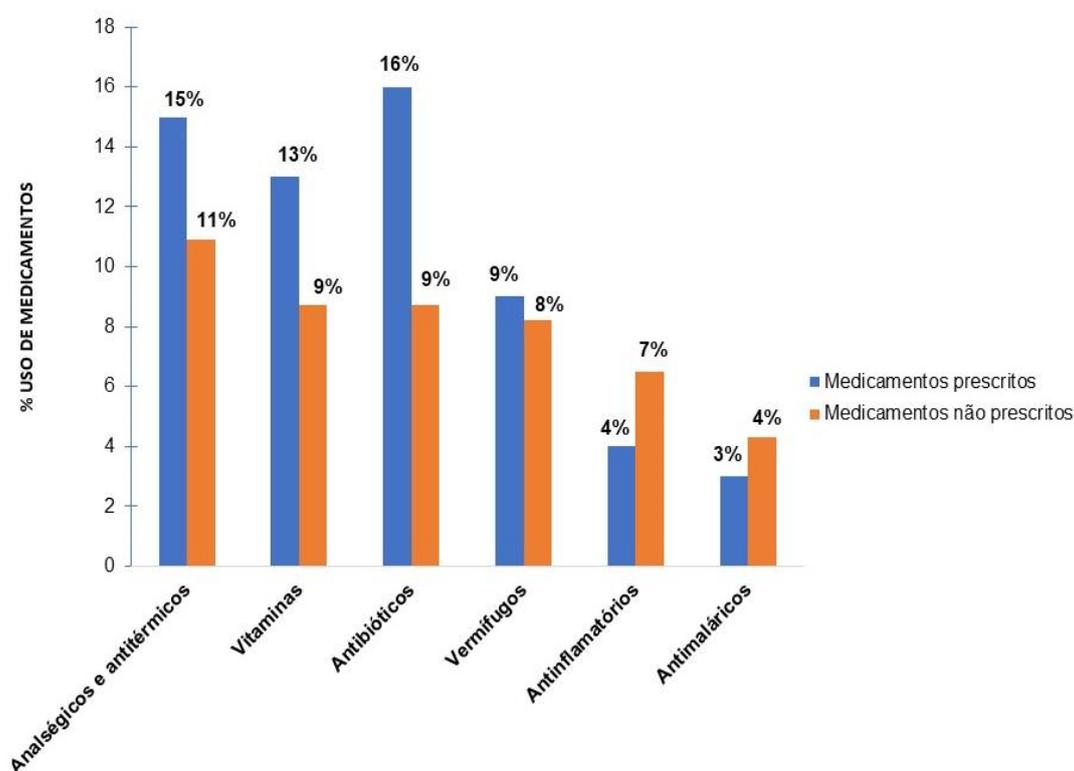
Em relação ao perfil de participantes diagnosticados com Covid-19, 4,3% dos entrevistados relataram que foram diagnosticados pelo médico somente a partir dos sintomas apresentados, 19,6% dos acadêmicos acreditavam que tiveram a Covid-19 por apresentarem sintomas semelhantes aos da doença, 32,6% informaram que foram diagnosticados pelo médico a partir dos exames laboratoriais e 43,5% responderam que não tiveram a Covid-19.

A pesquisa constatou que os principais sintomas que levaram os acadêmicos ao uso de medicamentos foram: dor de cabeça (16%), febre (13,7%), resfriados e gripe (13%), perda de paladar (11,5%), dores musculares (11,5%), perda de olfato (9,9%), vômitos e diarreias (6,1%), dores no estômago e má digestão (3,8%), sendo que 14,5% não apresentaram sintomas da Covid-19.

Em relação aos medicamentos prescritos pelo médico (Figura 1), 3% dos participantes responderam que utilizaram analgésicos/antitérmicos (15%), vitaminas (13%), antibióticos (16%), vermífugos (9%), anti-inflamatórios (4%), antimaláricos (3%), chás medicinais (4%), antigripais (4%), antialérgicos (5%), antiácidos e digestórios (4%). Dezoito por cento não fizeram uso de medicamentos contra a Covid-19 e 5% responderam que utilizaram medicamentos contra a Covid-19 sem prescrição médica.

Em relação aos medicamentos não prescritos pelo médico (Figura 1), 41,8% dos acadêmicos utilizaram pelo menos um medicamento para diminuir os sintomas da Covid-19. Os participantes fizeram uso de analgésicos e antitérmicos (11%), vitaminas (9%), antibióticos (9%), vermífugos (8%), anti-inflamatórios (7%), antimaláricos (4%), chás medicinais (4%), antigripais (2%), antialérgicos (2%), antiácidos e digestórios (2%). Trinta e cinco por cento responderam que não utilizaram medicamentos contra a Covid-19 e 7% informaram que fizeram uso de medicamentos para a Covid-19 com prescrição médica.

Figura 1. Perfil do uso de medicamentos prescritos e não prescritos pelo médico



Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

Em relação aos meios utilizados para indicação de medicamentos não prescritos pelo médico, a maior porcentagem foi aquela proveniente de outros profissionais de saúde, como o farmacêutico, enfermeiro ou biomédico (39,1%) ou mesmo outros profissionais da Farmácia (28,3%). Além disso, 15,2% responderam que tiveram orientações de amigos e familiares, 13% a partir de veículos de comunicação, 2,2% de serviços de tele saúde e 2,2% de laboratórios de análises clínicas (2,2%).

DISCUSSÃO

A automedicação tornou-se um problema ainda maior de saúde pública durante a pandemia da Covid-19 devido à busca por medicamentos para combater ou prevenir a doença². Diante disso, foi aplicado um questionário *on-line* com acadêmicos da área da saúde a fim de avaliar o perfil de automedicação dos participantes durante a pandemia.

Os resultados da pesquisa indicaram que a maioria dos participantes tinha entre 18 e 25 anos de idade, era do sexo feminino, estava matriculada no curso de Farmácia e cursava o 10º semestre. Este perfil é justificado pois as mulheres buscam mais os consultórios médicos que os homens devido ao autocuidado do público feminino⁸.

Em relação ao perfil socioeconômico, 34,7% dos entrevistados já atuavam como profissionais de saúde. É frequente o elevado número de profissionais de saúde, em alguns casos ainda estudantes, utilizando seus conhecimentos adquiridos para realizar a automedicação⁹.

Evidencia-se que os profissionais da área da saúde têm um papel importante na informação e prevenção quanto à utilização correta dos medicamentos, com a responsabilidade de orientar a população a respeito dos possíveis riscos da terapia medicamentosa. Esses profissionais devem possuir conhecimento sobre os medicamentos e seus efeitos adversos, informando a população quanto aos riscos da prática da automedicação¹⁰.

Em relação ao diagnóstico da Covid-19, 32,6% dos participantes foram diagnosticados com Covid-19 a partir de exames laboratoriais. Esse diagnóstico laboratorial é realizado por meio do RT-PCR, da pesquisa de antígeno em *swab* nasofaríngeo e pesquisa de anticorpos de forma qualitativa e quantitativa⁶.

A presente pesquisa demonstrou que os acadêmicos utilizaram pelo menos um medicamento sem prescrição médica para diminuir os sintomas da Covid-19. Ao apresentar um conjunto de sinais e sintomas, as pessoas recorrem aos medicamentos isentos de prescrição médica, ou sem orientação profissional, pela facilidade do acesso à medicação em balcões de farmácia¹¹.

Dos participantes que utilizaram medicações devido aos sintomas apresentados pelo novo coronavírus, provavelmente o fizeram na tentativa de prevenir ou tratar a infecção. No entanto, o uso inadequado de medicação, sem a prescrição

de profissionais habilitados, pode causar complicações da doença, intoxicação, surgimento de reações adversas e resistência a medicamentos¹².

Dentre os medicamentos mais utilizados pelos participantes com ou sem prescrição médica, destacaram-se os analgésicos/antitérmicos, seguidos por vitaminas C, D e o zinco, antibióticos, vermífugos, anti-inflamatórios e antimaláricos. Os analgésicos são os medicamentos mais utilizados em casos de automedicação e é perceptível que, em qualquer episódio de dor, as pessoas recorrem a eles. Como há acesso direto nas gôndolas das farmácias, por serem Medicamentos Isentos de Prescrição (MIP)¹³, é necessário cautela.

A prevalência global de automedicação aumentou de 36,2% antes da pandemia para 60,4% durante a pandemia, o que pode ser justificado pela procura por medicação isenta de prescrição médica¹⁴. A prática da automedicação é frequente e recorrente, tanto no meio acadêmico, quanto na população em geral, principalmente em um cenário de pandemia. O ensino passou a ser remoto e o trabalho em *home-office*, resultando em riscos à saúde provenientes do uso frequente de computador e/ou celular, como dores musculares, cefaleia, dentre outros, favorecendo o uso de analgésicos⁹.

Um dado interessante é que o perfil de uso de vermífugos (ivermectina) e antimaláricos (cloroquina e hidroxicloroquina) foi semelhante, independentemente de prescrição médica. Isso pode ter ocorrido devido à entrega desses medicamentos pelas Unidades Básicas de Saúde durante a pandemia e às informações veiculadas em mídias sociais sobre possíveis benefícios dessas medicações¹⁵. A cloroquina tornou-se um assunto bastante debatido na época, por sua recomendação não estabelecida para o tratamento do SARS CoV-2, considerando que ainda não havia estudos científicos que comprovassem a eficácia desse fármaco contra a Covid-19 e definissem os efeitos tóxicos que poderiam ocorrer caso a cloroquina e hidroxicloroquina fossem utilizadas de forma incorreta¹⁶.

A hidroxicloroquina apresenta prejuízos significativos relativos ao risco de internações e alta taxa de mortalidade pelo possível aumento de arritmias cardíacas que ocasionam paradas cardíacas e óbito¹⁷. O uso de medicamentos sem prescrição médica gera complicações e efeitos colaterais no organismo, interferindo em diagnósticos médicos e até nos exames para detectar precocemente os sintomas de infecções¹⁸. O anúncio de medicações feito pelos veículos de comunicações e

informações que circulavam sobre a forma de tratamento e prevenção à Covid-19¹⁹ causaram uma corrida às farmácias e bastante movimentação.

Por outro lado, o principal meio de informação utilizado pelos participantes da pesquisa para indicação de medicamentos sem prescrição médica foi o farmacêutico, profissional qualificado para conhecer os aspectos do medicamento, e repassar orientações aos pacientes, como posologia, o período de tratamento e eficácia terapêutica²⁰.

A rápida disseminação da doença ocasionada pelo SARS-Cov-2 gerou grandes consequências para sociedade, tanto no setor econômico quanto na saúde pública. Para diminuir a transmissão do novo coronavírus, foi incentivado o distanciamento social, o que contribuiu para a busca incessante por medicamentos nas farmácias. Além disso, houve falta de medicamentos eficazes contra a Covid-19 e informações distorcidas sobre o tratamento desta doença¹⁹.

CONCLUSÃO

A automedicação é um ato recorrente da sociedade e, portanto, os profissionais e acadêmicos devem se conscientizar dos riscos à saúde dessa prática. Nesse período de pandemia da Covid-19, a procura por medicação, a fim de fortalecer o sistema imunológico e/ou minimizar alguns sintomas da doença, bem como a falta de medicamentos eficazes para o tratamento da infecção pelo SARS-CoV-2, impulsionaram o aumento da automedicação. Portanto, os resultados desse estudo contribuíram com informações sobre a automedicação durante a pandemia do novo coronavírus, auxiliando os profissionais de saúde no combate a essa prática e no manejo correto dessa doença.

REFERÊNCIAS

1. Abrahao RC, Godoy JA, Halpern R. Automedicação e comportamento entre adolescentes em uma cidade do Rio Grande do Sul. *Aletheia*. 2013 Ago; 41: 134-53. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000200011
2. Matos, RC de. Fake News frente a pandemia de COVID-19. *Vigil Sanit Debate*. 2020; 8(3):78-85, 2020 Ago; Disponível em: <https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/1595>

3. Ferreira LLG, Andricopulo AD. Medicamentos e tratamentos para a Covid-19. *Estud. av.* 2020 Dez; 34(100):7-27. doi: <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.34100.002>
4. Conselho Regional de Farmácia do Estado de Minas Gerais (CRFMG). O perigo por trás da automedicação com antigripais [internet]. São Paulo, 2016 [citado em 2023 Jan 12]. Disponível em: <https://www. hojeemdia.com.br/horizontes/o-perigo-por-tr%C3%A1s-da2016%20automedica%C3%A7%C3%A3o-com-antigripais-1.402004>
5. Zamuner, A. Prefeitura do Município de Tietê Secretaria Municipal de Saúde Vigilância Sanitária e Epidemiológica. Cuidado com os medicamentos [internet]. 2016; [citado em 2023 Jan 10]. Disponível em: <https://www.tiete.sp.gov.br/secretaria.php?idSec=13>
6. Ministério da Saúde (Brasil). Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz. Orientações sobre ética em pesquisa em ambientes virtuais [internet]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca ENSP/Fiocruz, 2020.12 p. [citado em 2023 Jan 10] Disponível em: https://cep.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/orientacoes_eticapesquisaambientevirtual.pdf.
7. Faleiros F, Káppler C, Pontes FAR, Silva SSC, Goes FSN, Cucik CD. Uso de questionário online e divulgação virtual como estratégia de coleta de dados em estudos científicos. *Texto Contexto – Enferm.* 2016; 25(4): e3880014:1-6. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016003880014>
8. Loyola Filho AI de, Uchoa E, Guerra HL, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Prevalência e fatores associados à automedicação: resultados do projeto Bambuí. *Rev Saúde Pública*, 2002; 36(1):55-62. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102002000100009>
9. Filler LN, Abreu EB de, Silva CB da, Silva DF da, Montiel JM. Caracterização de uma amostra de jovens e adultos em relação à prática de automedicação. *Psicol. Saúde Debate.* 2020; 6(2): 415-29. doi: <https://doi.org/10.22289/2446-922X.V6N2A27>
10. Chehuen Neto JA, Sirimarco MT, Choi CMK, Barreto AU, Souza JB. Automedicação entre Estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora. *HU Rev* [internet]. 2007 [citado 2023 Jan 12]; 32 (3): 59-64. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/18>
11. Aquino DS, Barros JAC, Silva MDP. A automedicação e os acadêmicos da área de saúde. *Ciênc Saúde Colet.* Rio de Janeiro, 2010; 15(5): 2533-38. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kB6LHkhwPXqbz7QtmHJHQvz/abstract/?lang=pt>
12. Souza MNC et al. Ocorrência de Automedicação na população brasileira como estratégia preventiva para SARS-CoV-2. *Res Society Devel.* 10(1): e44510111933, 1-9. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11933>
13. Arrais, PSD et al. Prevalência da automedicação no Brasil e fatores associados. *Rev Saúde Pública.* 2016; 50(sup. 2): 1-11S. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006117>

14. Onchonga D, Omwoyo J, Nyamamba D. Assessing the prevalence of self-medication among healthcare workers before and during the SARS-CoV-2 (COVID-19) pandemic in Kenya. *Saudi Pharm J*. 2019; 28(10): 1149-54. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jsps.2020.08.003>
15. Pan American Health Organization (PAHO). Ongoing living update of COVID-19 therapeutic options: Summary of evidence [internet]. [citado em 2023 Jan 11] Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52719>.
16. Menezes CR, *Sanchez C, Chequer, FMD*. Efetividade e toxicidade da cloroquina e da hidroxicloroquina associada (ou não) à azitromicina para tratamento da COVID-19. O que sabemos até o momento? *Rev Saúde Ciênc Biol*. 2020; 8(1): 1-9. doi: <http://dx.doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v8i1.3206.p1-9.2020>
17. Barros CM et al. COVID-19 Pandemic - A Narrative Review of the Potential Roles of Chloroquine and Hydroxychloroquine. *Pain Physician* 2020; 23(4S): S351-66. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32942793/>
18. Lessa M de A, Bochner R. Análise das internações hospitalares de crianças menores de um ano relacionadas a intoxicação e efeitos adversos de medicamentos no Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2008; 11(4): 660–74. doi: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2008000400013>
19. Guimarães AS, Carvalho WRG. Desinformação, negacionismo e automedicação: a relação da população com as drogas “milagrosas” em meio à pandemia da COVID-19. 2020; *InterAm J Med Health*. 3(10):1- 4. doi: <https://doi.org/10.31005/iajmh.v3i0.147>
20. Tomasini AA, Ferraes AMB, Santos JS dos. Prevalência e fatores da automedicação entre estudantes universitários no Norte do Paraná. *Biosaúde*. Londrina 2015; 17(1): 1-12. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/Preval%C3%AAncia-e-fatores-da-automedica%C3%A7%C3%A3o-entre-no-do-Tomasini-Ferraes/646f6df98c0c568f0906f2f4428bc8f844585218>

RECEBIDO: 13/01/2023

ACEITO: 07/03/2023

Integração ensino-serviço: relato da implantação do ambulatório pós-covid em um município do noroeste do Paraná

Teaching-service integration: a report on the implementation of a post-COVID-19 outpatient clinic in a municipality from northwestern Paraná

Lucas Vinícius de Lima¹, Gabriel Pavinati², Clície Arrias Fabri³, Juliana Furlan Rabelo⁴, Leidyani Karina Rissardo⁵, Gabriela Tavares Magnabosco⁶

1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9582-9641>. Enfermeiro. Mestrando em Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá, Maringá, Paraná, Brasil.

E-mail: lv.vinicius@gmail.com

2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0289-8219>. Enfermeiro. Mestrando em Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá, Maringá, Paraná, Brasil.

E-mail: gabrielpavinati00@gmail.com

3. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3255-3171>. Enfermeira. Mestra em Enfermagem. Secretaria Municipal de Saúde, Maringá, Paraná, Brasil.

E-mail: profclicie@gmail.com

4. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5813-9003>. Enfermeira. Mestra em Enfermagem. Secretaria Municipal de Saúde, Maringá, Paraná, Brasil.

E-mail: jufurlanrabelo@gmail.com

5. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9498-0959>. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Secretaria Municipal de Saúde, Maringá, Paraná, Brasil.

E-mail: karina.rissardo@hotmail.com

6. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3318-6748>. Enfermeira. Doutora em Ciências. Universidade Estadual de Maringá, Maringá, Paraná, Brasil.

E-mail: gtmagnabosco@uem.br

CONTATO: Lucas Vinícius de Lima | Endereço: Avenida Colombo, 5790, Bloco 2 – Campus Universitário, Zona 7, CEP 87020-900, Maringá, Paraná, Brasil | Telefone: (44)99764-4787 | E-mail: lv.vinicius@gmail.com

RESUMO

Objetivou-se descrever o processo da implantação de um ambulatório para pacientes pós-covid em um município do noroeste do Paraná. Tratou-se de um relato de experiência enfatizando aspectos gerenciais e operacionais deste processo. O ambulatório estruturou-se pela integração ensino-serviço, envolvendo a Secretaria Municipal de Saúde e Instituições de Ensino Superior

de um município paranaense. Os atendimentos iniciaram em agosto de 2021, sendo ofertados por docentes e discentes das Instituições, exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde. O projeto oferece assistência especializada e multiprofissional associada à pesquisa pós-covid, fortalecendo a atenção à saúde e promovendo o incentivo à ciência. Considera-se que o processo de implantação do serviço sugere resultados exitosos e benéficos. Posto que o ambulatório é pioneiro, a descrição do projeto pode embasar e subsidiar propostas similares no estado e no país, tendo em vista o desafio imposto pela covid-19 frente à necessidade de seguimento das pessoas no decurso das complicações e sequelas da doença.

DESCRITORES: Saúde Pública. Assistência Ambulatorial. Atenção à Saúde. COVID-19. Serviços de Saúde.

ABSTRACT

The objective was to describe the process to implement an outpatient clinic for post-COVID-19 patients in a municipality from northwestern Paraná. It was an experience report emphasizing managerial and operational aspects of this process. The outpatient clinic was structured by teaching-service integration, involving the Municipal Health Department and Higher Education Institutions from a municipality in Paraná. The services started in August 2021, being offered by professors and students of the Institutions, and exclusively by the Unified Health System. The project offers specialized and multi-professional assistance associated with post-COVID-19 research, strengthening health care and promoting science encouragement. It is considered that the service implementation process suggests successful and beneficial results. As the outpatient clinic is a pioneer, describing the project can support and subsidize similar proposals in the state and in the country, in view of the challenge imposed by COVID-19 given the need to follow-up people in the course of complications and sequelae of the disease.

DESCRIPTORS: Public Health. Ambulatory Care. Delivery of Health Care. COVID-19. Health Services.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

Desde 2020, o mundo tem enfrentado uma crise epidemiológica e sanitária^{1,2}. A descoberta, em 2019, do coronavírus (SARS-CoV-2) fez com que a saúde global fosse afetada drasticamente devido ao seu alto potencial de transmissão². A covid-19, nome designado à doença, interrompeu as atividades rotineiras da população¹ e vem se alastrando pelo Brasil desde março de 2020², quando foi considerada pandemia pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

A epidemiologia da doença difere entre os países, visto que medidas de prevenção exercem efeito direto no número de casos diagnosticados e óbitos². Todavia, sabe-se que a covid-19 está associada a fatores biológicos, econômicos, sociodemográficos, organizacionais e estruturais dos serviços de saúde². Até agosto de 2022, mais de 34 milhões de brasileiros foram infectados, dos quais cerca de 684 mil foram a óbito³.

O quadro clínico das pessoas com covid-19 é extremamente variado, contudo, acredita-se que 80% dos casos sejam leves e moderados, com cura espontânea e dispensando hospitalização². Em contrapartida, sabe-se que a doença tem grande potencial para causar casos graves, com necessidade de internação em enfermaria ou unidade de terapia intensiva (UTI), associados a uma maior letalidade, principalmente em pessoas com 60 anos ou mais, do sexo masculino, raça/cor amarela e preta, de baixa escolaridade e com múltiplas comorbidades⁴.

Associado à hospitalização pela covid-19, tem-se percebido uma persistência dos sintomas da infecção, denominada “covid pós-aguda”, quando estes se estendem além de três semanas desde o primeiro sintoma, e “covid crônica/longa”, quando perduram mais de 12 semanas⁵. Estima-se que mais de 80% das pessoas recuperadas da covid-19 continuem a apresentar pelo menos um sintoma do quadro, principalmente dispneia e fadiga, após a alta hospitalar⁶.

Assim, surge a necessidade de reorganizar e articular diferentes níveis da atenção à saúde para que seja ofertado à pessoa o cuidado integral após a alta da unidade de internação⁶. Nessa perspectiva e sabendo que, para além do comprometimento pulmonar devido ao quadro inflamatório, a covid-19 tem repercussões sinérgicas e sistêmicas⁷, a abordagem multiprofissional emerge como

uma estratégia pertinente e oportuna para atender às necessidades do indivíduo com a síndrome pós-covid^{5,6}.

Considerando a elevada prevalência da síndrome pós-covid e a potencialidade da abordagem multiprofissional para o manejo do quadro, percebeu-se a possibilidade da criação e do desenvolvimento de estratégias articuladas que almejassem acompanhar o paciente pós-covid. Portanto, objetivou-se descrever o processo da implantação de um ambulatório para pacientes pós-covid em um município do noroeste do Paraná.

MÉTOD

Estudo descritivo, do tipo relato da experiência, enfatizando os aspectos gerenciais e operacionais do processo de implantação de um ambulatório na Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município de Maringá para seguimento de pessoas após alta hospitalar de leitos de enfermaria ou UTI decorrente da covid-19. O município de Maringá está localizado na região noroeste do estado do Paraná. Estima-se que, em 2021, o município contava com 436.472 mil habitantes⁸.

A atenção à saúde no município configura-se em uma rede de serviços distribuídos nos três níveis de atenção, tendo 34 Unidades Básicas de Saúde (UBS) com 74 equipes de Saúde da Família (eSF) e uma cobertura de 85% da Estratégia de Saúde da Família (ESF), ambulatórios de referência e especialidades, e 11 hospitais terciários, dentre particulares, conveniados e públicos.

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Maringá elabora e implementa a política de saúde do município por meio da efetivação das atividades pelos serviços municipais da saúde no desenvolvimento de ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde da população, com a realização integrada de atividades gerenciais, de vigilância e assistenciais em todos os níveis da RAS, em consonância com as pactuações estaduais e federais.

A Gerência de Planejamento (GPLAN) da SMS participa na definição da política de saúde do município. É responsável por coordenar e subsidiar a execução e a avaliação dos instrumentos de gestão, em consonância com as políticas estadual e federal. A GPLAN tem como objetivo alcançar melhores condições de saúde para a população, bem como efetivar os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito municipal.

Considerando o contexto sanitário imposto pela pandemia da covid-19, houve a necessidade do planejamento de estratégias e reorganização dos serviços e equipes de saúde para o enfrentamento da doença no município. E, para além dos esforços direcionados ao enfrentamento agudo da doença, percebeu-se a necessidade da criação de estratégias direcionadas ao seguimento do paciente com sequelas da covid-19.

Desse modo, emergiu o ambulatório pós-covid (APC), com o intuito de garantir a integralidade do cuidado às pessoas recuperadas da covid-19, enquanto estratégia de enfrentamento proposta pela GPLAN. O APC estruturou-se a partir da integração serviço-ensino, envolvendo cursos da saúde das Instituições de Ensino Superior (IES) locais, a saber: Centro Universitário Ingá (Uningá), Centro Universitário de Maringá (UniCesumar) e Universidade Estadual de Maringá (UEM).

Para a coleta dos dados que embasaram a elaboração deste relato, foram levantados todos os registros e anotações realizadas desde a elaboração do piloto até a inauguração do APC, de maio a julho de 2021. Essas informações foram obtidas por meio de consultas aos documentos elaborados pela GPLAN contendo as ideias e propostas para a criação do APC, bem como as atas das reuniões realizadas entre os envolvidos.

Complementarmente, como forma de compreender a representatividade do serviço no contexto da atenção à saúde municipal, realizou-se a identificação dos atendimentos ocorridos no primeiro trimestre de execução do trabalho no APC. Para tanto, os dados foram coletados, em planilhas eletrônicas, no sistema eletrônico de armazenamento da Central de Regulação no período de outubro a dezembro de 2021.

As informações de identificação e dados pessoais das pessoas envolvidas em qualquer etapa do desenvolvimento à utilização do APC foram mantidas em sigilo, atendendo as normas e diretrizes sobre pesquisas envolvendo seres humanos preconizadas pelo Conselho Nacional de Saúde, dispostas na Resolução nº 466/2012. Ainda, pontua-se que o presente estudo recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da UEM, sob o CAAE nº 54276721.0.0000.0104.

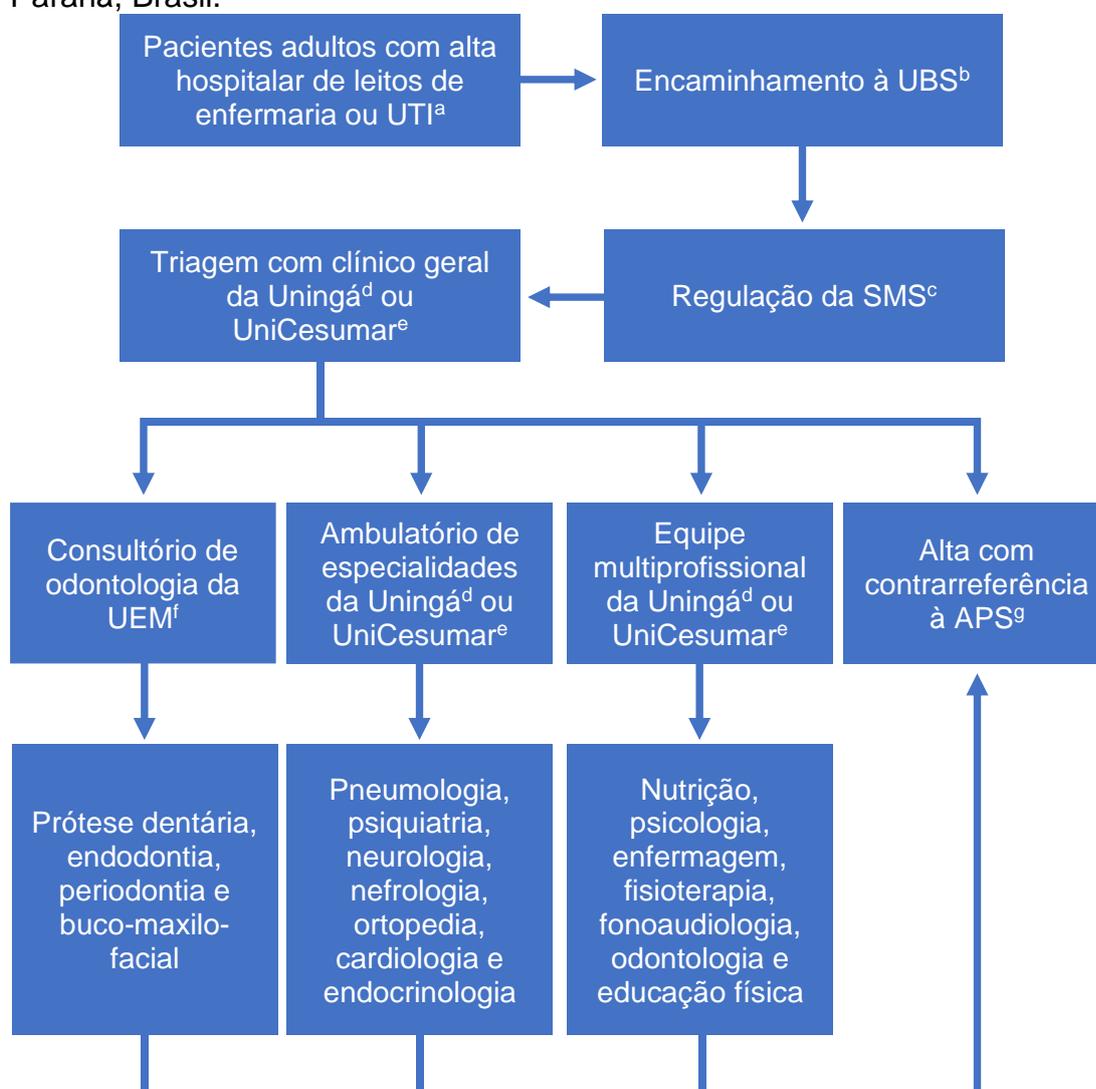
RESULTADOS

O APC foi criado em julho de 2021 pela articulação entre SMS e IES de Maringá, e os atendimentos iniciaram em agosto do mesmo ano. O atendimento é

ofertado por docentes e discentes das IES, exclusivamente pelo SUS. O ambulatório almeja oferecer assistência especializada e multidisciplinar de qualidade, associada à pesquisa clínica do paciente pós-covid, fortalecendo os princípios e diretrizes do SUS e promovendo o incentivo à ciência.

O fluxo de atendimento do APC se dá por regulação da SMS. São incluídos no atendimento do ambulatório os pacientes que ficaram com sequelas após a covid-19 e que estiveram internados na enfermaria ou UTI dos hospitais no município de Maringá, que foram devidamente encaminhados pelo médico no ato da alta. O fluxograma do APC está demonstrado na Figura 1.

Figura 1. Fluxo de atendimento do ambulatório pós-covid do município de Maringá, Paraná, Brasil.



^aUnidade de terapia intensiva; ^bUnidade Básica de Saúde; ^cSecretaria Municipal de Saúde; ^dCentro Universitário Ingá; ^eCentro Universitário de Maringá; ^fUniversidade Estadual de Maringá; ^gAtenção Primária à Saúde.

Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

O APC é composto por profissionais e estudantes das áreas da medicina, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia, enfermagem, odontologia, educação física e assistência social. Quanto às especialidades médicas, conta com docentes e discentes que atendem nas áreas da pneumologia, psiquiatria, neurologia, nefrologia, ortopedia, cardiologia e endocrinologia.

Na alta hospitalar, o paciente com sequelas da covid-19 sai com encaminhamento para o APC, que o orienta a solicitar sua entrada no ambulatório via UBS. Após, a Central de Regulação da SMS, por meio do Sistema Gestor Saúde – ferramenta de gestão integral da rede pública de saúde do município por meio do controle de exames, vacinas, consultas, medicamentos, periodicidade da prestação de serviço e prontuário eletrônico –, encaminha o usuário para o primeiro atendimento com o clínico geral da UniCesumar ou Uningá.

Levando em consideração as condições transitórias causadas pela covid-19, o médico clínico geral realiza uma avaliação detalhada com foco na triagem do paciente, podendo lançar mão de exames laboratoriais e de imagem, para determinar a necessidade, de fato, do encaminhamento ao especialista, à equipe multiprofissional ou se o paciente tem condições de ser acompanhado (contrarreferenciado) pela Atenção Primária à Saúde (APS), em sua UBS da área de abrangência.

Quando há necessidade de especialidade, o clínico geral, no ato da consulta, solicita, via sistema (automático), uma avaliação com o especialista, sendo esse atendimento realizado também pelas IES. O usuário é direcionado para a fila de especialidade pós-covid, uma vez pactuada entre as IES e o serviço que os especialistas terão, diariamente, no mínimo duas vagas para suprir a necessidade da respectiva fila.

Se o clínico geral identificar a necessidade pontual referente a prótese dentária, endodontia, periodontia e buco-maxilo-facial, há a possibilidade do encaminhamento, no Sistema Gestor Saúde, ao Centro Odontológico (COD). Esse atendimento acontece em parceria com preceptores e estudantes de odontologia da UEM.

Quando a necessidade se pautar em atendimento multiprofissional, este está disponível nos espaços já existentes da Uningá e UniCesumar. O clínico geral ou o especialista encaminha, via sistema (automático), o usuário para a IES de referência. O usuário aguarda a SMS entrar em contato, via telefone, para informá-lo sobre a data e o horário do início do seu atendimento nas escolas.

Se após a triagem pelo clínico médico não for julgada a necessidade do encaminhamento a nenhuma especialidade ou membro da equipe multiprofissional, o paciente é contrarreferenciado à APS. Ademais, após a alta dos serviços do APC, o seguimento do paciente também é contrarreferenciado à APS, dando continuidade em seu acompanhamento dentro da RAS.

Com relação à utilização e desempenho do APC, após três meses de implantação, foi possível observar que foram realizados cerca de 627 atendimentos. De modo geral, acontecem aproximadamente 24 consultas semanais, em dias específicos e pactuados com as IES. Esses atendimentos são regulados pela SMS e agendados com os responsáveis técnicos em cada instituição.

A parceria tem se mostrado exitosa, visto que as agendas continuam abertas. Espera-se que o APC continue a apresentar resultados satisfatórios de encaminhamento e adesão ao fluxo. Para tanto, é indispensável a integração entre serviço hospitalar, UBS, SMS e IES, garantindo o encaminhamento e a continuidade do acompanhamento, bem como a promoção de um ambiente de ensino-aprendizagem.

DISCUSSÃO

O APC traz um novo olhar para a integralidade da assistência do paciente com sequelas do novo coronavírus no município de Maringá, colocando a proposta em destaque como uma das pioneiras do estado, uma vez que se propõe em dar seguimento ao cuidado do paciente recuperado da covid-19 após a alta hospitalar. Para tanto, parte da articulação serviço-ensino para ofertar atendimento qualificado, integral e gratuito, que se adeque às necessidades da população.

A clínica da síndrome pós-covid ainda é de difícil consenso^{9,10}. Estudo realizado no Reino Unido evidenciou que fadiga, dispneia e sofrimento psicológico costumam ser os principais sintomas relatados pelos pacientes, que apresentam queda significativa na qualidade de vida⁹. Ademais, dor no peito, dor de cabeça, perda de olfato e paladar, dor muscular e articular, insônia, dificuldade de concentração e alterações cardíacas também são percebidos em até 6 meses após a alta hospitalar¹¹.

A ampla gama de sintomas e complicações que os pacientes com síndrome pós-covid podem manifestar sugere a necessidade de se compreender de maneira mais aprofundada o curso clínico da infecção¹². Tais características impõem dificuldades para o modelo de gestão em saúde, haja vista as sequelas variadas da covid-19, o que torna as estratégias de manejo complexas, uma vez que precisam se adequar ao perfil dos sintomas e às necessidades individuais dos pacientes^{5,6,10}.

Assim, emerge a necessidade de modelos de atendimento melhores e mais integrados para apoiar e gerenciar os pacientes com persistência dos sintomas da covid-19 após a alta hospitalar, a fim de melhorar os seus resultados clínicos^{12,13}. Para tanto, os cuidados com o paciente pós-covid devem ser pautados nas particularidades de cada indivíduo, prestados por equipe multidisciplinar especializada e planejados a longo prazo^{9,13,14}, priorizando sistemas de saúde resilientes que visem desfechos eficazes¹².

Nesse contexto, o APC se apresenta como uma estratégia excepcional e oportuna para o acompanhamento do paciente pós-covid com persistência dos sintomas após a alta da enfermaria ou UTI. O APC se destaca por oferecer assistência qualificada e holística, por meio de sistema integrado e articulado com acompanhamento de equipe multiprofissional especializada que almeja a garantia de cuidado em todas as singularidades do indivíduo, considerando a sua esfera biopsicossocial.

O manejo dos indivíduos não pode se limitar a uma única clínica ou profissional especializado, uma vez que demanda uma abordagem de equipe multidisciplinar como consequência da diversidade de sintomas e complicações apresentados pelos pacientes^{5,6,15}. Assim, a abordagem multidisciplinar permite um conjunto de investigações cuidadosas para cada paciente, com o objetivo de assistência individualizada e racionalização dos recursos de saúde¹⁵.

Abordagens semelhantes aos APC foram descritas na literatura internacional. Profissionais do Hospital Johns Hopkins, de Baltimore, Maryland, Estados Unidos, articularam a criação de uma estrutura multidisciplinar especializada para o acompanhamento dos pacientes com sequelas da covid-19¹⁴. No fluxo de atendimento proposto, o paciente hospitalizado em enfermaria ou UTI é avaliado quanto às suas necessidades após a alta e encaminhado para serviços primários, secundários ou terciários de acordo com a triagem clínica¹⁴.

Na Europa, profissionais do Hospital Beaumont, de Beaumont, Dublin, Irlanda, desenvolveram uma estratégia similar para o seguimento dos pacientes pós-covid. O serviço ambulatorial proposto prevê a realização de consultas virtuais aprimoradas, apoiadas por reuniões entre membros da equipe multidisciplinar especializada e atendimentos presenciais de acordo com as necessidades elencadas¹³. O serviço híbrido é essencial para designar acompanhamento adequado para os pacientes com sequelas físicas e mentais complexas devido à covid-19¹³.

O APC se pauta na integralidade da assistência para o enfrentamento da covid-19, uma vez que busca a continuidade do acompanhamento do paciente nos três níveis de atenção. Durante a pandemia da covid-19, as ações de planejamento, monitoramento, avaliação e reorganização da RAS devem acontecer de maneira contínua e em conformidade com as evidências epidemiológicas e as demandas comunitárias, de modo a garantir um sistema universal e equânime¹⁶.

Integrar diferentes esferas da saúde é uma estratégia que tem demonstrado resultados positivos na qualidade de vida da população, haja vista a garantia de assistência contínua e integral, melhoria da adesão terapêutica e prevenção de agravos e eventos adversos¹⁷. A articulação dentro da RAS é priorizada no APC, visto que o paciente é referenciado e contra referenciado aos diferentes níveis de atenção de acordo com as suas necessidades.

A RAS oportuniza a conjuntura necessária para a qualificação e continuidade do cuidado, sendo indispensável na racionalização, otimização de recursos e superação dos nós críticos da assistência¹⁷. Assim, prioriza-se no APC o percurso do paciente pós-covid pelos diferentes níveis e serviços, de maneira interligada e integralizada entre os pontos da RAS, preconizando o atendimento ambulatorial como referência para os casos de difícil manejo na APS, que permanece como porta de entrada e reguladora.

A APS assume o seu protagonismo intrínseco de ordenadora do cuidado dos diferentes pontos de atenção do SUS, reorganizando os fluxos de atenção aos usuários e centralizando as ações de saúde, de modo a garantir o sucesso do enfrentamento da covid-19 pelo sistema público de saúde brasileiro¹⁸. Nesse sentido, frisa-se que a APS precisa ser considerada um pilar indispensável e necessário para a atuação frente a crises emergenciais¹⁹, tal qual a covid-19¹⁸.

São nesses preceitos que o APC está embasado, uma vez que a articulação do ambulatório na RAS visa fortalecer a comunicação e a interação nos três níveis de atenção²⁰. O referenciamento para o APC (nível secundário) após a alta hospitalar (nível terciário) garante o atendimento às necessidades mais complexas do indivíduo pós-covid. Entretanto, a APS (nível primário) centraliza as ações de regulação do fluxo do APC e contrarreferenciamento à UBS dos pacientes que não requerem níveis complexos de cuidado.

Todavia, é necessário frisar que a implantação do APC em Maringá só foi possível graças à parceria da SMS com as instituições públicas e privadas de ensino. O trabalho de estudantes e professores, pactuado com profissionais e gestores do sistema de saúde, considera a complexidade do SUS no processo de formação de novos profissionais²¹. Ademais, garante a qualificação dos atores envolvidos e vivifica a produção de saberes com base nas reais necessidades da comunidade²¹.

Para além disso, os serviços de saúde se apresentam como lócus do aprender pela ação, proporcionando a reflexão e promovendo as transformações pertinentes para que haja a aproximação necessária entre as duas esferas do serviço e do ensino, sobretudo para aprimorar o cuidado em saúde²¹ e formar profissionais que reconheçam e atendam as demandas complexas oriundas do SUS e da sociedade contemporânea²².

Cumpre pontuar que o estabelecimento de um novo serviço dessa natureza possui desafios intrínsecos relacionados ao gerenciamento de recursos e de pessoal, bem como à coordenação e cooperação intersetorial no que se refere à comunicação e organização dos serviços^{13,23}. Tais desafios são percebidos principalmente no contexto de um sistema de saúde saturado e sobrecarregado¹³, como o SUS.

Nesse cenário, os gestores podem lançar mão de estratégias para prevenir e mitigar futuras crises. Dentre elas, destaca-se a redução da fragmentação dos serviços de saúde por meio da instituição de sistema organizado em redes²⁴. Contudo, no âmbito da covid-19, diversas estratégias foram incapazes de serem efetivadas²⁵. Portanto, os resultados positivos evidenciados pelo APC ganham destaque no atual cenário, uma vez que proporcionam a articulação intersetorial e multiprofissional de diversos atores, propiciando assistência qualificada e gratuita na interface da RAS.

A ausência de instalações físicas próprias para os atendimentos e impasses interpessoais e políticos entre os envolvidos foram limitadores da experiência de

implantação. Ademais, existem dificuldades relacionadas à adesão e continuidade do usuário dentro da RAS, que, por vezes, pode recusar ou abandonar o fluxo do APC. Outro ponto a ser destacado é a falta de retorno da opinião e satisfação quanto aos serviços prestados por meio de avaliação específica que permita a identificação das lacunas e das potencialidades do APC na perspectiva dos usuários e das IES.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível descrever a experiência da implantação de um ambulatório para pacientes com síndrome pós-covid, sugerindo uma situação potencial de resultados exitosos e benéficos, tanto para os atores do serviço de saúde (profissionais e gestores) quanto para os das IES (estudantes e professores). Ademais, sugere-se resultados benéficos para os usuários ao proporcionar a continuidade da assistência dentro da RAS.

O ambulatório maringaense é pioneiro no estado do Paraná. Destarte, o processo de implantação e os resultados descritos podem servir como subsídio para o embasamento de estratégias similares nas demais regiões do estado e do país, tendo em vista as altas taxas de hospitalização em enfermaria e UTI pela covid-19, bem como a falta de conhecimento claro e certo acerca das complicações e sequelas da doença a longo prazo.

Cumprе pontuar que novos estudos são necessários para determinar a qualidade dos resultados da implantação do APC, a fim de embasar o direcionamento de novas estratégias e a reorganização do fluxo de atendimento com base nas reais vivências dos atores envolvidos. Ademais, suscita-se a realização de estudos em outros âmbitos, dada a complexidade clínica da síndrome pós-covid, com intuito de melhor compreender e atender às necessidades impostas.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

REFERÊNCIAS

1. Giovanella L, Martufi V, Mendoza DCR, Mendonça MHM, Bousquat A, Aquino R, et al. A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à covid-19. *Saúde Debate*. 2020;44(spe4):161-176. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042020E410>
2. Souza ASR, Amorim MMR, Melo ASO, Delgado AM, Forêncio ACMCC, Oliveira TV, et al. Aspectos gerais da pandemia de covid-19. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2021;21(suppl 1):529-546. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9304202100S100003>
3. Johns Hopkins University. Center for Systems Science and Engineering. COVID-19 Data Repository by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University. [cited 2022 Sep 02]. Disponível em: <https://github.com/CSSEGISandData/COVID-19>
4. Mascarello KC, Vieira ACBC, Souza ASS, Marcarini WD, Barauna VG, Maciel ELN. Hospitalização e morte por covid-19 e sua relação com determinantes sociais da saúde e morbidades no Espírito Santo: um estudo transversal. *Epidemiol Serv Saúde*. 2021;30(3). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-49742021000300004>
5. Greenhalgh T, Knight M, A'Court C, Buxton M, Husain L. Management of post-acute covid-19 in primary care. *BMJ*. 2020; 370:m3026. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m3026>
6. Carfi A, Bernabei R, Landi F. Persistent symptoms in patients after acute COVID-19. *JAMA*. 2020;324(6):603-605. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2020.12603>
7. Pan A, Liu L, Wang C, Guo H, Hao X, Wang Q. Association of public health interventions with the epidemiology of the COVID-19 outbreak in Wuhan, China. *JAMA*. 2020;323(19):1915-1923. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2020.6130>
8. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. Perfil do município de Maringá. [citado em 04 de novembro de 2021]. Disponível em: <http://www.ipardes.pr.gov.br/>
9. Halpin SJ, McIvor C, Whyatt G, Adams A, Harvey O, McLean O, et al. Post discharge symptoms and rehabilitation needs in survivors of COVID-19 infection: A cross-sectional evaluation. *J Med Virol*. 2021;93:1013-1022. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/jmv.26368>
10. Oronsky B, Larson C, Hammond TC, Oronsky A, Kesari S, Lybeck M, et al. A review of persistent post-COVID syndrome (PPCS). *Clin Rev Allergy Immunol*. 2021;1-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s12016-021-08848-3>

11. Salamanna F, Veronesi F, Martini L, Landini MP, Fini M. Post-COVID-19 syndrome: the persistent symptoms at the post-viral stage of the disease. A systematic review of the current data. *Front Med (Lausanne)*. 2021;8(a653516). doi: <http://dx.doi.org/10.3389/fmed.2021.653516>
12. Aiyegbusi OL, Hughes SE, Turner G, Rivera SC, McMullan C, Chandan JS, et al. Symptoms, complications and management of long COVID: a review. *J R Soc Med*. 2021;114(9):428-442. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/01410768211032850>
13. O'Brien H, Tracey MJ, Ottewill C, O'Brien ME, Morgan RK, Costello RW, et al. An integrated multidisciplinary model of COVID-19 recovery care. *Ir J Med Sci*. 2020;7:1-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11845-020-02354-9>
14. Brigham E, O'Toole J, Kim SY, Friedman M, Daly L, Kaplin A, et al. The Johns Hopkins post-acute COVID-19 team (PACT): a multidisciplinary, collaborative, ambulatory framework supporting COVID-19 survivors. *Am J Med*. 2021;134(4):462-467. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjmed.2020.12.009>
15. Montani D, Savale L, Beurnier A, Colle R, Noël N, Pham T, et al. Multidisciplinary approach for post-acute COVID-19 syndrome: time to break down the walls. *Eur Respir J*. 2021;48(5). doi: <http://dx.doi.org/10.1183/13993003.0109>
16. Vale EP, Rodrigues GM, Costa DP, Queiroz JM, Lima DG, Medeiros LPF, et al. Reorganização da Rede de Atenção à Saúde para o enfrentamento da covid-19 no município de Canaã dos Carajás, Pará. *APS em Revista*. 2020;2(2):83-90. doi: <http://dx.doi.org/10.14295/aps.v2i2.101>
17. Damaceno AN, Lima MADS, Pucci VR, Weiller TH. Redes de Atenção à Saúde: uma estratégia para integração dos sistemas de saúde. *Rev Enferm UFSM – REUFSM*. 2020;10(e14):1-14. doi: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769236832>
18. Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, Almeida APSC. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela covid-19? *Epidemiol Serv Saúde*. 2020;29(2). doi: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742020000200024>
19. Dunlop C, Howe A, Li D, Allen LN. The coronavirus outbreak: the central role of primary care in emergency preparedness and response. *BJGP Open*. 2020;4(1). doi: <http://dx.doi.org/10.3399/bjgpopen20X101041>
20. Nicolau K, Faria B, Palos C. A atenção básica na perspectiva de gestores públicos do sistema único de saúde: estudo qualitativo. *Saúde Soc*. 2021; 30(4):e210085. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902021210085>
21. Khalaf DK, Reibnitz KS, Vendruscolo C, Lima MM, Oliveira VBCA, Correa AB. Integração ensino-serviço sob a percepção dos seus protagonistas. *Rev Enferm UFSM – REUFSM*. 2019;9(e9):1-20. doi: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769231464>

22. Franco ECD, Oliveira VAC, Lopes BL, Avelar VC. A integração ensino-serviço-comunidade no curso de enfermagem: o que dizem os enfermeiros preceptores. *Enferm Foco*. 2020;11(3):35-40. doi: <http://dx.doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n3.3098>
23. Theis LC, Westphal CM, Moysés ST. Desafios na implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas na perspectivas de gestores do Paraná. *Cienc Cuid Saude*, 2021;20: e57570. [cited 2022 Jun 30]. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v20i0.57570>
24. Mendes EV. O lado oculto de uma pandemia: a terceira onda da covid-19 ou o paciente invisível. Brasília: E-book; 2020. [citado em 04 de novembro de 2021]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2020/12/Terceira-Onda.pdf>
25. Lopes WP, Ichioka L, Amaral VM, Morceli G, Carvalho MN. Busca por modelos de organização do trabalho nos atendimentos primários de saúde do Brasil e de países internacionais no enfrentamento da covid-19. *R. Saúde Públ. Paraná*. 2020;3(2):134-145. doi: <http://dx.doi.org/10.32811/25954482-2020v3n2p134>

RECEBIDO: 30/06/2022
ACEITO: 06/03/2023

Teorias administrativas na gestão de qualidade em serviços de saúde

Administrative theories in quality management in health services

Israel Naudimar Meneghini¹, Beatriz Maria dos Santos Santiago Ribeiro²

1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2328-0802>. Enfermeiro. Especialista em gestão em qualidade em serviços de saúde e hospitalar. Faculdade Venda Nova do Imigrante. Venda Nova do Imigrante, Espírito Santo, Brasil. E-mail: israelmatora@hotmail.com

2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5211-5422>. Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: beatrizsantiago1994@hotmail.com

CONTATO: Beatriz Maria dos Santos Santiago Ribeiro | Endereço: R. Prof. Hélio Lourenço, 3900, Ribeirão Preto - SP, CEP 14040-902 | Telefone: (43) 99172-4895 | E-mail: beatrizsantiago1994@hotmail.com

RESUMO

A adoção das teorias administrativas na prática da gestão de qualidade em serviços de saúde, torna-se necessária, a fim de ofertar melhorias na qualidade dos serviços de saúde. Por meio de uma revisão narrativa da literatura científica, acredita-se que foi possível conhecer algumas das teorias administrativas e identificar os seus pressupostos filosóficos para aplicar na gestão de qualidade em serviços de saúde. As teorias administrativas encontradas alinhavam a busca de informações e o objetivo dessa pesquisa. No qual foram selecionadas: teoria das relações humanas, teoria burocrática, teoria estruturalista, teoria dos sistemas, teoria sociotécnica, teoria neoclássica, teoria clássica e a teoria contingencial. As teorias administrativas demonstram inovações para o processo de trabalho, sendo perceptível a importância do processo de gerenciar, colaborando para novas perspectivas na forma de gerenciar e na organização do trabalho. Desse modo, contribuindo para a mudança de cultura e de processos das instituições de saúde.

DESCRITORES: Gestão da qualidade. Administração de Serviços de Saúde. Qualidade da Assistência à Saúde.

ABSTRACT

The adoption of administrative theories in the practice of quality management in health services becomes necessary in order to offer improvements in the quality of health services. Through a narrative review of the scientific literature, it is believed that it was possible to know some of the administrative theories and identify their philosophical assumptions to apply in quality management in health services. The administrative theories found aligned the search for information and the objective of this research. In which were selected: human relations theory, bureaucratic theory, structuralist theory, systems theory, sociotechnical theory, neoclassical theory, classical theory and contingency theory. Administrative theories demonstrate innovations for the work process, with the importance of the management process being noticeable, contributing to new perspectives in the way of managing and work organization. Thus, contributing to change the culture and processes of health institutions.

DESCRIPTORS: Quality management. Health Services Administration. Quality of Health Care.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

A palavra administração originou-se do latim- *administer*, sendo ad (direção, tendência para) e minister (subordinação ou obediência) e tem como significado a realização de uma função sob o comando do outro, ou seja, a prestação de um serviço a alguém¹. Partindo dessa palavra, as teorias administrativas baseiam-se em tarefas, pessoas, estruturas, ambiente, tecnologias e exercem muita influência na saúde. Além de ações que compreendem processos, como: organizar, planejar, executar, liderar e controlar².

Os modelos clássicos de gerenciamento influenciaram à administração de recursos humanos em saúde. Sendo assim, as teorias administrativas proporcionam influências positivas na organização, gestão do trabalho industrial e serviços de saúde³. Alguns autores apontam que as teorias administrativas não contemplam às necessidades e subjetividades dos clientes e trabalhadores, assim, não garantem por si só a melhoria da qualidade do trabalho em saúde⁴.

O ambiente de trabalho é um dos pilares de sustentação, cujo espaço é onde diariamente líderes e equipes se reúnem para desenvolver ações práticas, relacionando-às suas respectivas atividades laborais⁵. Nesse sentido, as teorias administrativas são extremamente importantes para o auxílio da gestão de qualidade em serviços de saúde.

Na contemporaneidade, observa-se que o modo de vida imposto aos trabalhadores, em uma tentativa de adequação aos constantemente mutáveis processos de trabalho, tem gerado graves desgastes físicos e emocionais⁶. O ritmo de trabalho, por vezes, entra em contradição com os ritmos biológicos do indivíduo. O efeito dessa configuração reflete diretamente na saúde do trabalhador e a extrapola, perpassando em suas diversas relações sociais do cotidiano⁷, sendo assim, a gestão de qualidade em serviços de saúde favorece significativamente para evitar falhas no processo de trabalho e agravos a saúde do trabalhador⁸.

A gestão de qualidade nos serviços de saúde integra desde a assistência direta ao paciente até a forma da organização do trabalho, recursos humanos, meio físico e materiais. Nesse sentido, para que o cuidado em saúde aconteça de forma efetiva e segura é fundamental a gestão de qualidade, seja no âmbito da saúde pública ou no ambiente hospitalar. O modo como o profissional atua na gestão associa-se à instituição em que ele está inserido. Se tal instituição de saúde possuir uma gestão

menos hierarquizada ele, possivelmente, consegue executar uma gestão mais flexível e mais participativa em relação a organização do trabalho⁸.

Desse modo, a adoção das teorias administrativas na prática da gestão de qualidade em serviços de saúde, torna-se necessária, a fim de ofertar melhorias na qualidade dos serviços de saúde. Acredita-se que conhecer as teorias administrativas podem proporcionar novos horizontes no gerenciamento. Portanto, neste estudo, objetivou-se conhecer as teorias administrativas e identificar os seus pressupostos para aplicar na gestão de qualidade em serviços de saúde.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura científica. Essa revisão foi empreendida a partir da identificação de estudos que definia características das teorias administrativas e o diálogo na gestão de qualidade em serviços de saúde.

A construção desse artigo buscou a interpretação e análise dos pressupostos teóricos obtidos por meio do levantamento de literatura. Sendo assim, procurou sistematizar informações sobre questões específicas, com conhecimento da temática, cujo intuito foi de avaliar e sumarizar às informações encontradas⁹.

No percurso metodológico, primeiramente, foi através de um levantamento bibliográfico, de forma exploratória e sistemática. Utilizando palavras-chave: teorias administrativas; administração de serviços de saúde; qualidade da assistência à saúde; gestão de qualidade e serviços de saúde, por meio dos documentos em formato eletrônico presentes nas bases de dados/bibliotecas: Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (Medline) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

A preferência foi dada aos artigos completos publicados nos idiomas espanhol, português e inglês. Essa consulta foi realizada no período de maio a julho de 2021, selecionando-os de forma intencional para responder ao objetivo proposto.

Por não envolver seres humanos, no qual trata-se de dados secundários, logo, o estudo dispensa o parecer de um Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

Os resultados encontrados mostraram que a gestão de qualidade se faz fundamental e imprescindível para todas as áreas. Na área da saúde, principalmente, uma vez que possibilita após a tabulação dos dados a qualificação e melhoria no trabalho prestado.

No mundo contemporâneo, marcado pelo fenômeno da mudança, estão ocorrendo transformações políticas, econômicas e tecnológicas. Essas mudanças repercutem de forma direta nas organizações hospitalares, produzindo um ambiente cada vez mais exigente e dinâmico, que obriga o trabalhador às diversas adaptações, para manter sua atuação com qualidade. Diante disso, necessariamente é preciso atender a demanda da saúde populacional, conforme constatado nesse estudo.

Dessa maneira, as teorias administrativas incluídas continham a busca de informações de acordo com o objetivo dessa pesquisa no qual foram: teoria das relações humanas, teoria burocrática, teoria estruturalista, teoria dos sistemas, teoria sociotécnica, teoria neoclássica, teoria clássica e a teoria contingencial. Assim, visou o enfoque das teorias administrativas na gestão de qualidade em serviços de saúde e obteve o conhecimento da mesmas apresentados na discussão.

DISCUSSÃO

A literatura nacional e internacional tem apontado, especialmente, para as instituições hospitalares, informações consistentes a respeito do ambiente de trabalho e enfatizam que os integrantes do processo de cuidar contribuem para o processo adequado de recuperação do paciente^{10,11}. Outros estudos destacaram que nos ambientes favoráveis à prática profissional da segurança do paciente e a da qualidade do cuidado são melhorados com emprego das teorias^{12,13}. Além de tornar mais fácil promover um clima de segurança¹⁴ e diminuir a ocorrência de eventos adversos¹⁵.

Destaca-se que gerenciar o trabalho da equipe em saúde, muitas vezes possuem características das abordagens taylorista, fayolista e burocrática. Contudo, o cumprimento de normas, rotinas e tarefas faz com que outros profissionais e a instituição esperam, o que em algumas vezes deixam de priorizar as necessidades do paciente e gera descontentamento e desmotivação nos trabalhadores³, interferindo para que uma favorável gestão de qualidade em serviços de saúde ocorra.

Por meio da Teoria Científica, com objetivo de aplicar métodos científicos aos problemas vivenciados na administração. Este modelo denominado taylorista ou da racionalidade gerencial, com foco na tarefa, objetivando a elevada produtividade, possui como características de divisão do trabalho, da especialização do funcionário e da padronização de cada atividade laboral⁴⁻¹⁶.

Nessa teoria, a centralização de planejar e de decidir nas instituições limita a autonomia e iniciativa do trabalhador, em consequência, ele não adquire conhecimento equivalente ao dos seus superiores, se mantendo alienado ao processo como um todo. A ênfase dessa teoria está na realização assertiva das tarefas e como fazê-las e, é onde surgem os manuais de procedimentos. Nesse processo, a gestão ocorre de maneira hierarquizada, com pouca ênfase nas relações interpessoais. O trabalho é tarefairo, com pouca criatividade, centrado na rotina, sem contemplar a satisfação dos profissionais⁴.

A teoria científica também mostra uma visão direcionada na economia, maximizam a eficiência do trabalho através de um sistema de incentivos financeiros, bem como o trabalhador ganha melhor se estiver produzindo mais, logo, surge o conceito de produtividade. Para o aumento da produtividade é proposto métodos, sistemas de racionalização do trabalho, disciplina do conhecimento operário, colocando-o sob comando da gerência; há a seleção rigorosa dos mais aptos para realizar as tarefas; a fragmentação e a hierarquização do trabalho, os incentivos salariais e os prêmios, pressupondo que as pessoas são motivadas, exclusivamente, por interesses salariais e materiais, indicando que as atividades complexas fossem divididas em partes mais simples, facilitando a racionalização e a padronização, tudo isso pode ser alcançado investindo na qualificação profissional, para melhorar a eficiência do trabalhador³.

Já a Teoria Burocrática, baseia-se na organização formal voltada para a racionalidade e para a eficiência, apresentando relações mais autoritárias e normativas. Em suas dimensões essenciais muitos de seus aspectos podem ser encontrados em Taylor e Fayol: a divisão do trabalho baseada na especialização funcional; hierarquia e autoridade definidas; sistema de regras e regulamentos que descrevem direitos e deveres dos ocupantes dos cargos; sistema de procedimentos e rotinas; impessoalidade nas relações interpessoais, promoção e seleção baseada na competência técnica, dentre outros³.

Enquanto a Teoria Clássica facilita a gestão de empresas, idealizaram o

aumento da eficiência das instituições com adequação da estrutura e de seu funcionamento. Se presume que o conjunto de operações de toda empresa pode ser dividido em seis grupos específicos de operações: técnicas; comerciais; financeiras; segurança; contabilidade e administrativas¹⁷.

A gestão de qualidade nos serviços de saúde pode contar com quatorze princípios a ser aplicados em todas as situações com que o administrador se deparar (Princípios gerais da Administração): 1- Divisão do trabalho; 2- Autoridade e Responsabilidade; 3- Disciplina; 4- Unidade de comando; 5- Unidade de direção; 6- Subordinação de interesses individuais aos interesses gerais; 7- Remuneração do pessoal; 8- Centralização; 9- Hierarquia; 10- Ordem; 11- Equidade; 12- Estabilidade do pessoal; 13- Iniciativa; e 14- União do pessoal¹⁷. Nessa perspectiva, uma das funções do administrador era a organização, com ações de: planejar, coordenar, dirigir e controlar, assim, Fayol¹⁷ definiu e sistematizou os princípios gerais da administração.

Henry Ford que utiliza os mesmos princípios desenvolvidos pelo taylorismo, apesar de tratar-se de “uma estratégia mais abrangente de organização da produção, que envolve extensa mecanização, como uso de máquinas-ferramentas especializadas, linha de montagem e de esteira rolante e crescente divisão do trabalho”. O modelo taylorista/fordista difundiu-se no mundo e influenciou fortemente todos os ramos da produção³. Ressalta-se que em concordância a isso, a sociedade globalizada toma conhecimento dos mais modernos tratamentos e equipamentos na área da saúde, em virtude disso, as instituições brasileiras de saúde devem aumentar a qualidade nos serviços prestados à população¹⁸.

Idealizada por Elton Mayo, a teoria das Relações Humanas surge em 1932, a partir de uma crítica às Teorias de Taylor e Fayol, visa combater o formalismo na administração e deslocando o foco da administração para as relações entre grupos informais. A motivação é uma das principais características dessa teoria, pois acredita-se que quando motivado o indivíduo trabalha de forma mais eficaz para atingir os objetivos da organização. A participação do trabalhador nas decisões também é uma das características, porém existem limites para essa participação e devem estar de acordo com o padrão de liderança adotado³. Dessa maneira, é plausível que haja uma adequada gestão dos diversos elementos, incluindo o trabalhador, isto é fundamental para o resultado da gestão de qualidade alinhada a teoria das relações humanas para que o objetivo seja alcançado de modo harmonioso¹⁸.

Após análise e limitações da teoria burocrática, nasce a teoria estruturalista, a qual avança em relação às demais teorias ao reconhecer que o conflito nas organizações é inerente aos grupos e às relações de produção³.

O Sistema de Gestão da Qualidade assemelha-se ao mostrado na teoria estruturalista, visto que a organização do fluxo de trabalho ocorra da melhor forma possível, otimizando a qualidade dos resultados gerados pelas relações humanas na produção¹⁹. Neste contexto, o ambiente das organizações de saúde é considerado fator determinante da qualidade e da segurança do cuidado à saúde e a equipe que contribui para criação de um sistema seguro para o cuidado²⁰.

Vale mencionar que a teoria dos sistemas, busca formulações conceituais passíveis de aplicação na realidade empírica. Essa teoria define que o sistema é um conjunto de partes interdependentes e que juntos formam uma unidade, com os mesmos objetivos e função. O comportamento desses elementos modificam-se quando há mudanças nesta interação, gerando assim a relação entre os sujeitos³. Tal teoria é meramente parecida com o próprio sistema nacional de saúde, que há princípios interdependentes e formam o objetivo do atendimento adequado e igualitário de saúde¹⁸.

A teoria sociotécnica sugere a abordagem que abrange a execução das tarefas com auxílio de tecnologias disponíveis e a social, o seu foco analisa o relacionamento da equipe e dos participantes²¹. Aborda os aspectos sociais dos indivíduos em sociedade e, também, os aspectos técnicos da estrutura organizacional, bem como o aperfeiçoamento entre o desempenho técnico e a qualidade de vida dos trabalhadores²². Portanto, estimula a participação, comportamento e a mudança de atitude, estabelecendo o compromisso educacional e ao mesmo tempo associando ao incentivo do trabalho coletivo, para assim atingir qualidades nos serviços e aprimoramento dos processos em saúde²¹.

Em relação a teoria clássica estudada por Taylor, ela visa atender às necessidades administrativas da atualidade para uma boa administração. É considerada como funções do administrador: organização, planejamento, coordenação, comando e controle^{3,22}, sendo importantes princípios para atingir a meta adequada nos serviços de saúde. Por outro lado, é atribuída a administração dentro de um modelo autoritário⁴. Ainda, realiza o modelo da teoria burocrática com muita “burocratização” e valorização de normas e regras. Ressalta-se que os líderes assumem um papel administrativo voltado para os interesses da instituição;

caracterizando um processo de domínio, impessoalidade, relações hierárquicas e ênfase na comunicação formal³. Grandes debates acerca dos efeitos negativos da organização do trabalho sobre os trabalhadores ocorreram, resultando na fragmentação do trabalho com separação entre concepção e execução³.

Já a teoria contingencial busca por modelos de estruturas organizacionais eficazes, com ênfase na flexibilidade, descentralização e desburocratização³. Pensando nesse modelo organizacional, cita-se a Gestão da Qualidade Total, caracterizada pelo gerenciamento da empresa ou instituição, voltado para a qualidade do produto ou serviço oferecido ao cliente. Focaliza o conceito de um sistema da qualidade, influenciando a cultura organizacional na medida em que passou a exigir mudanças de atitude e comportamento, com olhar ao comprometimento com o desempenho, autocontrole e aprimoramento dos processos, voltados a um padrão previamente estipulado²³.

Por fim, muitos profissionais durante a graduação não apresentam interesse em aprender a gerenciar, mostrando mais interesse em aprender a manusear equipamentos e executar técnicas, quando começam a trabalhar, normalmente, aprendem a gerenciar através do modelo de gestão da instituição onde ele está inserido. No qual a maioria das vezes é um modelo hierárquico e fragmentado. Isso reflete na insatisfação laboral, no qual se limita muitas vezes, sem conseguir exercer a gestão de forma efetiva e segura. Assim, é preciso que os profissionais tenham consciência do potencial transformador, através da gestão de qualidade nos serviços de saúde.

É importante destacar que a literatura encontrada, apresentou a análise de material já publicado e uma síntese da parte mais relevante das pesquisas sobre o tema escolhido. As teorias administrativas alinhadas a gestão da qualidade de serviços se mostram extremamente importantes, embora se perceba ainda uma certa escassez de pesquisas, com revisão de conteúdo ou aplicações para resolução de problemas práticos. Atualmente evidenciamos a aplicabilidade de algumas teorias na gestão da qualidade ao setor de serviços de saúde, mesmo que ainda de forma tímida, ou parcial. Mostrando sobremaneira, que adoção de teorias na rotina do trabalho contribui para gestão de qualidade nos serviços de saúde.

CONCLUSÃO

As teorias administrativas demonstraram inovações para o processo de trabalho, sendo evidente a importância do processo de gerenciar, colaborando para novas perspectivas na forma de cuidar da organização do trabalho, contribuindo para a mudança de cultura e de processos das instituições de saúde.

Desta forma, as teorias administrativas possuem abordagens diferentes, passando desde a preocupação com a estrutura organizacional, concentração do poder na gestão, mecanização e divisão do trabalho, até aos dias atuais com modelos voltados ao comportamento e aprimoramento de processos. Embora sejam modelos com enfoques diferentes, todos eles fazem parte dos sistemas organizacionais das instituições de saúde e refletem diretamente na forma como os serviços de saúde gerenciam seu processo de trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Chiavenato I. Introdução à teoria geral da administração. Elsevier, 2003.
2. Maximiano AA. Teoria Geral da Administração. Editora Atlas, 2011.
3. Matos E, Pires D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. Texto e Contexto Enferm. [Internet], 2006 [acesso em 2021 set 24]; 15(3), 508-514. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000300017>
4. Paiva SMA, Silveira CA, Gomes ELR, Tessuto MC, Sartori NR. Teorias administrativas na saúde. Rev. enferm. UERJ. Rio de Janeiro, 2010; 18(2), 311-6.
5. Kutney-Lee A, Stimpfel AW, Sloane DM, Cimiotti JP, Quinn LW Aiken LH. Changes in patient and nurse outcomes associated with magnet hospital recognition. Med care. [Internet], 53(6), 550–557, 2015 [acesso em 2020 set 24]. doi: <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000355>
6. Neves DR, Nascimento RP, Felix MS, Silva FAD, Andrade ROBD. Sentido e significado do trabalho: uma análise dos artigos publicados em periódicos associados à Scientific Periodicals Electronic Library. Cad EBAPE. [Internet], 2018; [acesso em 2021 jun 19]; 16(2), 318-330. doi: <https://doi.org/10.1590/1679-395159388>

7. Silva GN. (Re) conhecendo o estresse no trabalho: uma visão crítica. *Gerais: Rev. Inter. Psi.* [Internet], 2019; [acesso em 2021 jun 24]; 12(1), 51-61. doi: <http://dx.doi.org/10.36298/gerais2019120105>
8. Borges AMM, Duarte MMP, Coelho WG, Bezerra ED. Avaliação de qualidade em serviços de saúde: uma revisão integrativa. *Rev. Rede. Cuid. Saúde.* [Internet], 2017; [acesso em 2021 jun 19]; 10(1). Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/view/3103>
9. Ribeiro BMSS, Martins JT, Silva VAD, Teston EF, Silva AC, Martins EAP. Enfermagem do trabalho na construção civil: contribuições à luz da teoria da adaptação de Roy. *Rev. Bras. Med. Trab.* [Internet], 2019; [acesso em 2021 jun 19]; 17(2), 260-267. doi: <http://dx.doi.org/10.5327/Z1679443520190364>
10. Cho E, Sloane DM, Kim EY, Kim S, Choi M, Yoo IY, Leef HY, Aiken LH. Effects of nurse staffing, work environments, and education on patient mortality: an observational study. *Int J Nurs Stud.* [Internet], 2015; [acesso em 2021 jun 15]; 52(2), 535-542. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.08.006>
11. Van Bogaert P, Dilles T, Wouters K, Van Rompaey B. Practice environment, work characteristics and levels of burnout as predictors of nurse reported job outcomes, quality of care and patient adverse events: a study across residential aged care services. *Open Jour of Nurs.* [Internet], 2014; [acesso em 2021 jun 15]. doi: <http://dx.doi.org/10.4236/ojn.2014.45040>
12. Kirwan M, Matthews A, Scott PA. The impact of the work environment of nurses on patient safety outcomes: a multi-level modelling approach. *Int J Nurs Stud.* [Internet], 2013; [acesso em 2021 jun 15]; 50(2), 253-263. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.08.020>
13. Rochefort CM, Clarke SP. Nurses' work environments, care rationing, job outcomes, and quality of care on neonatal units. *J. Adv. Nurs* [Internet], 2010; [acesso em 2021 jun 12]; 66(10), 2213-2224. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05376.x>
14. Ausserhofer D, Schubert M, Desmedt M, Blegen MA, Geest S, Schwendimann R. The association of patient safety climate and nurse-related organizational factors with selected patient outcomes: a cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud.* [Internet], 2013; [acesso em 2021 jun 12]; 50(2), 240-252. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.04.007>
15. Aiken LH, Sermeus W, Van den Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M, Bruyneel L et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ* [Internet], 2012; [acesso em 2021 jun 12]. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e1717>
16. Klassmann JC, Merino MDFGL, Meireles VC, Matsuda LM. Teorias administrativas X administração/gestão em enfermagem. *Rev. Bras. Docência, Ensino Pesqui. Enferm.* 2009; 1(1).

17. Fayol, H. Administração industrial e geral: Previsão, organização, comando, coordenação, controle (10ª ed.). São Paulo, Brasil: 1989; 10 (23), 43-44.
18. Cornetta VK, Pedroso VG, Kamimura QP. Gestão de qualidade em serviços de saúde. Lat. Am. Bus. Rev. Latin American Business Review. [Internet], 2015; [acesso em 2021 maio 20]; 6(1). Disponível em: <https://www.lajbm.com.br/index.php/journal/article/view/235>
19. Gurgel Júnior GD, Vieira MMF. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. Cien Saude Colet. [Internet], 2002; [acesso em 2021 maio 21]; 7, 325-334. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232002000200012>
20. Alves DFDS, Guirardello EDB. Ambiente de trabalho da enfermagem, segurança do paciente e qualidade do cuidado em hospital pediátrico. Rev. Gaúcha. Enferm. [Internet], 2016; [acesso em 2021 maio 15]; 37(2). doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.58817>
21. Emery FE, Trist EL. Socio-technical systems. In: Systems thinking, editado por F. E. Emery, Penguin, 1969; 286.
22. Chiavenato I. Teoria Geral da Administração. 8ª edição, São Paulo: Campus, 2011.
23. Vituri DW, Évora YDM. Gestión de Calidade Total y enfermería hospitalaria: una revision integradora de literature Rev. Bras.Enferm. [Internet], 2015; [acesso em 2021 maio 15];68(5), 945-952. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680525i>

RECEBIDO: 05/02/2022
ACEITO: 03/12/2022

Perspectivas da fila de espera por um transplante hepático no Paraná: uma revisão de literatura

Perspectives on the waiting list for a liver transplantation in Paraná: a literature review

Diego Roos¹, Joice Schultz²

1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8792-1480>. Discente de Medicina. Discente de Medicina. Universidade Estadual do Oeste do Paraná-UNIOESTE, Francisco Beltrão, Paraná, Brasil.
E-mail: diegoroos1903@gmail.com

2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6383-1712>. Psicóloga Clínica. Mestre em Educação/ Docente. Universidade Estadual do Oeste do Paraná-UNIOESTE, Francisco Beltrão, Paraná, Brasil.
E-mail: joicepsicoterapeuta@gmail.com

CONTATO: Diego Roos | Endereço: Rod. Vitório Traiano, Km 02, Contorno Leste, Bairro Água Branca, Francisco Beltrão, Paraná, Brasil. CEP 85601-970 | Telefone:(49) 99976-8732 | E-mail: diegoroos1903@gmail.com

RESUMO

Nos últimos cinco anos, houve uma tendência de aumento de pessoas à espera por um fígado no Paraná, passando de 156 em 2017, para 184 em 2020 e 206 em 2021, recentemente sob influência da pandemia do coronavírus. O estado também enfrenta outro agravante, a diminuição dos transplantes hepáticos realizados, de forma que o presente estudo, por meio de revisão narrativa, visa identificar os desafios e elencar medidas para diminuir a espera pelo órgão. Após análise de literatura, entre 2015 a dezembro de 2021, utilizamos 30 artigos e seis documentos oficiais. Evidenciamos a necessidade de identificar as causas do aumento na fila de espera e as possíveis medidas atenuantes. Verificamos indícios de que aumentar o número de doadores de órgãos e reordenar e aperfeiçoar o gerenciamento de recursos paralelo ao enfrentamento à pandemia do

coronavírus são medidas para melhorar as perspectivas da fila de espera por um fígado no Paraná.

DESCRITORES: Transplante de Fígado. Gestão em Saúde. Doação de órgãos.

ABSTRACT

In the last five years, there has been an upward trend in people waiting for a liver in Paraná, from 156 in 2017 to 184 in 2020 and 206 in 2021, recently under the influence of the coronavirus pandemic. The state also faces another aggravating factor, the decrease in liver transplants performed, so the present study, through a narrative review, aims to identify the challenges and list measures to reduce the wait for the organ. After analyzing the literature, between 2015 and December 2021, we used 30 articles and six official documents. We highlighted the need to identify the causes of the increase in the queue and possible mitigating measures. We are anxious to see that increasing the number of organ donors and reorganizing and improving resource management in parallel with coping with the coronavirus pandemic are measures to improve the prospects of the waiting list for a liver in Paraná.

DESCRIPTORS: Liver transplantation. Health management. Organ donation.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

O primeiro marco da história do transplante hepático remete ao ano de 1953, quando Welch e equipe descreveram essa modalidade como forma de tratamento de certas doenças do fígado. Porém, o grande limiar dessa linha evolutiva ocorreu em 1967, quando, após seu próprio fracasso quatro anos antes, Starzl e equipe realizaram o primeiro transplante hepático com sucesso da história^{3,16}.

Desde então, grandes avanços foram alcançados, tendo como catalisadores, a partir de 1977, a introdução das terapias imunossupressoras, o aprimoramento da técnica cirúrgica e o controle efetivo do sangramento intraoperatório. Ademais, a ascensão do transplante hepático também teve uma contribuição brasileira, ocorrida em 1988, quando uma equipe liderada pelo cirurgião Silvano Raia realizou o primeiro transplante hepático de doador vivo da história, aumentando, assim, as perspectivas dos pacientes que aguardavam por um fígado¹⁶. À vista disso, o transplante hepático se consolidou como padrão-ouro de tratamento em doenças hepáticas terminais, agudas e crônicas, assim como em alguns tipos de câncer hepático^{5,32, 34}.

No entanto, apesar dos avanços obtidos até o final do século passado, alguns desafios têm se evidenciado, como o aumento progressivo de pacientes na lista de espera por um órgão, apesar do crescente número de transplantes hepáticos realizados¹⁶. Esse desequilíbrio, já denunciado nos estudos precursores do cirurgião Silvano Raia, em 1989, tem tido como consequência o aumento da mortalidade entre os candidatos na lista de espera por um fígado, uma vez que a maioria desses pacientes apresenta doença de alto risco de morte¹¹.

Essas dificuldades citadas também são enfrentadas nas realidades brasileira e paranaense. No último trimestre de 2017, o Brasil havia registrado 1.235 pessoas na lista de espera por um fígado²¹, ao passo que, nesse mesmo ano, o Paraná registrou 156 pessoas aguardando pelo órgão, chegando a 170 em 2018. Em 2019, registrou-se uma redução nos números, para 138 pessoas, e um novo aumento em 2020, chegando a 184, até chegar aos dados mais recentes de 2021, quando 206 aguardavam por um fígado no estado. Apesar disso, no ano de 2017, o Paraná foi o segundo estado brasileiro com maior número de doações efetivas de órgãos, com 38 doações por milhão de habitantes¹⁸.

Considerando essa problemática, que envolve o aumento exponencial de pacientes na lista de espera por um fígado, a despeito do também crescente aumento do número de transplantes hepáticos e do posto mundial de prestígio que o Brasil e o estado do Paraná ocupam em relação ao número absoluto de procedimentos, evidencia-se um problema de saúde pública a ser discutido de forma incisiva. Em virtude disso, mostra-se fundamental identificar os desafios na fila de espera de forma a sugerir possíveis medidas que possam ser instauradas, podendo, assim, aperfeiçoar o transplante hepático no estado do Paraná.

Neste estudo, revisamos o funcionamento dos sistemas de transplantes de órgãos de sucesso a nível mundial, com vistas a comparar à realidade brasileira, mais especificamente, à paranaense. Também discutimos os fatores influenciadores para o aumento exponencial de pacientes na fila de espera por um fígado. A identificação desses fatores influenciadores assume grande importância na sugestão de possíveis medidas para acelerar o processo e melhorar o transplante hepático no estado do Paraná.

MÉTODO

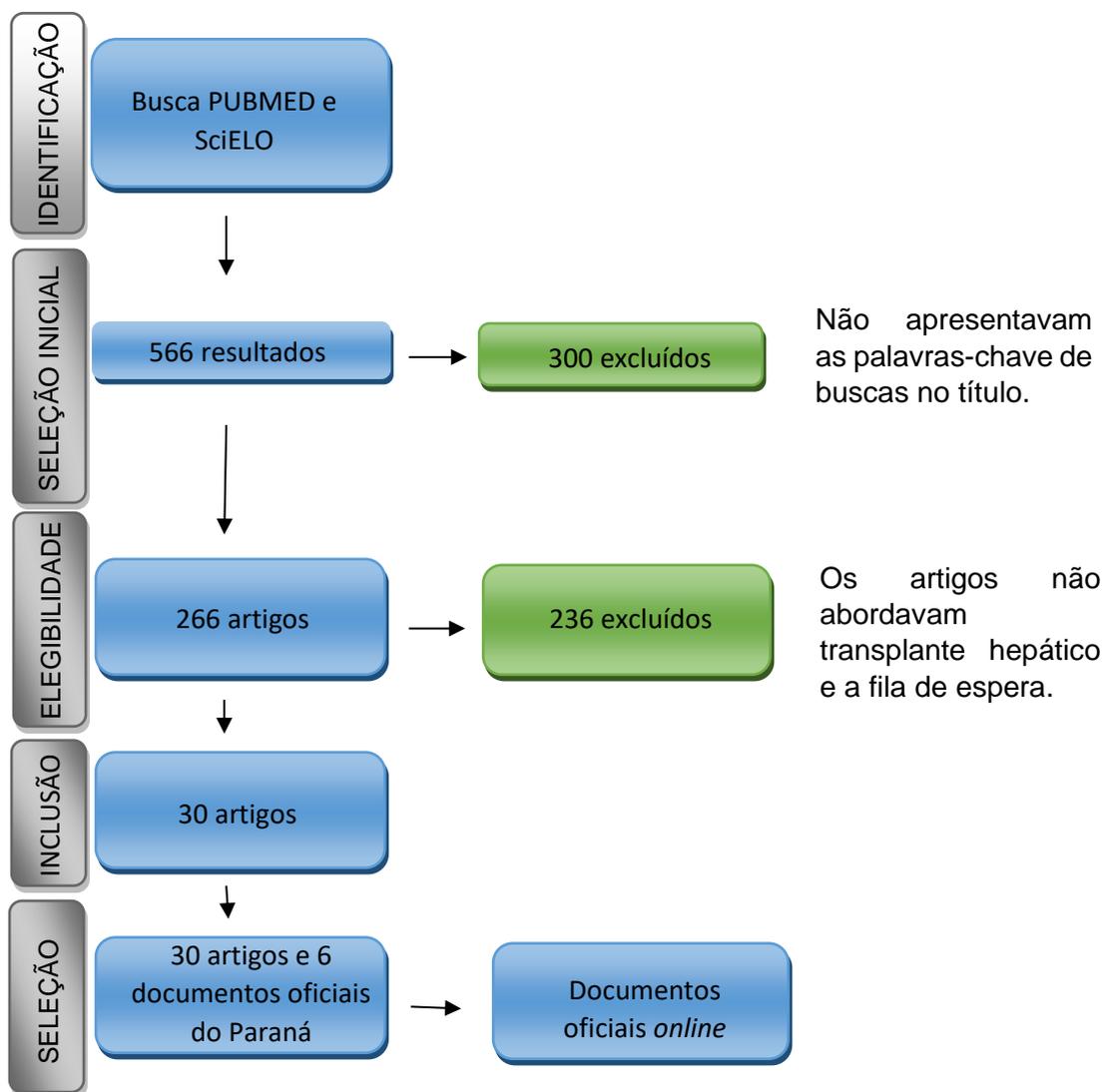
Trata-se de uma revisão de literatura, com desenho narrativo, dividida em duas etapas: (i) a revisão da literatura científica especializada, mediante busca nas bases de dados PubMed e SciELO, e (ii) revisão de relatórios e documentos oficiais da Central Estadual de Transplantes do Paraná – CET/PR e de arquivos do Registro Brasileiro de Transplantes – RBT.

A busca na base de dados PubMed e SciELO foi realizada utilizando os seguintes descritores: *Liver transplantation* e *Wait-list*. Foram incluídos trabalhos que abordavam transplante hepático e a fila de espera. Houve restrição em relação ao idioma, sendo incluídos apenas artigos em português ou inglês, e ao período de publicação, englobando artigos publicados de 2015 a dezembro de 2021. Não houve restrição quanto ao desenho do estudo. Foram excluídos trabalhos que (i) não apresentavam as palavras-chave em seus títulos, (ii) não abordavam o tema transplante hepático e a fila de espera, e (iii) não estavam em português ou inglês.

A busca resultou em 566 registros, dos quais, após rastreamento de título e resumo e de aplicação dos critérios de elegibilidade, foram selecionados 30 artigos para leitura do texto completo, fixados e alinhados com os dados da CET/PR e do

RBT, disponíveis nos sites do Sistema Estadual de Transplantes do Paraná e da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos.

Figura 1. Fluxograma de seleção dos trabalhos para a revisão narrativa.



Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

RESULTADOS

A partir dos artigos considerados elegíveis e das informações provenientes de relatórios e documentos oficiais da Central Estadual de Transplantes do Paraná – CET/PR e do Registro Brasileiro de Transplantes - RBT, foram identificados três grupos de análise: realidade mundial, brasileira e paranaense; fatores influenciadores para o aumento exponencial de pacientes na fila de espera no Paraná; e medidas para reduzir a fila de espera e aprimorar o transplante hepático.

Quadro 1. Relação de artigos indexados em bases internacionais e documentos oficiais da Central Estadual de Transplantes e do Registro Brasileiro de Transplantes.

| AUTORES | TÍTULO | REF |
|--------------------|---|-----|
| Amaral et al. | “Abordagem ao período pós-operatório inicial no transplante de fígado: um ponto de vista institucional” | 1 |
| Bittencourt et al. | <u>“Liver transplantation in Brazil”</u> | 2 |
| Bozkurt et al. | <u>“Living Donor Liver Transplantation”</u> | 3 |
| Broering et al. | “Living donor liver transplantation” | 4 |
| Costa et al. | “Mental disorders and quality of life in patients awaiting liver transplantation” | 5 |
| Dias et al. | “Processo de admissão e inscrição para transplante hepático: gerenciamento de enfermagem por meio de indicadores de qualidade” | 6 |
| Eiras et al. | “Utilização de indicador de gravidade como fator preditivo do uso de recursos em transplante hepático” | 7 |
| El Kassas et al. | “Liver transplantation in the era of COVID-19” | 8 |
| Faro et al. | “Doadores vivos no transplante hepático: panorama de publicações nacionais e internacionais” | 9 |
| Gaspar et al. | “Análise epidemiológica comparativa entre transplante hepático de doadores vivos e doadores mortos nos últimos 5 anos no Rio de Janeiro” | 10 |
| Golfieri et al. | “Impact of psychosocial status on liver transplantation process” | 11 |
| Harries et al. | <u>“High resource utilization in liver transplantation – how strongly differ costs [sic] between the care sectors and what are the main cost drivers?: a retrospective study”</u> | 12 |
| Imam et al. | “Prognosis and Treatment of Liver Transplant Recipients in the COVID-19 Era: A Literature Review” | 13 |
| Jadlowiec et al. | “Liver transplantation: current status and challenges” | 14 |
| Jaffe et al. | <u>“Liver transplantation in the Time of COVID19: Barriers and Ethical Considerations for Management and Next Steps”</u> | 15 |
| Junior et al. | “Liver transplantation: history, outcomes and perspectives” | 16 |

| | | |
|-------------------------------------|---|----|
| Lapisatepun et al. | <u>“Impact of the Share 35 Policy on Perioperative Management and Mortality in Liver Transplantation Recipients”</u> | 17 |
| Lazarini et al. | “Validação do modelo americano de avaliação da qualidade e melhoria do desempenho ao transplante brasileiro” | 18 |
| McCaughan et al. | <u>“Liver transplantation in Australia and New Zealand”</u> | 19 |
| Mendes et al. | <u>“Impacto da pandemia do coronavirus no transplante hepático brasileiro”</u> | 20 |
| Nogueira et al. | “Good quality of life after more than a decade of living donor liver transplantation” | 21 |
| Paglione et al. | “Quality of life, religiosity, and anxiety and depressive symptoms in liver transplantation candidates” | 22 |
| Rodriguez et al. | “Evaluation and selection of candidates for liver transplantation: an economic perspective” | 23 |
| Registro Brasileiro de Transplantes | “Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado - 2017” | 24 |
| Registro Brasileiro de Transplantes | “Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado - 2018” | 25 |
| Registro Brasileiro de Transplantes | “Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado - 2019” | 26 |
| Santos et al. | “Comparison of two periods in liver transplantation at Colombian [sic] medical center” | 27 |
| Schilsky et al. | <u>“Advances in liver transplantation allocation systems”</u> | 28 |
| Serper et al. | <u>“Functional status, healthcare utilization, and the costs of liver transplantation”</u> | 29 |
| Sharma et al. | <u>“National Assessment of Early Hospitalization after Liver Transplantation: Risk Factors and Association with Patient Survival”</u> | 30 |

| | | |
|--|--|----|
| Silveira et al. | <u>“Análise da mortalidade na lista de espera de fígado no Paraná, Brasil. O que devemos fazer para enfrentar a escassez de órgãos?”</u> | 31 |
| Sistema Estadual de Transplantes do Paraná | Lista de espera para transplantes de órgãos e tecidos – Julho 2021 | 32 |
| Sistema Estadual de Transplantes do Paraná | Comparativo dos dados de doação e transplante de órgãos e tecidos – Dezembro 2011-2020 | 33 |
| Sistema Estadual de Transplantes do Paraná | Comparativo dos dados de doação e transplante de órgãos e tecidos- Julho 2011- 2021 | 34 |
| Troncoso et al. | “Unusual indications for liver transplantation” | 35 |
| Uribe et al. | “Hepatic transplantation in Chile: past, present and future” | 36 |

Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

DISCUSSÃO

O sistema de transplante de órgãos: realidade mundial, brasileira e paranaense

Antes de se abordar o desempenho dos sistemas de transplantes de órgãos mundiais, é necessário entender como eles funcionam. No Ocidente, o processo de captação de órgãos de doadores falecidos é o modelo predominante, englobando três fases: detecção do potencial doador e manutenção da viabilidade, confirmação da morte encefálica e autorização da família, e consequente captação dos órgãos. Sendo assim, todas essas fases geram implicações no sucesso ou fracasso dos sistemas de transplantes³⁵.

Outra realidade é vivida na maioria dos países árabes, onde predomina a captação de órgãos de doadores vivos. Isso se deve a conflitos ético-religiosos, de forma que 80% dos transplantes hepáticos provêm de doadores vivos, enquanto apenas 20% são oriundos de doadores falecidos. Com isso, deu-se origem a uma

desproporção entre as modalidades de captação de órgãos, tendo como consequência um aumento da escassez de órgãos e o aumento do número de pessoas na lista de espera⁸.

No entanto, o aperfeiçoamento dos conhecimentos da anatomia segmentar hepática tem angariado a captação de fígado de doadores vivos como alternativa importante aos sistemas de transplantes⁴. Apesar disso, o transplante hepático de doador vivo tem registrado maiores taxas de complicações, com mortalidade estimada em 0,3% devido a condições respiratórias, tromboembólicas e de sangramento pós-operatório. Além de terem indicadores significativos na Europa e nos EUA nos últimos anos, os transplantes têm apresentado redução anual do número de procedimentos realizados^{9,31}.

Um dos sistemas de transplante de sucesso mundiais é o da Espanha, o qual, no ano de 2019, atingiu a marca de 49 doadores de órgãos por milhão de habitantes, evidenciando uma política estatal sólida e efetiva para a doação³². Número semelhante foi obtido no estado do Paraná, em 2018, quando foram registradas 47,7 doações efetivas por milhão de habitantes, equiparando-se aos mais efetivos sistemas de transplante mundiais³⁰.

No ano de 2017, o continente americano, que se baseia no modelo espanhol de transplante de órgãos, registrou 12,65 transplantes hepáticos por milhão de habitantes³⁴. Nesse contexto, o Brasil merece destaque, pois, nesse mesmo período, registrou o terceiro maior número de transplantes hepáticos do mundo, perdendo apenas para China e Estados Unidos da América (EUA)^{2,22}.

Uma vez traçado um panorama mundial dos sistemas de transplante de órgãos, é necessário entender as realidades brasileira e paranaense. No ano de 1997, foi criado o Sistema Nacional de Transplantes (SNT), com objetivo de regulamentar o processo de captação e distribuição de órgãos em âmbito nacional. A nível estadual, porém, as ações são desempenhadas pelas Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO), até chegar ao nível regional, onde atuam as Organizações de Procura de Órgãos e Tecidos (OPO), junto às Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e de Tecidos (CIHDOT)⁶.

Ademais, cabe destacar que, no Brasil, os órgãos de doadores falecidos são destinados aos pacientes com maior risco de morte na lista de espera²². No transplante hepático, faz-se uso de escores, sendo o primeiro deles o *Model For End-Stage Liver Disease* (MELD), introduzido no Brasil em 2006, que realiza uma

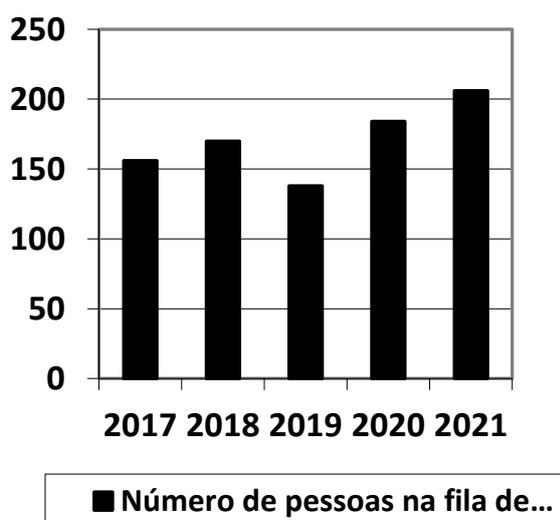
estratificação clínica dos pacientes, sendo também usado em diversos países, como Austrália e Nova Zelândia^{17,19}. Por fim, o segundo escore envolve os critérios de Milão, que são usados para portadores de câncer hepatocelular⁷.

O Brasil também obtém destaque ao ocupar a posição de maior sistema público de transplantes de órgãos do mundo. Dessa forma, o Sistema Único de Saúde (SUS) é responsável por realizar 95% dos transplantes hepáticos no país, a uma taxa de 13,2 doações por milhão de habitantes¹⁶. Porém, no ano de 2017, uma a cada cinco pessoas que aguardavam por um fígado morreram à espera de um órgão^{18,21}.

Em relação às indicações para o transplante hepático, há variações nacionais e regionais. Nesse sentido, um grupo de pesquisadores brasileiros avaliou 102 pacientes submetidos ao transplante hepático e verificou que as principais indicações para o procedimento foram carcinoma hepatocelular (38%), cirrose hepática secundária ao vírus da hepatite C (33,3%) e cirrose alcoólica (19,6%)¹⁶. No Paraná, ao final do primeiro semestre de 2021, as cinco maiores indicações de transplante hepático foram cirrose alcoólica (34,5%), cirrose por doença hepática gordurosa não alcoólica (14,6%), cirrose por hepatite B ou C (13,6%), cirrose criptogênica (11,6%) e câncer hepático primário (6,8%)²⁶. Esse resultado se assemelha ao da Colômbia, país latino que também apresenta um bom desempenho no transplante hepático e que tem como uma das maiores indicações a doença hepática alcoólica²³.

O estado do Paraná, por sua vez, no primeiro semestre de 2021, registrou 206 pessoas na fila de espera por um fígado, sendo 134 homens e 72 mulheres. Esse indicador provém de uma série histórica recente no estado, que tende a um aumento progressivo de pessoas na lista de espera pelo órgão. A saber, no ano de 2017, havia 156 pessoas na lista, seguido por aumento para 170 pessoas em 2018, com sucessivo decréscimo para 138 em 2019 e posterior novo aumento em 2020, com 184 pessoas na lista de espera. Além disso, a taxa de mortalidade enquanto aguardavam por um fígado foi de 3,4%, sobretudo em indivíduos com mais de 50 anos de idade^{32,33,34}, indicador que demonstra melhora significativa quando comparado à taxa de 41% apresentada no início da última década, em 2010, período que antecedeu a reestruturação do Sistema Estadual de Transplantes no estado^{24,25,26,31}. Igualmente, cabe destacar ainda a importância de se manter o potencial receptor de um órgão em boas condições clínicas na lista de espera, a fim de haver melhores índices de aproveitamento e menores taxas de complicações pré- e pós-operatórias¹⁸.

Gráfico 1. Fila de espera do transplante hepático no Paraná entre 2017 e 2021.



Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

Bem como o Brasil ocupa posição mundial de destaque, o estado do Paraná tem se destacado no sistema brasileiro de transplante de órgãos. Esse desempenho é consequência dos trabalhos desenvolvidos nos 26 centros de transplantes que o estado apresenta, sendo compostos por 23 equipes dispostas em quatro OPOs, situadas em Maringá, Cascavel, Curitiba e Londrina, e as quais executam suas ações por meio das 67 CIHDOTs paranaenses^{32,33,34}. Para mais, outro ponto a ser discutido é a grande divergência de indicadores entre as OPOs do estado, com grande predominância na região de Curitiba³².

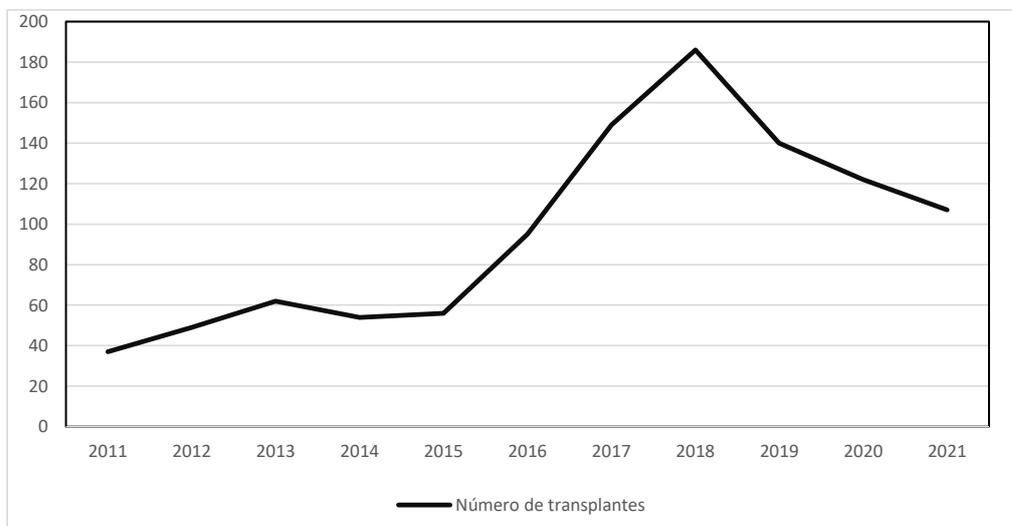
Por fim, cabe destacar os aspectos relativos ao modelo de transplante hepático de doador vivo, amplamente difundido no continente asiático, sobretudo no sudeste dessa região⁴. No Oeste global, incluindo Europa e EUA, apesar de ainda haver indicadores notáveis de transplante hepático de doador vivo, há uma tendência de redução anual dessa modalidade, de forma que, no Brasil e, mais especificamente, no Paraná, o transplante hepático de doador vivo representa a minoria dos procedimentos realizados¹⁸. No primeiro semestre de 2021, o Paraná registrou 114 transplantes hepáticos, sendo 108 deles com origem de doador falecido, com apenas seis de origem de doadores vivos, e todos em pacientes pediátricos. Apesar disso, ainda é notável o desempenho paranaense, chegando a uma taxa de 17,1 transplantes hepáticos por milhão de pessoas nesse período^{32,34}.

Fatores influenciadores para o aumento exponencial de pacientes na fila de espera por um fígado no Paraná

A pesquisa desempenhada, sob forma de revisão narrativa de literatura, verificou posição de destaque dos indicadores paranaenses de transplante hepático frente à realidade brasileira. Porém, alguns desafios foram identificados, sendo os dois principais contribuintes para o crescimento exponencial da fila espera do transplante hepático no Paraná. Houve uma diminuição dos transplantes realizados nos últimos anos, o que se somou ao advento da pandemia da COVID-19 (globalmente declarada em 11 de março de 2020), causando a Síndrome Respiratória Aguda Grave pelo Coronavírus tipo 2 (SARS-CoV-2). Esses eventos alteraram profundamente a dinâmica dos serviços de saúde e, conseqüentemente, da logística e do gerenciamento de recursos do Sistema Estadual de Transplantes do Paraná⁸.

Um dos maiores desafios do estado do Paraná é gerenciar um sistema de transplantes com número limitado de órgãos disponíveis, mas com uma demanda cada vez maior, agravada pela diminuição progressiva dos transplantes hepáticos realizados nos últimos anos²⁰. Isso é evidenciado pelos dados do primeiro semestre dos últimos quatro anos, apontando um número decrescente de transplantes hepáticos, com 186 procedimentos em 2018, 140 em 2019, 122 em 2020 e, finalmente, 114 em 2021, agora já sob influência da pandemia da COVID-19^{20,32,34}.

Gráfico 2. Transplantes hepáticos de doador falecido no Paraná: uma análise do primeiro semestre dos anos de 2011 a 2021.



Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

Um fator contribuinte para a diminuição do número de transplantes hepáticos realizados é a menor efetivação de doadores em relação ao número de mortes encefálicas registradas. Sendo assim, na análise do primeiro semestre dos anos de 2018 a 2021 no Paraná, verifica-se uma diminuição da notificação de morte encefálica em 2019 e 2020, acompanhada por um aumento da taxa de doações não efetivadas. Contudo, em 2021, registrou-se aumento do número de notificações de morte encefálica, porém acompanhado por um aumento na taxa de doações não efetivadas. Essa situação se torna grave na medida em que, das 746 notificações de morte encefálica registradas no primeiro semestre de 2021, apenas 213 doações de órgãos sólidos foram efetivadas, o que também afeta o desempenho do transplante hepático^{32,33,34}.

Ao se avaliar os motivos de não efetivação da doação de órgãos no primeiro semestre dos anos de 2018 a 2021 no Paraná, foi verificada uma diminuição progressiva das taxas de negativa familiar como justificativa da não doação, variando de 37,5%, em 2018, a 22%, em 2021, o qual foi o melhor indicador atingido entre todos os estados do país no período. Contudo, concomitantemente, também foi registrado um aumento das taxas de contraindicação clínica ao transplante de órgãos sólidos no Paraná, partindo de 46,7% em 2018 e chegando a 71,6% em 2021, o que não implica, necessariamente, em piora da eficiência do modelo paranaense de transplantes, mas notabiliza os efeitos da pandemia de COVID-19, que temporariamente implicou em contraindicação absoluta a um transplante, além do fato de o aumento do número de doadores também inferir em maiores taxas de comorbidades, podendo aumentar assim as taxas de descompensação clínica e contraindicação a um transplante^{32,33,34}.

Dessa forma, a contraindicação clínica do potencial doador assume valores significativamente superiores aos dos demais motivos de não doação. Ao se avaliar dados do primeiro semestre de 2021 no Paraná, foi verificada uma taxa global de contraindicação clínica de 47%, com destaque negativo para a OPO de Londrina, que registrou uma taxa de 52%, além de ter sido responsável pela maior taxa de não doações em relação ao número de mortes encefálicas registradas entre as quatro OPOs paranaenses. Ainda nessa discussão, a segunda maior motivação para não doação foi a negativa familiar, com taxa global de 22% e destaque negativo para a OPO de Cascavel, que apresentou uma taxa de 25%. As demais causas de não doação foram outro motivo não especificado e a parada cardiorrespiratória do potencial doador^{32,33,34}.

Outro fator influenciador para o aumento da fila do transplante hepático no Paraná se refere às questões de gerenciamento de recursos. Uma estimativa afere que menos da metade dos casos de morte encefálica no Brasil são notificados às centrais de transplante, devido a questões como falta de exames para diagnóstico de morte encefálica e condições para manutenção do potencial doador¹⁰. Ainda nessa dinâmica, há a interferência no desempenho do modelo paranaense de transplante de órgãos a discrepância dos indicadores entre as OPOs, havendo registrado, no primeiro semestre de 2021, um total de nove transplantes hepáticos na regional de Maringá, zero na de Londrina, três na de Cascavel e 96 na de Curitiba^{32,33,34}.

Outro ponto que se insere no gerenciamento de recursos são as fases de assistência à saúde do paciente transplantado. A primeira questão é que se trata de uma cirurgia de grande porte, incluindo um tempo de internação em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), com consequente geração de custos de internamento^{11,15}. Após receber alta, o paciente segue para o período pós-operatório, quando é imprescindível iniciar um novo estilo de vida e fazer uso de imunossupressores, de forma que quanto maior for o escore MELD, ou seja, a gravidade da condição clínica pré-transplante, maior será o uso de recursos nesse período^{11,12}. Soma-se a esse contexto a estimativa de que os gastos para manter pacientes falecidos na lista de espera sejam duas vezes maiores do que os custos com os pacientes transplantados²².

Essas medidas se tornam urgentes na medida em que um grupo de pesquisadores norte-americanos, por meio de um modelo de projeção, previu que, nos próximos 20 anos, nos Estados Unidos da América (EUA), o número de pacientes na lista de espera do transplante hepático aumentará em 23%, enquanto os custos do tratamento aumentarão em 83% para manter o potencial doador viável na lista de espera²².

Por fim, é necessário abordar o impacto da pandemia de COVID-19 no aumento da fila de espera do transplante hepático no Paraná. Esse evento agravou um cenário que já era consternador, colaborando para a diminuição progressiva da doação de órgãos e da realização de transplantes, inclusive de fígado³⁵. Além disso, a pandemia colaborou para o aumento das taxas de contraindicações clínicas ao transplante de órgãos, causando a exclusão de potenciais doadores, assim como causou adiamento de transplantes não urgentes e limitou o uso de recursos devido ao redirecionamento para o enfrentamento da pandemia. Também impactou na condução dos pacientes

transplantados, uma vez que a imunossupressão, realizada no pós-operatório, pode prolongar a eliminação viral em pacientes com COVID-19 já infectados, além de prejudicar o seguimento pós-operatório^{8,13}.

Possíveis medidas para reduzir a fila de espera e potencializar o transplante hepático no estado do Paraná

Uma vez exposta a realidade do transplante hepático paranaense e comparada com os panoramas brasileiro e mundial, seguida pela identificação dos fatores influenciadores para o aumento da fila de espera, é necessário construir medidas que possam acelerar a fila do transplante hepático no Paraná. Essas medidas devem ser direcionadas para aumentar o número de transplantes, de forma a desafogar a fila de espera pelo órgão. Além disso, também é necessário colocar em prática medidas que equalizem e aprimorem o gerenciamento de recursos humanos e financeiros entre as regionais de transplante.

A primeira medida a ser abordada, e possivelmente a mais importante, é aumentar o número de doadores de órgãos e, conseqüentemente, o número de transplantes hepáticos. Uma forma de fazer isso é por meio da disseminação de informações à comunidade, abordando aspectos como as etapas do processo de captação de órgãos e o funcionamento e os valores do sistema de transplantes paranaense. Com essa medida, busca-se suprimir o efeito negativo da falta de conhecimento e da discussão entre as famílias nessa problemática, pois isso implica em maior taxa de negativa familiar e conseqüente diminuição no número de doadores^{32,36}.

Também, como já citado, é necessário aprimorar o gerenciamento de recursos e equalizar o desempenho entre as regionais de transplante do Paraná. Algumas intervenções incluem melhorar o acesso a um centro de transplante, assim como aperfeiçoar os sistemas de gerenciamento dos recursos de forma a efetivar um melhor aproveitamento das doações^{16,27}. Além disso, é necessário aumentar o suporte para o diagnóstico de morte encefálica e manutenção e transporte dos órgãos, aumentando a disponibilidade e a efetivação de transplantes.

Outra forma de aprimorar a qualidade da assistência e equalizar o desempenho entre as OPOs é reafirmar a disseminação de conhecimento técnico e a educação continuada entre todas as CIHDOTs do estado. Isso necessariamente envolve a

educação permanente das equipes de transplante, tendo sua importância constatada em um estudo desempenhado nos EUA. Nesse estudo, foram aplicados questionários a 444 profissionais dos programas ativos do país, abordando alguns aspectos do processo de transplante hepático; como resultado, verificou-se que os profissionais com maiores taxas de erros nas respostas atuavam nos serviços onde não havia protocolos estabelecidos⁶.

Por fim, cabe destacar o índice de mortalidade na fila de espera por um transplante hepático de 5% no Paraná no período analisado pela pesquisa, significativamente melhor que a taxa nacional. Esse índice permite uma estimativa de que uma a cada cinco pessoas na fila de espera por um fígado não sobrevivam à espera pelo órgão, demandando, assim, ações que visem melhorar ainda mais os resultados ou, ao menos, a manutenção dos bons indicadores no estado²¹.

CONCLUSÃO

O transplante hepático é o padrão-ouro de tratamento das doenças terminais agudas e crônicas do fígado, assim como em alguns tipos de câncer nesse órgão. Porém, nos últimos anos, é evidenciado um cenário de crescimento progressivo da fila de espera em relação ao número de procedimentos realizados no Paraná. Portanto, é fundamental abordar os fatores influenciadores para esse aumento da fila de espera do transplante hepático, bem como sugerir medidas para atenuar essa problemática.

No decorrer do trabalho, foi verificada a necessidade do aumento na disseminação de informações sobre o transplante de órgãos na comunidade. Além disso, o aprimoramento de conhecimentos técnicos entre as equipes de transplante hepático com enfoque na educação permanente é uma medida fundamental para aumentar as taxas de notificação de morte encefálica e efetivação das doações de fígado. Também foi constatada a necessidade de aperfeiçoar e equalizar o desempenho das quatro OPOs paranaenses no transplante hepático, melhorando o acesso a exames para o diagnóstico de morte encefálica e a logística de manutenção e transporte dos órgãos, tendo como cerne o aprimoramento da gestão em saúde.

Dessa forma, o presente estudo, ao traçar um panorama recente do transplante hepático no Paraná, possibilita a reafirmação de medidas de sucesso aplicadas, além de sugerir possíveis medidas para diminuir os agravos da fila de espera e aumentar o

número de fígados disponíveis. Este estudo tem a desvantagem de usar um desenho narrativo para revisão da literatura; no entanto, serve como fonte de informações para avaliação institucional do sistema paranaense de transplante hepático, bem como fonte de literatura complementar para demais estudos que sejam desenvolvidos e que abordem o tema do transplante hepático no Paraná.

REFERÊNCIAS

1. Amaral B, Vicente M, Pereira MSC, Araújo T, Ribeiro A, Pereira R et al. Abordagem ao período pós-operatório inicial no transplante de fígado: um ponto de vista institucional. *Rev. Bras. Ter. Intensiva*, 2019 [Acesso em 2021 nov 18]; 31(4), 561-570. doi: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20190076>
2. Bittencourt LP, Farias QA, Couto AC. Liver transplantation in Brazil. *Transplant Internacional*, 2016 [Acesso em 2021 nov 18]; 22(9), 1254-58. doi: <https://doi.org/10.1002/lt.24487>
3. Bozkurt B, Dayangac M, Tokat Y. Living Donor Liver Transplantation. *Rev. Cirurgia*, 2017 [Acesso em 2021 nov 18]; 12(3), 217-28. doi: <https://doi.org/10.21614/cirurgia.112.3.217>
4. Broering CD, Sterneck M, Rogiers X. Living donor liver transplantation. *Journal of Hepatology*, 2003 [Acesso em 2021 nov 20]; 38, 119-135. doi: [https://doi.org/10.1016/S0168-8278\(03\)00009-6](https://doi.org/10.1016/S0168-8278(03)00009-6)
5. Costa GFNL, Filho AEJ, Marback FR, Nunes JPA, JESUS MM, Quarantini CL. Mental disorders and quality of life in patients awaiting liver transplantation. *Arq. Gastroenterol*, 2019 [Acesso em 2021 nov 21]; 56(4): 339-43. doi: <https://doi.org/10.1590/S0004-2803.201900000-63>
6. Dias MFF, Almeida SS, ALMEIDA DM. Processo de admissão e inscrição para transplante hepático: gerenciamento de enfermagem por meio de indicadores de qualidade. *Einstein*, 2018 [Acesso em 2021 nov 18]; 16(1), 1-6. doi: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082018AO3975>
7. Eiras CRF, Barbosa PA, Leão RE, Biancolino AC. Utilização de indicador de gravidade como fator preditivo do uso de recursos em transplante hepático. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 2016 [Acesso em 2021 nov 20]; 50(4), 579-86. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000500006>
8. El Kassas M, Alborai M, Balakosy al A, Abdeen N, Afify S, Abdalgaber M et al. Liver transplantation in the era of COVID-19. *Arab Journal of Gastroenterology*, 2020 [Acesso em 2021 nov 18]; 21, 69-75. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajg.2020.04.019>

9. Faro MCA, Santos VL, Vasconcelos LPA, Oliveira GG, Menezes PHF. Doadores vivos no transplante hepático: panorama de publicações nacionais e internacionais. Rev. Enferm. UFPE online, 2015 [Acesso em 2021 nov 20]; 9(3), 7145-54. doi: <https://doi.org/10.5205/reuol.7505-65182-1-RV.0903201517>
10. Gaspar SCM, Ferraz PSJ, Santos SEM, Guide VT, Dantas MMC. Análise epidemiológica comparativa entre transplante hepático de doadores vivos e doadores mortos nos últimos 5 anos no Rio de Janeiro. Rev. De Saúde, 2021 [Acesso em 2021 nov 18]; 12(2), 33-36.
11. Golfieri L, Gitto S, Vukotic R, Andreone P, Marra F, Morelli CM et al. Impact of psychosocial status on liver transplant process. Annals of Hepatology, 2019 [Acesso em 2021 nov 18]; 18, 804-809. doi: <https://doi.org/10.1016/j.aohep.2019.06.011>
12. Harries L, Schrem H, Stahmeyer TJ, Krauth C, Amelung EV. High resource utilization in liver transplantation – how strongly differ costs between the care sectors and what are the main cost drivers?: a retrospective study. Transplant International, 2017 [Acesso em 2021 nov 20]; 30, 621-37. doi: <https://doi.org/10.1111/tri.12950>
13. Imam S, Abukhalaf AS, Merhav H, Abu-Gazala S, Cohen-Arazi O, Pikarsky JA et al. Prognosis and Treatment of Liver Transplant Recipients in the COVID-19 Era: A Literature Review. Annals of Transplantation, 2020 [Acesso em 2021 nov 21]; 25, e926196. doi: <https://doi.org/10.12659/AOT.926196>
14. Jadowiec CC, Taner T. Liver transplantation: current status and challenges. World Journal of Gastroenterology, 2016 [Acesso em 2021 nov 18]; 22(18), 4430-45. doi: <https://doi.org/10.3748/wjg.v22.i18.4438>
15. Jaffe A, Schilsky LM, Deshpande R, Batra R. Liver transplantation in the Times of COVID-19: Barriers and Ethical Considerations for Management and Next Steps. Hepatology communications, 2020 [Acesso em 2021 nov 18]; 4(9), 1242-56. doi: <https://doi.org/10.1002/hep4.1568>
16. Junior MFR., Salvalaggio P, Rezende BM, Evangelista SA, Guardia DB, Matiolo LEC et al. Liver transplantation: history, outcomes and perspectives. Einstein, 2015 [Acesso em 2021 nov 18];13(1):149-152. doi: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082015RW3164>
17. Lapisatepun W, Agopian GV, Xia WV, Lapisatepun W. Impact of the Share 35 Policy on Perioperative Management and Mortality in Liver Transplantation Recipients. Ann. Transplant. 2021 [Acesso em 2022 fev 19]; 26: e932895. doi: <https://doi.org/10.12659/AOT.932895>
18. Lazarini FL, Ohler L, Schirmer J, Roza AB. Validação do modelo americano de avaliação da qualidade e melhoria do desempenho ao transplante brasileiro. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2020 [Acesso em 2021 nov 21]; 28:e3252. Doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3249.3252>

19. McCaughan WG, Munn RS. Liver transplantation in Australia and New Zealand. *Transplant Internacional*, 2016 [Acesso em 2022 fev 19]; 22(6), 830-38. doi: <https://doi.org/10.1002/lt.24446>
20. Mendes CSL. et al. Impacto da pandemia do coronavírus no transplante hepático brasileiro. *Brasilia Med*, 2021 [Acesso em 2022 nov 30]; v 58, p. 1-5. doi: <https://doi.org/10.5935/2236-5117.2021v52a06>
21. Nogueira RI, Coelho UCJ, Domingos FM, Parolin BM, Matias FEJ, Freitas TCA et al. Good quality of life after more than a decade of living donor liver transplantation. *Arq. Gastroenterol.*, 2021 [Acesso em 2021 nov 18]; 58(1), 10-16. doi: <https://doi.org/10.1590/S0004-2803.202100000-04>
22. Paglione HB, Oliveira CP, Mucci S, Roza AB, Schirmer J. Quality of life, religiosity, and anxiety and depressive symptoms in liver transplantation candidates. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 2019 [Acesso em 2021 nov 18];53:e03459. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018010203459>
23. Rodriguez S, Motta F, Neto BG, Brandão A. Evaluation and selection of candidates for liver transplantation: an economic perspective. *Arq. Gastroenterol*, 2019 [Acesso em 2021 nov 21]; 57(1), 31-38. doi: <https://doi.org/10.1590/S0004-2803.202000000-07>
24. Registro Brasileiro de Transplantes. Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado, 2017. [Internet], 2017. [citado em 2022 nov 30]. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2017/rbt-imprensa-leitura-compressed.pdf>
25. Registro Brasileiro de Transplantes. Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado, 2018. [Internet], 2018. [citado em 2022 nov 30]. Disponível em: http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2018/Lv_RBT-2018.pdf
26. Registro Brasileiro de Transplantes. Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado, 2019. [Internet], 2019. [citado em 2022 nov 30]. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2019/RBT-2019-leitura.pdf>
27. Santos O, Muñoz O, Marin IJ, Restrepo CJ. Comparison of to periods in liver transplantation at Colombian medical center. *Rev. Colomb. Gastroenterol.*, 2019 [Acesso em 2021 nov 18]; 34(2), 117-24. doi: <https://doi.org/10.22516/25007440.391>
28. Schilsky LM, Moini M. Advances in liver transplantation allocation systems. *World Journal of Gastroenterology*, 2016 [Acesso em 2022 fev 19]; 22(10), 2922-30. doi: <https://doi.org/10.3748/wjg.v22.i10.2922>
29. Serper M, Bittermann T, Rossi M, Goldberg SD, Thomasson MA, Olthoff KM et al. Functional status, healthcare utilization, and the costs of liver transplantation. *Am. J Transplant*, 2019 [Acesso em 2022 fev 19]; 19, 1187-96. doi: <https://doi.org/10.1111/ajt.14576>

30. Sharma P, Goodrich PN, Schaubel ED, Smith RA, Merion MR. National Assessment of Early Hospitalization after Liver Transplantation: Risk Factors and Association with Patient Survival. *Liver Transpl.*, 2017 [Acesso em 2021 nov 21]; 23(9), 1143-52. doi: <https://doi.org/10.1002/lt.24813>
31. Silveira F. et al. Análise da mortalidade na lista de espera de fígado no Paraná, Brasil. O que devemos fazer para enfrentar a escassez de órgãos? *ABCD Arq Bras Cir Dig*, 2012 [Acesso em 2022 nov 30]; 25 (2), 110-113. <https://www.scielo.br/j/abcd/a/PR8RH7ScKgcPM5SsKv4dXQk/?format=pdf&lang=pt>
32. Sistema Estadual de Transplantes do Paraná. Lista de Espera para Transplantes de Órgãos e Tecidos – Julho de 2021. [Internet], 2021. [citado em 2022 fev 10]. Disponível em: http://www.paranatransplantes.pr.gov.br/sites/transplantes/arquivos_restritos/files/documento/2022-01/comparativo_dezembro_2021.pdf
33. Sistema Estadual de Transplantes do Paraná. Comparativo dos dados de Doação e Transplantes de Órgãos e Tecidos – Dezembro – 2011-2020. [Internet], 2020. [citado em 2022 fev 10]. Disponível em: http://www.paranatransplantes.pr.gov.br/sites/transplantes/arquivos_restritos/files/documento/2021-05/dados_de_doacoes_e_transplantes_2020.pdf
34. Sistema Estadual de Transplantes do Paraná. Comparativo dos Dados de Doação e Transplante de Órgãos e Tecidos – Julho – 2011-2021. [Internet], 2021. [citado em 2022 fev 10]. Disponível em: http://www.paranatransplantes.pr.gov.br/sites/transplantes/arquivos_restritos/files/documento/2022-01/comparativo_dezembro_2021.pdf
35. Troncoso TA, Briceño E, Cancino MA, Dellepiane MP, Soriano BH, Gana AJ. et al. Unusual indications for liver transplantation. *Results. Rev. Cir.*, 2020 [Acesso em 2021 nov 18]; 72(6), 516-522. doi: <https://doi.org/10.35687/s2452-45492020006686>
36. Uribe MM, González GG, Paravic RN. Liver transplantation in Chile: past, present and future. *Rev. Cir.*, 2020 [Acesso em 2021 nov 21]; 72(5)482-91. doi: <https://doi.org/10.35687/s2452-45492020005821>

RECEBIDO: 07/09/2022
ACEITO: 06/03/2023