

RSPP

Revista de Saúde Pública do Paraná

VOLUME 6. Nº 2. JUNHO 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.2 (abr./jun. 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: Google Scholar

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)
Biblioteca virtual em saúde
Informação e Conhecimento para a Saúde

DIADORIM
Diretório de políticas editoriais das revistas científicas brasileiras

MIGULIM
DIRETÓRIO DAS REVISTAS CIENTÍFICAS ELETRONICAS BRASILEIRAS

REDIB | Red Iberoamericana de Innovación y Conocimiento Científico

sumários.org
Sumários de Revistas Brasileiras

LivRe
Períodos de livre acesso

DOAJ
DIRECTORY OF OPEN ACCESS JOURNALS

MIAR Oasisbr
Portal Brasileiro de Publicações e Dados Científicos em Acesso Aberto

ABEC BRASIL
Associação Brasileira de Editores Científicos

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.2, junho de 2023

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

1. Adrian Thaís C. Santos Gomes da Silva. <https://orcid.org/0000-0002-5394-6110>
2. Aline Daniela da Cruz e Silva. <https://orcid.org/0000-0003-1159-5196>
3. Alisson Junior dos Santos. <https://orcid.org/0000-0002-1945-3099>
4. Andressa Larissa Dias Müller de Souza. <https://orcid.org/0000-0001-8582-5615>
5. Camila Malherbi Bortoluzzi. <https://orcid.org/0000-0003-1784-2573>
6. Cassio Adriano Zatti. <https://orcid.org/0000-0002-0386-2293>
7. Cassio Hartmann. <https://orcid.org/0000-0003-0181-1430>
8. Djonathan Adamante. <https://orcid.org/0000-0002-1047-1047>
9. Evandro Freire Tirapelle. <https://orcid.org/0000-0001-8994-1058>
10. Fabio André Miranda de Oliveira. <https://orcid.org/0000-0002-4290-7247>
11. Flávio Délio Versali. <https://orcid.org/0000-0002-1491-831x>
12. Giovana Antoniele da Silva. <https://orcid.org/0000-0001-6774-7721>
13. Graciele de Matia. <https://orcid.org/0000-0002-6538-4346>
14. Jessica Oliveira de Lima. <https://orcid.org/0000-0003-1264-2193>
15. Maria Braulia de Souza Porto Fares. <https://orcid.org/0000-0003-3460-8930>
16. Neusa Maria dos Santos. <http://lattes.cnpq.br/2251850445004097>
17. Rejane Cristina Teixeira Tabuti. <https://orcid.org/0000-0002-0003-1793>
18. Renata Szpak. <https://orcid.org/0000-0002-2116-0463>
19. Sacha Testoni Lange. <https://orcid.org/0000-0001-5232-9201>
20. Tainá das Mercês Oliveira. <https://orcid.org/0000-0002-9285-9546>
21. Tânia Uchida. <https://orcid.org/0000-0001-8170-1092>
22. Victor Hugo de Paula Flauzino. <https://orcid.org/0000-0001-5156-0030>
23. Viviane Michele do Amaral. <http://orcid.org/0000-0002-0497-1272>

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

Aspectos epidemiológicos dos casos de leptospirose notificados em um município do interior da Amazônia Ocidental

Epidemiological aspects of leptospirosis cases reported in a rural municipality in the Western Amazon

Wuelison Lelis de Oliveira¹, Bianca Gabriela da Rocha Ernandes²,
Cássia Lopes de Sousa³, Sara Dantas⁴, Jéssica Reco Cruz⁵

1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8596-4586>. Enfermeiro. Universidade Federal de Rondônia – UNIR, Porto Velho, RO, Brasil.
E-mail: wuelisonlelis@gmail.com

2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2488-494X>. Enfermeira. Faculdade de Educação e Cultura de Vilhena – UNESC, Vilhena, RO, Brasil.
E-mail: bianca.ernandes@outlook.com

3. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4511-6205>. Enfermeira. Faculdade de Educação e Cultura de Vilhena – UNESC, Vilhena, RO, Brasil.
E-mail: cassialopesdesousa@gmail.com

4. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6711-5070>. Enfermeira. Secretária do Estado da Saúde – SESAU, Porto Velho, RO, Brasil.
E-mail: saradantas.v@gmail.com

5. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3123-5112>. Enfermeira. Mestranda em Saúde da Família. Instituto Leônidas & Maria Deane – Fiocruz Amazônia, Cacoal, RO, Brasil.
E-mail: jessica_ge18@hotmail.com

CONTATO: Wuelison Lelis de Oliveira | Endereço: Rua Ciro Monteiro, nº 7508, Bairro Tancredo Neves, Porto Velho - RO. | Telefone: (69)99358-3352 | E-mail: wuelisonlelis@gmail.com

RESUMO

A leptospirose é uma doença aguda, considerada endêmica em parte do mundo, principalmente nos países de clima tropical, sendo transmitida através do contato com a urina de animais infectados, lama, solo ou água contaminados com a bactéria *Leptospira Interrogans*. O estudo objetiva-se em descrever o perfil epidemiológico dos casos notificados de leptospirose em

Cacoal-RO no período de 2015 a 2019, registrados no banco de dados do Sistema de Informação de Agravos e Notificação. Foram notificados 12 casos da doença no período avaliado, destes, 83,33% (10) no sexo masculino, 50% (6) dos indivíduos com faixa etária entre 20-59 anos, 58,33% (7) eram pardos, 33,33% (4) não haviam completado a 5ª a 8ª série e 66,66% (8) residiam na zona rural. A autocorrelação entre os cinco anos desta pesquisa aponta que o perfil epidemiológico da leptospirose apresentou considerável declínio, apesar de 2018 evidenciar ligeiro aumento no número de notificações.

DESCRITORES: Epidemiologia. Leptospirose. Vigilância em Saúde Pública.

ABSTRACT

Leptospirosis is an acute disease, considered endemic in part of the world, especially in tropical countries, being transmitted through contact with the urine of infected animals, mud, soil or water contaminated with *Leptospira Interrogans* bacteria. The study aims to describe the epidemiological profile of the reported cases of leptospirosis in Cacoal-RO in the period from 2015 to 2019, recorded in the database of the Sistema de Informação de Agravos e Notificação. Twelve cases of the disease were notified in the evaluated period, of these, 83.33% (10) were male, 50% (6) of the individuals with age range between 20-59 years, 58.33% (7) were brown, 33.33% (4) had not completed the 5th to 8th grade and 66.66% (8) resided in the rural area. The autocorrelation between the five years of this research points out that the epidemiological profile of leptospirosis showed a considerable decline, despite 2018 showing a slight increase in the number of notifications.

DESCRIPTORS: Epidemiology. Leptospirosis. Public Health Surveillance.



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 leptospirose está associada a áreas consideradas precárias em condições sanitárias, culminando majoritariamente as áreas periféricas da zona urbana. A fase inicial da doença é caracterizada por febre, cefaleia, mialgia, anorexia, náuseas e episódios recorrentes de êmese, os sintomas são semelhantes a outras doenças febris agudas^{1,2}.

A leptospirose tem distribuição mundial, porém predomina em países tropicais e subtropicais, o meio de transmissão se dá através de forma direta pelo contato de o animal infectado, ou indireta pelos alimentos, água e solo contaminado. No Brasil, país de clima tropical e com periodicidade de grande volume de chuva, a leptospirose adquire caráter endêmico principalmente em grandes centros urbanos com pouca ou nenhuma infraestrutura³.

Os casos notificados da doença são de responsabilidade do Sistema de Informação e Agravos de Notificação (SINAN), onde são registrados anualmente uma média de 13 mil casos, sendo 3.500 confirmados, com letalidade média de 10,8%³.

O diagnóstico da doença é inicialmente clínico, posteriormente confirmado através de exames laboratoriais, tais como o teste de aglutinação microscópica com absorção cruzada (*Cross-Aglutinin Absorption Test – CAAT*), outro método utilizado é o teste de Microaglutinação (*Microscopic Agglutination Test – MAT*). A identificação sorológica é importante para a epidemiologia, visto que apresentam ligações com o hospedeiro, foco de infecção e distribuição geográfica⁴.

A conduta terapêutica para leptospirose é antibioticoterapia independente do período da doença, se dividindo em fase precoce e tardia, as drogas mais utilizadas no tratamento da antropozoonose são: amoxicilina, doxiciclina, penicilina G Cristalina, ampicilina, ceftriaxona, cefotaxima e azitromicina. É de grande importância que a terapia seja indicada precocemente juntamente com orientações para o paciente¹.

Esta pesquisa torna-se relevante devido os números consideráveis de casos predominantes na região de estudo. Deste modo, o propósito deste artigo foi descrever o perfil epidemiológico dos casos notificados de leptospirose em Cacoal, no estado de Rondônia, no período de 2015 a 2019, registrados no banco de dados do Sistema de Informação de Agravos e Notificação – SINAN, evidenciando a importância das notificações periódicas, visando a manutenção, o controle e agravos da doença no município.

MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada em Cacoal, município do interior do estado de Rondônia, o qual possui 85.359 habitantes (IBGE, 2020)⁵ e área total de área de 3.793,000km², cuja densidade populacional é de 20.72 hab/km².

Utilizou-se como instrumento de coleta de dados secundários um questionário semiestruturado contendo 5 variáveis extraídas da ficha de notificação do Sistema de Informação de Agravos e Notificação – SINAN, disponíveis no TABNET, banco de informações do Ministério da Saúde.

Foram adotadas pelos autores como critérios para levantamento das variáveis do estudo, a identificação de todas as fichas notificadas entre os anos de 2015 a 2019, agrupadas em tabelas no formato CSV – Excel 2013, para tanto, foram incluindo identificação do perfil quanto a faixa etária dos indivíduos, gênero, cor, escolaridade e zona de residência.

Posteriormente à coleta, o processamento e análise dos dados foi através do programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* v. 18.0; as tabelas e gráficos foram elaboradas a partir do *Microsoft Excel 2010*. Para o presente estudo, não houve necessidade de submissão para apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) por se tratar de um estudo com base de dados secundários, logo não houve necessidade de identificação ou exposição da população amostral, respeitando as diretrizes vigentes da Resolução 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

RESULTADOS

Os roedores são responsáveis pela transmissão de inúmeras doenças, dentre elas a leptospirose, esta doença é considerada um problema de saúde pública em todo o mundo, porém tem seus números alarmantes em regiões subdesenvolvidas, onde o saneamento básico e a moradia estão em condições precárias, em principal parte a população de zona rural, visto que nestes locais tem maior número de roedores e menores condições de saneamento⁵.

Com já foi apresentado as determinantes e condicionantes de saúde influenciam nas condições de vida do indivíduo, considerando a precariedade da

moradia e saneamento básico em algumas regiões do município de Cacoal, entende-se parte do aumento desta doença na região⁵.

Os resultados encontrados no decorrer deste estudo ocorreram no município de Cacoal, na macrorregião denominada região do café, no interior do estado de Rondônia. O interesse na pesquisa surgiu pela região anteriormente descrita ser considerada endêmica pelo volume de chuva durante o ano e os recorrentes episódios de alagamento nas casas proximais dos Rios Machado e Pírarara que cortam o município. Dos dados extraídos pelo SINAN no período que compreende os anos de 2015 a 2019, a amostra de notificações no município de Cacoal foi num total de 12 casos, sendo a população total estimada de 85.359 habitantes segundo IBGE (2019)⁵.

Em relação à distribuição da doença, segundo a zona de residência há maior prevalência de casos notificados na zona rural, sendo registrados 8 (66,66%) e zona urbana 4 (33,33%), observou-se maior incidência no sexo masculino, no registro de 10 (83,33%) casos, no sexo feminino corresponderam a 2 (16,66%). A faixa etária mais acometida pela doença foi de 20-59 anos, sendo 6 (50%) notificações, seguido de 0-9 anos 3 (25%), 10-19 anos 2 (16,66%) e 60 anos acima 1 (8,33%).

A raça mais afetada pela antropozoonose é predominantemente parda, 7 (58,33%), sucessivamente, brancos 5 (41,66%), pretos, indígenas e amarelos não tiveram nenhum caso registrado. A evolução dos casos em sua maioria foi para cura, em 11 dos 12 registros (91,66%) sendo 1 (8,33%) óbito contabilizado. Identifica-se que o nível de escolaridade com a maior prevalência de casos são os que correspondem às pessoas com 5ª a 8ª série incompleta, num total de 4 (33,33%) casos, seguido de 1ª a 4ª série incompleta 3 (25%), ensino médio completo, ensino médio incompleto 2 (16,66%), respectivamente e ensino superior incompleto refere-se a 1 (8,33%) registro, conforme Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização dos casos notificados de leptospirose no município de Cacoal – RO, entre os anos de 2015 e 2019

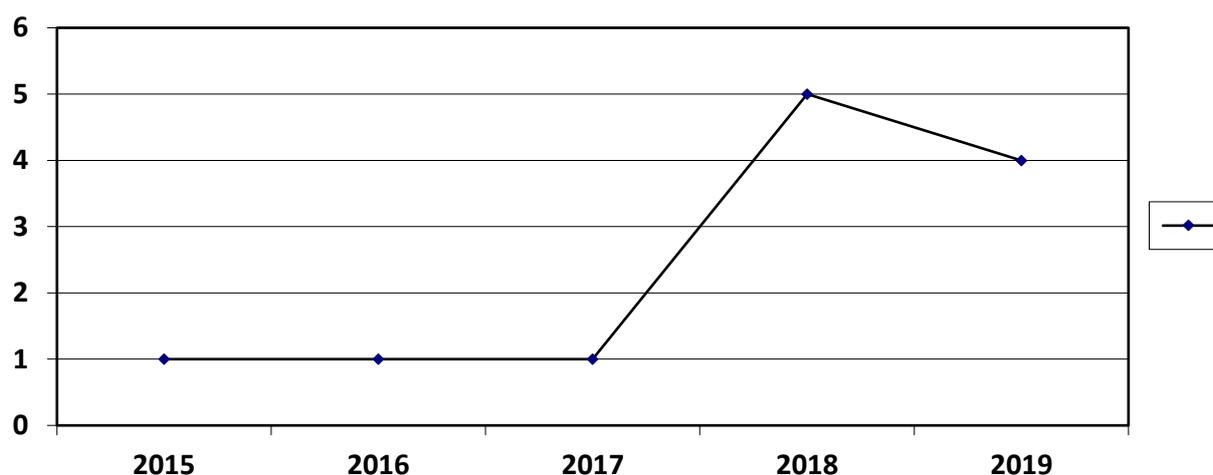
DADOS		Nº	%
Sexo	Masculino	10	83,33
	Feminino	2	16,66
Faixa etária em anos	0-9	3	25
	10-19	2	16,66
	20-59	6	50
	60 anos acima	1	8,33

Raça	Amarela	-	0
	Branca	5	41,66
	Indígena	-	0
	Parda	7	58,33
	Preta	-	0
Escolaridade	Ignorado/analfabeto	-	0
	1ª à 4ª série.	3	25
	5ª à 8ª série inc.	4	33,33
	Ensino Fundamental completo.	-	0
	Ensino Médio Completo	2	16,66
	Ensino Médio inc.	2	16,66
	Ensino Superior	1	8,33
Zona de Residência	Urbana	4	33,33
	Rural	8	66,66
TOTAL		12	100%

Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

O município de Cacoal dentre as 12 notificações realizadas durante os anos de 2015 a 2019, apresentou maior incidência de números de casos no ano de 2018, correspondendo a 5 (41,66%) registros, seguido de 2019 com 4 casos (33,33%), nos anos de 2015, 2016 e 2017 registraram 1 caso em cada respectivo ano, cada registro correspondendo a 8,33% respectivamente, conforme mostra o Gráfico 1.

Gráfico 1. Casos de leptospirose notificados entre 2015-2019 no município de Cacoal - RO.

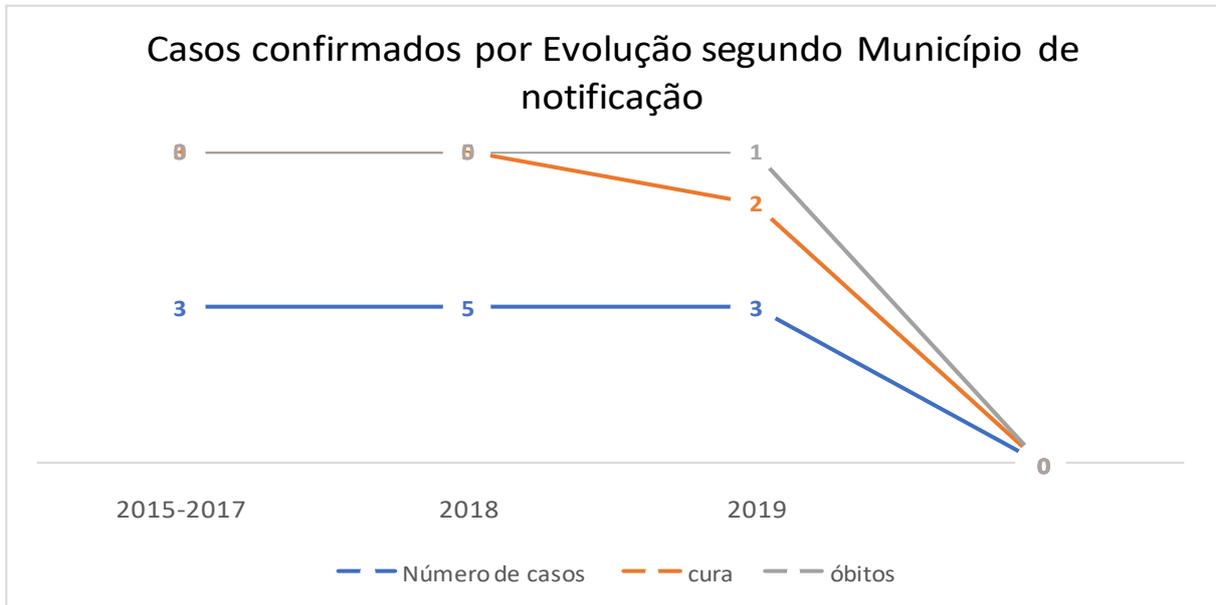


Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

Em relação ao número de óbitos e cura no município de Cacoal, constatou através das informações do Sistema de Informação de Agravos e Notificação –

SINAN, que 11 (91,66 %) da população evoluiu para cura da doença, e 1 (8,33%) para óbito.

Gráfico 2. Casos confirmados por Evolução segundo Município de notificação.



Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

DISCUSSÃO

O presente estudo evidenciou um crescimento nos números de casos de leptospirose, em virtude de a região ser considerada propícia para disseminação da doença, em razão da sua localização geográfica com clima predominante tropical úmido, com grandes volumes de chuva. Diversos fatores ambientais, sociais e econômicos podem estar associados ao aumento no número de casos, tais como as condições de moradia, renda, escolaridade e acesso a saneamento básico. É importante ressaltar a necessidade de integrar políticas públicas que se façam eficazes no controle e prevenção da doença, visto que a erradicação do vetor é considerada inviável devido a sua rápida proliferação e adaptação a novos ambientes^{6,7}.

Ao analisar os resultados percebe-se que a prevalência da leptospirose na zona rural é maior, alguns estudos apontam que isto pode acontecer devido o indivíduo estar mais exposto aos riscos de contrair a doença, na exposição de ambiente, solo, alimentos e animais contaminados^{8,9}.

Quanto à distribuição geográfica da doença no Brasil, observa-se que a concentração da população em aglomerados urbanos não corrobora numa situação de risco a esta enfermidade, mas sim o processo de urbanização de tais centros. Os contrastes sociais presentes nas grandes cidades forçam a habitação em áreas irregulares, muitas vezes sujeitas a enchentes, problemas de saneamento e coleta de lixo. Tais fatores constituem elevado risco à doença, pois a proliferação de roedores nestas áreas é favorecida⁹.

A vulnerabilidade social do homem do campo é tema de diversos estudos, que apontam a precariedade que comunidades rurais vivem no país. Tal condição reflete em sua saúde, deixando esse público mais exposto as doenças infectocontagiosas¹⁰.

Dentro desse contexto, contrastando com o cenário típico da doença, comumente encontrada na área urbana dos grandes centros, o estudo aponta a caracterização da leptospirose na zona rural do município de Cacoal, diante desse comportamento podemos sugerir que o descarte inapropriado do lixo urbano em aterros localizados na região rural propicia a proliferação do vetor e a disseminação da doença, evidenciando ainda um problema ambiental¹⁰.

Outro fator que está intimamente ligado a ocorrência da leptospirose é o período chuvoso, conhecido como inverno Amazônico na região deste estudo. O aumento do volume das águas nas regiões urbanas e rurais propiciam o contato de pessoas com águas contaminadas com a bactéria *Leptospira*^{9,10}, fato este, que pode explicar o aumento significativo da doença em Cacoal no período de 2018.

O sexo masculino por sua vez tem maior risco de contaminação, já que o meio de transmissão é associado na maioria das vezes com o local de trabalho e de mão de obra masculina, que muitas das vezes evita a adoção do uso de EPis, como o uso de roupas de proteção, luvas, botas de borrachas e óculos, expondo-o a contaminação e maior risco de adoecimento⁹. Embora o sexo masculino tenha maior incidência, a doença acomete ambos os sexos, como aponta os dados obtidos neste estudo.

Em relação a distribuição da doença no fator escolaridade chama a atenção, pois a predominância de desenvolver a doença é em indivíduos com ensino fundamental incompleto, isso pode ocorrer devido a falta de informação desse indivíduo, tendo em vista que a educação leva informações importantes para as famílias.

Em relação ao índice de mortalidade da doença vigente ao período do estudo é considerado baixo, tendo registro de uma morte devido as complicações da doença. No entanto, a leptospirose é grave e tem emergido com grande risco de hemorragia pulmonar e insuficiência renal aguda nos países em desenvolvimento¹¹.

A morte ocorre em 10% dos pacientes e até 70% podem desenvolver formas hemorrágicas da doença. Um estudo realizado pela Fiocruz da Bahia aponta ainda que é provável que os números de óbitos pela doença estejam subestimados, uma vez que os pacientes com leptospirose são frequentemente diagnosticados erroneamente, pois os sintomas podem ser confundidos com malária, dengue ou outras doenças. Eles alertam para o fato de a doença não possuir um teste de diagnóstico adequado¹¹.

CONCLUSÃO

A autocorrelação entre os cinco anos desta pesquisa aponta que o perfil epidemiológico da leptospirose apresentou considerável declínio, apesar de 2018 evidenciar ligeiro aumento no número de notificações, considerando o aumento do período chuvoso na região analisada. O estudo constatou que a antropozoonose tem predominado na população de zona rural, do gênero masculino e com menor grau de instrução.

Nesta perspectiva, é notável a necessidade de implementação de políticas públicas voltadas para a educação em saúde, bem como a necessidade de mapeamento das áreas mais vulneráveis a inundações, traçando planos previamente através de parceria entre a Secretária Municipal de Saúde junto da defesa civil, realizando o manejo ambiental e o controle de roedores.

É inegável que a implantação de um sistema de saneamento básico de maneira efetiva, que compreendesse todo perímetro urbano representaria um elo entre a saúde-pública e o meio ambiente. Para tal fim, necessitam estimular a criação de um plano capaz de integrar respostas em cenários de desastres naturais, vinculado aos seguintes órgãos competentes, tais como a vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária, com o propósito de monitorar o perfil da doença, evitando a ocorrência e prevenindo surtos.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Leptospirose: diagnóstico e manejo clínico/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. [citado 2021 julho 15]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/leptospirose-diagnostico-manejo-clinico2.pdf>
2. Paploski, IAD. História natural da leptospirose urbana: influência do sexo e da idade no risco de infecção, progressão clínica da doença e óbito. 2013. 80 f. Dissertação (Mestrado em Biotecnologia em Saúde e Medicina Investigativa) - Fundação Oswaldo Cruz. Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz, Salvador, 2013. [citado 2021 julho 15]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/7175/1/Igor%20Paploski%20Historia%20Onatural...2013.pdf>
3. Cardoso, GA. Perfil epidemiológico dos casos de leptospirose atendidos no centro de medicina tropical de Rondônia no período de 2009 a 2014. 2015. 65f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde) - Programa de Pós- Graduação em Ensino em Ciências da Saúde (MPECS), Fundação Universidade Federal de Rondônia (UNIR), Porto Velho, 2015. [citado 2021 julho 15]. Disponível em: <https://www.ri.unir.br/jspui/handle/123456789/2568>
4. Ghizzo Filho J, Freitas P, Nazário N, Pinto G, Nunes R, Schindwein A. Análise temporal da relação entre leptospirose, níveis pluviométricos e sazonalidade, na região da grande Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2005-2015. Arq. Catarin. Med. [Internet]. 2018 Out 1; [citado em 2021 Jul 14]; 47(3): 116-132. Disponível em: <https://revista.acm.org.br/index.php/arquivos/article/view/457>
5. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico: resultados preliminares - Cacoal. Rondônia, 2020. [citado 2020 julho 2]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ro/cacoal/panorama>
6. Lima RJS, Abreu EMN, Ramos FLP, Santos RD, Santos DD, Santos FAA, et al. Análise da distribuição espaço-temporal da leptospirose humana em Belém, Estado do Pará, Brasil. Rev Pan-Amaz Saude. 2012 Jun; 3(2): 33-40. doi: <http://dx.doi.org/10.5123/S2176-62232012000200005>
7. Santos S, Muniz CKD, Ferreira DB, Rosa NB, Queiroz MLN, Ferreira AS, Carniel F, Gomes FTA, Vallejo NM. Perfil do diagnóstico de casos notificados de leptospirose em um município da Amazônia legal. South. Am. J. Bas. Edu. Tec. Technol [Internet]. 2019 agosto [citado 2021 julho 15];6(1). Disponível em: <https://periodicos.ufac.br/index.php/SAJEBTT/article/view/2250>
8. SINAN, Sistema de Informação de Agravos e Notificação. [citado em 2020 julho 2]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinannet/cnv/leptoRO.def>

9. Rocha MF. Perfil epidemiológico da leptospirose em Santa Catarina: uma análise descritiva dos últimos cinco anos. Rev. Ciên. Vet. Saúde Públ. 2019 agosto; 6(2):342-58. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/revcivet.v6i2.48155>
10. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. 1. ed.; 1. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. [citado 2021 julho 15]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf
11. Paula, EV. Leptospirose Humana: uma análise climato-geográfica de sua manifestação no Brasil, Paraná e Curitiba. [internet] Anais XII Simpósio Brasileiro de Sensoriamento Remoto; 2005; Goiânia. [citado 2021 julho 15]. Disponível em: <http://marte.sid.inpe.br/col/ltid.inpe.br/sbsr/2004/11.20.16.52/doc/2301.pdf>
12. Costa F, Hagan JE, Calcagno J, Kane M, Torgerson P, Martinez-Silveira MS, et al. Global morbidity and mortality of leptospirosis: a systematic review. PLOS neglected tropical diseases. 2015 setembro, 9(9). doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0003898>
13. VASCONCELOS, AGB. O papel dos roedores na transmissão de doenças e sua epidemiologia no Distrito Federal. Monografia (Graduação) – Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2018. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/235/11707>

RECEBIDO: 17/05/2022
ACEITO: 19/04/2023

Contexto escolar de maior vulnerabilidade, vitimização e ameaça por armas e tabagismo em adolescentes

School context of greater vulnerability, victimization, and threat by weapons and smoking in adolescents

Natalyne Clemente de Almeida Lima¹, Jessica Queiroz Pereira da Silva², Iraneide Nascimento dos Santos³, Valdenice Aparecida Menezes⁴, Viviane Colares Soares de Andrade Amorim⁵, Fabiana de Godoy Bené Bezerra⁶, Carolina da Franca Bandeira Ferreira Santos⁷

1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2874-8964> Enfermeira. Mestre em Hebiatria. Universidade de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil.
E-mail: natalynealmeida@hotmail.com
2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6242-9385> Enfermeira. Mestre em Hebiatria. Universidade de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil.
E-mail: enf.jessicaqueiroz@hotmail.com
3. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8449-7840> Enfermeira. Doutoranda em Hebiatria. Universidade de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil.
E-mail: iraneide.nascimento@upe.br
4. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4183-3239> Cirurgiã-dentista. Docente do programa de Pós-graduação em Hebiatria. Universidade de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil.
E-mail: valdmenezes@hotmail.com
5. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2912-2100> Cirurgiã-dentista. Docente do programa de Pós-graduação em Hebiatria. Universidade de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil.
E-mail: viviane.colares@upe.br
6. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1946-9605> Cirurgiã-dentista. Docente do programa de Pós-graduação em Hebiatria. Universidade de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil.
E-mail: fabianagodoy10@gmail.com
7. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7365-2806> Cirurgiã-dentista. Docente do programa de Pós-graduação em Hebiatria. Universidade de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil.
E-mail: carolina.franca@upe.br

CONTATO: Iraneide Nascimento dos Santos | Endereço: Avenida Armindo Moura, 581, Boa Viagem, Recife, Pernambuco, Brasil | Telefone: (81)98638-4336 | E-mail: iraneide.nascimento@upe.br

RESUMO

Objetivou-se investigar se o contexto escolar de maior vulnerabilidade social e vitimização por bullying, cyberbullying e ameaça por armas está associado ao tabagismo em adolescentes. Trata-se de estudo transversal composto por 2.456 adolescentes das escolas estaduais de Olinda, Brasil. A coleta ocorreu entre fevereiro e junho de 2018, utilizando o questionário Youth Risk Behavior Survey. O desfecho foi o tabagismo e a análise logística multinível considerou o índice de vulnerabilidade social do bairro e o percentual de vitimização por bullying e cyberbullying de cada escola, além de ameaça por armas e tempo na escola. O perfil socioeconômico e o consumo de álcool foram analisados no nível individual. A amostra foi de maioria feminina, entre 14 e 16 anos, e relatou não receber Bolsa Família. O contexto escolar de vitimização localizado em bairros socialmente mais vulneráveis apresentou maiores chances de tabagismo. No nível individual, adolescentes mais velhos e que bebiam em binge apresentaram chances mais elevadas de tabagismo.

DESCRITORES: Instituições Acadêmicas. Índice de Vulnerabilidade Social. Bullying. Tabagismo. Adolescente.

ABSTRACT

This study aimed to investigate whether the school context of greater social vulnerability and victimization by bullying, cyberbullying, and threat by weapons is associated with smoking in adolescents. A cross-sectional study comprising 2,456 adolescents from state schools in Olinda, Brazil, was carried out. Data were collected between February and June 2018 using the Youth Risk Behavior Survey. The outcome was smoking, and the multilevel logistic analysis considered the social vulnerability index of the neighborhood and the percentage of victimization by bullying, cyberbullying of each school, and threats by weapons and time at school. Socioeconomic profile and alcohol consumption were analyzed at the individual level. The sample was primarily female, between 14 and 16 years old, and reported not receiving a family allowance. The school context of victimization and located in more socially vulnerable neighborhoods presented greater chances of smoking. At the individual level, older adolescents and those who binge drank had higher odds of smoking.

DESCRIPTORS: Schools. Social Vulnerability Index. Bullying. Tobacco Use Disorder. Adolescent.



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 tabagismo é considerado uma epidemia e ameaça a saúde pública, sendo responsável por cerca de 7 milhões de mortes ao ano. Entre os jovens, a prevalência de tabagismo permanece estável, em torno de 5%¹. Porém, os adolescentes que vivem em condições socialmente desfavoráveis apresentam maior chance de adquirir o hábito de fumar, devido a características individuais ou por influência do contexto social desfavorável^{2,3}. Este contribui para o tabagismo porque pode funcionar como uma estratégia para lidar com situações estressantes associadas à baixa renda³. Um estudo longitudinal demonstrou que indivíduos que se mudaram para bairros mais desfavoráveis economicamente aumentaram as chances de se tornar tabagistas⁴.

O *bullying* se caracteriza por comportamentos agressivos, diretos ou indiretos, resultando em exclusão e isolamento social de um determinado grupo de modo intencional, e pode ser verbal, físico e material, psicológico e moral, sexual e virtual⁵. De forma direta, ocorre por meio de agressão física e, indiretamente, através de agressão verbal, intimidação ou ameaça. A prevalência de vitimização por *bullying* em uma escola na região Nordeste do Brasil apresenta um valor expressivo e preocupante (29,8%)⁶. Esse tipo de vitimização também pode levar o adolescente a adotar a estratégia de coping para alívio da angústia e da ansiedade⁷⁻⁹. Nesse sentido, uma pesquisa observou que adolescentes vítimas de *bullying* ou *cyberbullying* estavam mais propensos ao uso de substâncias, fator que pode ser explicado pelo mesmo mecanismo que o tabagismo⁷.

Frente ao exposto, apesar de existirem estudos sobre o *bullying*, o *cyberbullying* e os fatores associados em adolescentes, pouco se conhece sobre a relação entre o contexto escolar desfavorável e o tabagismo nesses comportamentos. Quando ocorre em ambiente escolar, o *bullying* é visto como um fator significativo de interferências para comportamentos negativos, a exemplo do tabagismo, pois rompe referências pessoais e institucionais e leva os indivíduos a desacreditarem o papel da escola como local de aprendizagem e segurança¹⁰. Outro aspecto importante é analisar os bairros onde se localizam as escolas enquanto contextos potencialmente relevantes por possuírem atributos físicos e sociais que poderiam afetar a saúde dos indivíduos³. Ademais, ambientes desfavoráveis socioeconomicamente e que servem de palco para a prática do *bullying* e do *cyberbullying* podem influenciar de modo negativo o contexto escolar.

Contudo, a escola deve ser um ambiente protetor que contribua para a formação educacional, moral e social do indivíduo. Um estudo anterior demonstrou que atividades extracurriculares realizadas dentro ou fora da escola têm sido associadas a desfechos positivos, como a melhoria na saúde física e mental¹¹. Essas atividades, quando realizadas na escola, reforçam o espírito escolar e o apego pela instituição, geralmente são gratuitas ou de baixo custo e não exigem transporte adicional, influenciando a adesão dos estudantes, especialmente aqueles de baixa renda¹².

No presente estudo, a amostra foi composta por estudantes de escolas públicas que, na sua maioria, fazem parte de uma camada socioeconomicamente desfavorecida. Nela, as atividades extracurriculares só seriam viáveis para os estudantes se fossem oferecidas nas escolas públicas. Assim, no presente estudo, espera-se desfechos positivos para a saúde na avaliação dos estudantes que frequentam escolas integrais (atividades extracurriculares/dois turnos).

Diante do papel e da influência da escola e do seu ambiente na formação do adolescente, esse estudo tem como objetivo investigar se o contexto escolar de maior vulnerabilidade social e de vitimização por *bullying*, *cyberbullying* e ameaça por armas está associado ao tabagismo em adolescentes, considerando variáveis de nível individual como sexo, idade, Bolsa Família, vitimização e álcool.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal de base escolar, vinculado a um projeto maior intitulado “Saúde bucal e comportamentos de risco à saúde modificáveis na adolescência - acompanhar para prevenir”, com o objetivo de avaliar os comportamentos de risco na adolescência. Ele foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco sob o CAAE: 76609817.1.0000.5207.

O estudo foi realizado na cidade de Olinda com estudantes de 14 a 19 anos de ambos os sexos, devidamente matriculados nas escolas estaduais do município. Todos os alunos das escolas estaduais de Olinda do período diurno foram convidados a participar do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), pelos responsáveis e adolescentes maiores de 18 anos, e do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) para os menores de 18 anos. Do total de 31 escolas convidadas, 27 aceitaram participar (87%). As escolas foram visitadas entre três e cinco vezes para que se obtivesse o máximo possível de estudantes com TCLE assinado pelos pais/responsáveis antes da aplicação do

questionário. Foram distribuídos um total de 12 mil TCLE para 7.255 estudantes, com um percentual de retorno de 37,2% dos adolescentes das 27 escolas.

O dimensionamento do tamanho amostral foi baseado nos seguintes parâmetros: um odds ratio a ser detectado de 1,4 com 80% de poder, um efeito de design de 1,2 e uma adição de 20% levando em consideração a não resposta. A razão de chances adotada foi baseada na associação entre consumo excessivo de álcool e cárie dentária, que foi um dos principais objetivos do estudo maior. O tamanho mínimo da amostra necessária foi estimado em 2.206 indivíduos.

A coleta dos dados foi realizada no período de fevereiro a junho de 2018. A aplicação do questionário foi padronizada, ocorreu em salas de aulas, bibliotecas ou outros lugares disponibilizados pelas escolas que permitiam a concentração e o isolamento dos estudantes, bem como a não participação ou interferência de professores e funcionários. Todos os alunos presentes nos dias das coletas e que possuíam o TCLE e o TALE assinados eram submetidos ao preenchimento do instrumento, que teve uma duração média de 30 minutos. Os estudantes foram auxiliados por duas pesquisadoras previamente treinadas.

O instrumento utilizado na pesquisa foi o *Youth Risk Behavior Survey* (YRBS) validado e adaptado no Brasil¹³, que investiga os comportamentos de risco que contribuem para as principais causas de morbimortalidade entre os jovens norte-americanos. No presente estudo, foram utilizadas 02 questões referentes ao uso do tabaco, 02 relativas ao *bullying* e ao *cyberbullying*, 01 quanto ao módulo segurança pessoal e 01 relacionada ao módulo consumo de bebidas alcoólicas.

Para avaliar o tabagismo, foi utilizada a pergunta “nos últimos 30 dias e nos dias em que você fumou, quantos cigarros você fumava por dia?”, a qual foi avaliada através da categorização dicotômica, ou seja, indicação positiva (sim) e indicação negativa (não).

O contexto escolar foi avaliado pelo índice de vulnerabilidade social (IVS), pelo percentual de vitimização e pelo tempo na escola.

O IVS tem por objetivo analisar a desigualdade social¹⁴ e está distribuído em três dimensões: urbana, capital humano, e renda e trabalho. Portanto, quanto maior o IVS de uma localidade, maior é a sua vulnerabilidade social, mostrando a desigualdade entre a população e a precariedade da localidade a ser estudada¹⁵. Foi analisado o IVS do bairro de acordo com a localização específica de cada escola para avaliar a vulnerabilidade social. Como o estudo não foi desenhado para uma análise multinível, três bairros apresentaram duas ou três escolas, constituindo o total de 22 bairros classificados em relação ao IVS e 27 escolas públicas.

O percentual de *bullying*, *cyberbullying* e ameaça por armas foi verificado como variável contextual no ambiente escolar. Essa variável foi classificada através da

junção de três variáveis, quais sejam ser vítima do *bullying* e do *cyberbullying* e sofrer ameaça por arma, sendo a vitimização categorizada como >29.2% (tercil mais alto).

As escolas regulares têm carga horária mínima de 800 horas em pelo menos 200 dias de aula, ou seja, 4 horas diárias, enquanto as escolas integrais têm carga horária mínima de 7 horas diárias, somando anualmente 1400 horas¹⁶. No presente estudo, as escolas foram analisadas como regulares (média de 20 horas semanais) ou integrais e semi-integrais (média 40 e 28 horas semanais, respectivamente).

As variáveis do nível individual foram relacionadas ao perfil sociodemográfico (idade, sexo e Bolsa Família), ao uso do álcool (“nos últimos 30 dias, em quantos dias tomou 5 ou mais doses de bebida alcoólica numa mesma ocasião?”) e a sofrer vitimização, classificada através da junção de três variáveis (*bullying*, *cyberbullying* e sofrer ameaça por armas) e categorizada em “Não” ou “Sim” quem sofre pelo menos uma das 3 variáveis. O termo “beber em binge” foi utilizado nesse estudo para o consumo excessivo de álcool com base no número mínimo de doses consumidas por mulheres (quatro) e homens (cinco)¹⁷.

Os dados foram tabulados no programa Epidata versão 3.1 através de dupla entrada e com pesquisadores previamente treinados para minimizar eventuais erros, que, quando encontrados, foram corrigidos.

Para a análise dos dados, foi construído um banco no *software* SPSS versão 21/22 e Stata 15.1. Para avaliar o perfil pessoal e socioeconômico dos alunos, foram calculadas as frequências absolutas e relativas. Elaborou-se as respectivas distribuições de prevalências e a análise multinível, que permitiu a identificação do efeito de cada variável sobre a variável desfecho no nível individual e contextual¹⁸. Considerou-se o modelo 1 (vazio), o modelo 2 (variáveis contextuais), o modelo 3 (variáveis individuais) e o modelo 4 (variáveis contextuais + variáveis individuais). Utilizou-se o Coeficiente proporcional da variância (PCV), Odds ratio mediano (MOR) e 2 Res log-likelihood (Desviance). Mantiveram-se no modelo somente as variáveis estatisticamente significantes ($p < 0,20$).

O MOR é a razão de chance mediana, no estudo, entre a escola de maior prevalência de tabagismo quando comparada à escola de menor prevalência do tabagismo. Ele é utilizado para medir a heterogeneidade entre os grupos¹⁹.

O PCV avalia a dispersão da variância da média, ou seja, o quanto as variáveis se distanciam do esperado²⁰.

O 2 Res log-likelihood (Desviance) foi utilizado para descrever a variação da variável dependente no modelo ajustado, sendo calculado através do valor do modelo vazio multiplicado por (-2), onde o resultado deve ser comparado com o modelo final. A diferença entre o valor do modelo final e do modelo vazio, quando comparados, deve ser considerável²¹.

RESULTADOS

Dos 2.500 questionários coletados, participaram do estudo 2.456 adolescentes. As perdas foram relacionadas à não resposta da pergunta quanto à variável desfecho. A maioria dos adolescentes foi do sexo feminino (55,87%), com idade entre 14 e 16 anos (52,70%), que relatou não receber o Bolsa Família (54,52%). A prevalência de tabagismo foi de 10,83% (Tabela1).

Tabela 1. Perfil socioeconômico dos 2.482 adolescentes, Olinda-PE, 2018.

Variáveis	N (%)
Idade	(n=2,482)
14 – 16	1,308 (52.70)
17 – 19	1,174 (47.30)
Gênero	(n=2,438)
Feminino	1,362 (55.87)
Masculino	1,076 (44.13)
Bolsa Família	(n=2,421)
Sim	1,101 (45.48)
Não	1,320 (54.52)
Binge	(n=2,466)
Não – 0	1676 (67,96)
Sim – 1 ou +	790 (32.04)
Vitimização (<i>bullying</i> , <i>cyberbullying</i> ou ser ameaçado)	(n=2,498)
Não sofre	1,870 (74.86)
Sofre uma das 3 variáveis	628 (25.14)
Índice de vulnerabilidade social	(n=2,500)
Média/baixa/muito baixa (< 0.39)	2,023 (80.92)
Alto/muito alto (> 0.4)	477 (19.08)
Tabagismo	(n=2,456)
Não	2,190 (89.17)
Sim	266 (10.83)
Tempo na escola (27 escolas)	(n=2,500)
Regular (18 escolas)	1,294 (51.76)
Semi integral/Integral (9 escolas)	1,206 (48.24)
Índice de vulnerabilidade social	(n=2,501)
Baixo/Muito baixo (6 escolas)	478 (19.11)
Médio/alto/muito alto (21 escolas)	2,023 (80.89)
Vitimização	(n=2,500)
<=29.2% t1/2	1,641 (65.64)
> 29.2% ou + t3	859 (34.36)

Fonte: Elaborado pelos autores (2018).

O tabagismo foi mais prevalente em estudantes de escolas localizadas em bairros de alta/muito alta vulnerabilidade social 1,52 (IC95% 1,09 - 2,12) e com maior percentual de vitimização 1,38 (IC 95% 1,03 - 1,85). O maior tempo na escola não se mostrou associado ao tabagismo 1,12 (IC95% 0,85 - 1,48) (Tabela 2).

Adolescentes mais velhos e que bebiam em binge 1,45 (1,08 - 1,93), 6,18 (4,60 - 8,30), respectivamente, apresentaram maior chance de tabagismo. Porém, como resultados não esperados, receber o auxílio Bolsa Família não se mostrou associado ao tabagismo 0,82 (IC95% 0,62 - 1,10) (Tabela 2).

Tabela 2. Análise multinível para avaliação do contexto escolar e individual com o tabagismo, Olinda, 2018.

Parâmetros	Modelo vazio (Modelo 1)	Variáveis contextuais de efeitos fixos (Modelo 2)	Variáveis individuais de efeitos fixos (Modelo 3)	Efeitos fixos (variáveis individuais + contextuais) (Modelo 4)
Parte fixa				
Fatores Individuais				
Constantes	0.12[0.10,0.14]	0.92[0.72,0.117]	0.38[0.27,0.54]	0.31[0.21,0.46]
16-19 anos vs 14-15 anos			1.45[1.08,1.93]	1.43[1.07,1.92]
Feminino vs masculino			1.16[0.87,1.53]	1.18[0.89,1.56]
Bolsa Família Sim vs não			0.82[0.62,1.10]	0.80[0.60,1.07]
Binge Sim (1 ou +) vs não			6.18[4.60,8.30]	6.12[4.55,8.21]
Vitimização Sofre um dos 3			1.31[0.96,1.78]	1.28[0.94,1.74]
Fatores contextuais (Nível escolar)				
Vitimização % na escola >29.2% ou + t3		1.38[1.03,1.85]		1.39[1.03,1.88]
Regular vs Escola Integral		1.12[0.85,1.48]		1.04 [0.78,1.39]
Índice de vulnerabilidade social por Bairro (Alto/muito alto vs médio/baixo/muito baixo)		1.52[1.09,2.12]		1.45[1.04,2.020]
Parte aleatória				
Variação no nível da área (interceptação aleatória)	0.24[0.11,0.54]	0.11[0.11,1.25]	0.15[0.29,0.86]	5.16e-09
PCV&		-54.17%	-37.5%	- 99,66%
Odds Ratio Mediana	MOR = 1.26743	MOR =1.12009	MOR = 1.16353	MOR = 1
2 Res log-likelihood	840.82505	836.32392	686.10922	681.98279
Observação	2456	2456	2288	2288

Fonte: Elaborado pelos autores (2018).

O MOR foi igual a 1,12 no modelo 2 (variáveis contextuais) e 1,16 no modelo 3 (variáveis individuais), indicando que a diferença entre as escolas de maior e menor prevalência de tabagismo foi de 12% e 16%, respectivamente. Ambos os modelos apresentaram uma diminuição do MOR quando comparados ao modelo 4 (variáveis

contextuais e variáveis individuais), que apresentou MOR de 1, mostrando uma redução da heterogeneidade entre os grupos.

Observa-se um ajuste dos modelos sinalizados pela redução da heterogeneidade da área de variância e diferença entre os modelos.

DISCUSSÃO

Os achados demonstraram que estudantes de escolas localizadas em bairros com alta vulnerabilidade social apresentaram maiores chances de tabagismo, indicando que o contexto de localização escolar de pobreza é um fator de risco por si só. Escolas com maiores percentuais de vitimização também contribuíram significativamente para o tabagismo, de modo consistente à hipótese inicial, enquanto o maior tempo na escola não apresentou associação, contrariamente à hipótese.

Estudantes de escolas com maior percentual de vitimização tiveram maiores chances de tabagismo (OR: 1,39; IC 95% 1,03 - 1,88). A exposição ao *bullying* está associada ao uso de substâncias, como o fumo^{7,22}, e a estratégia de coping pode explicar esse achado, visto que o fumo funciona como um agente para aliviar a situação de estresse, que no caso é a vitimização. Por isso, esse achado ilustra a necessidade de se trabalhar com a prevenção e o controle do *bullying* nas escolas como uma forma de evitar o tabagismo entre os adolescentes^{7,9}.

Como resultado não esperado, constatou-se a não associação entre tempo na escola e tabagismo, embora o resultado esteja na direção esperada (OR: 1,04; IC95% 0,78 - 1,39). Presumia-se que a maior permanência na escola estivesse associada a um menor percentual de tabagismo, visto que se trata de um espaço supervisionado e motivador de comportamentos positivos para a saúde. Por outro lado, deve-se considerar o fato de que o maior tempo na escola pode contribuir para vínculos e conexões sociais com pares que estimulam a adesão ao fumo²³.

Estudantes de escolas localizadas em bairros com alta vulnerabilidade social apresentaram maiores chances de tabagismo (OR: 1,45; IC95% 1,04 - 2,02). A alta vulnerabilidade social contribui para a adesão a comportamentos pouco saudáveis, que são fatores de risco à saúde. Viver em ambientes desfavoráveis e de consequente privação ajuda a perpetuar um ciclo de baixa qualidade de vida, tendo o fumo como forma de alívio dessa situação estressante²³.

Escolas situadas em áreas mais vulneráveis acabam por internalizar e reproduzir os comportamentos sociais do território, podendo interferir nos hábitos dos alunos²⁵. Outro aspecto a ser considerado é a exposição a situações de medo e estresse durante o deslocamento diário feito pelo adolescente de sua residência até a escola.

O sexo não mostrou associação com o tabagismo (OR 1,18; IC95% 0.89,1.56). Contudo, um estudo brasileiro mostrou que o tabagismo foi menos comum entre meninos do que entre meninas (12,3% e 21,0%, $p < 0,001$) e verificou uma forte associação inversa com a renda entre as meninas ($p < 0,001$), apontando para o aumento do uso do fumo por adolescentes do sexo feminino em situação socioeconômica desfavorável²⁶.

O uso do álcool em binge e ser mais velho mostrou associação com o tabagismo de modo consistente com estudos anteriores^{27,28}.

A não associação entre o Bolsa Família (Proxy de renda) e o tabagismo foi um resultado não esperado, visto que indivíduos socioeconomicamente desfavorecidos tendem a ter maior chance de apresentar comportamentos de risco, como o tabagismo^{2,29,30}. O resultado pode ser explicado em razão de a amostra não ter incluído indivíduos de alta renda.

O presente estudo apresenta limitações, como ser uma pesquisa transversal que não determina causa e efeito. Além disso, observa-se o baixo percentual de adesão ao estudo devido à dificuldade na assinatura do TCLE. Por fim, o estudo só analisou estudantes de escolas públicas, ou seja, indivíduos distribuídos homogeneamente em um baixo nível socioeconômico.

CONCLUSÃO

Estudantes de escolas localizadas em bairros com alta vulnerabilidade social e com alto percentual de vitimização mostraram maiores chances de tabagismo. Como implicação prática, os achados sugerem que o contexto escolar tem grande potencial de contribuir na prevenção ou na interceptação do tabagismo entre adolescentes. Dessa forma, a escola deve ser alvo de políticas públicas voltadas para o controle do tabagismo entre adolescentes, com enfoque na identificação de agentes estressores, como programas que trabalhem o *bullying* e o *cyberbullying*, bem como o porte de arma por alunos.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde e Organização Panamericana de Saúde. Tabaco. 2019. [citado em 2019 nov 07]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5641:folha-informativa-tabaco&Itemid=1097
2. Jahnel T, Ferguson SG, Shiffman S, Thrul J, Schüz B. Momentary smoking context as a mediator of the relationship between SES and smoking. *Addict Behav* 2018;83:136-141. doi: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.12.014>
3. Diez-Roux AV, Mair C. Neighborhoods and health. *Ann N Y Acad Sci* 2010;1186:125-45. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.05333.x>
4. Halonen JI, Pulakka A, Stenholm S, Pentti J, Kawachi I, Kivimäki M, et al. Change in neighborhood disadvantage and change in smoking behaviors in adults: a longitudinal, within-individual study. *Epidemiology* 2016;27(6):803. doi: <https://doi.org/10.1097/EDE.0000000000000530>
5. Espelage DL, Polanin JR, Low SK. Teacher and staff perceptions of school environment as predictors of student aggression, victimization, and willingness to intervene in bullying situations. *Sch Psychol Q* 2014;29(3):287-305. doi: <https://doi.org/10.1037/spq0000072>
6. Marcolino EC, Cavalcanti AL, Padilha WWN, Miranda FAND, Clementino FDS. Bullying: prevalência e fatores associados à vitimização e à agressão no cotidiano escolar. *Texto Contexto Enferm* 2018;27(1):e5500016. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018005500016>
7. Horta CL, Horta RL, Mester A, Lindern D, Weber JLA, Levandowski DC, et al. Bullying e uso de substâncias psicoativas na adolescência: uma revisão sistemática. *Ciênc saúde coletiva* 2018;23(1):123-139. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.20932015>
8. Forster M, Dyal SR, Baezconde-Garbanati L, Chou CP, Soto DW, Unger JB. Bullying Victimization as a Mediator of Associations between Cultural/familial Variables, Substance use and Depressive symptoms among Hispanic Youth. *Ethn Health* 2013;18(4):415-432. doi: <https://doi.org/10.1080/13557858.2012.754407>
9. Lima Braga L, Lisboa C. Estratégias de coping para lidar com o processo de bullying: um estudo qualitativo. *Interam J Psychol* 2010 [citado em 2021 dez 25];44(2):321-331. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/284/28420641013.pdf>
10. Lourenço LM, Pereira B, Paiva DP, Gebara C. A gestão educacional e o bullying: um estudo em escolas portuguesas. *Interacções* 2009;13:208-228. doi: <https://doi.org/10.25755/int.404>

11. Guèvremont A, Findlay, L, Kohen D. Organized extracurricular activities: are in-school and out-of-school activities associated with different outcomes for Canadian youth?. *J Sch Health* 2014;84(5):317-325. doi: <https://doi.org/10.1111/josh.12154>
12. Fredricks JA, Eccles JS. Is extracurricular participation associated with beneficial outcomes? Concurrent and longitudinal relations. *Dev Psychol.* 2006; 42(4):698-713. doi: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.12.014>
13. Guedes DP, Lopes C.C. Validação da versão brasileira do Youth Risk Behavior Survey 2007. *Rev Saude Publica* 2010;44(5):840–50. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000500009>
14. Huang G, London JK. Vulnerabilidade ambiental cumulativa e justiça ambiental no vale de San Joaquin, na Califórnia. *Int J Environ Res Public Health* 2012;9(5):1593-1608. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph9051593>
15. Marguti BO, Pinto CVS, Rocha BN, Costa MA, Curi RLC. A nova plataforma da vulnerabilidade social: primeiros resultados do índice de vulnerabilidade social para a série histórica da PNAD (2011-2015) e desagregações por sexo, cor e situação de domicílio. Atlas da Vulnerabilidade Social. Ipea. Ministério do planejamento, desenvolvimento e gestão, 2018. [citado em 2021 fev 21]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=33233&Itemid=432
16. Ministério da Educação. Síntese das diretrizes curriculares nacionais para a educação básica. Ministério da Educação, 2016. Ministério da Saúde, 2004. [citado em 2021 dez 22]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=32621-cne-sintese-das-diretrizes-curriculares-da-educacao-basica-pdf&Itemid=30192
17. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Understanding Binge Drinking, 2022. Disponível em: https://www.niaaa.nih.gov/sites/default/files/publications/NIAAA_Binge_Drinking_3.pdf
18. Puente-Palacios KE, Laros JA. Multilevel analysis: contributions to studies investigating the effects of social context on individual behavior. *Estud Psicol* 2009;26:349-361. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2009000300008>
19. Moreira TR, Giatti L, Cesar CC, Andrade EIG, Acurcio FDA, Cherchiglia ML. Autoavaliação de saúde por pacientes em hemodiálise no Sistema Único de Saúde. *Rev Saude Pública* 2016;50:10. doi: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050005885>
20. Lippert AM, Corsi DJ, Venechuk GE. Schools influence adolescent e-cigarette use, but when? Examining the interdependent association between school context and teen vaping over time. *J Youth Adolesc* 2019;48(10):1899-1911. doi: <https://doi.org/10.1007/s10964-019-01106-y>

21. Carreiro DL, Oliveira RFR, Coutinho WLM, Martins AMEBL, Haikal DS. Evaluation of satisfaction with dental care from the standpoint of adult Brazilian users: a multilevel analysis. *Ciênc saúde colet* 2018;23(12):4339-4349. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182312.32792016>
22. Malta DC, Mello FCM, Prado RR, Sá ACMGN, Marinho F, Pinto IV, et al. Prevalence of bullying and associated factors among Brazilian schoolchildren in 2015. *Ciênc saúde colet* 2019;24(4):1359-1368. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.15492017>
23. Cavaliere AM. Tempo de escola e qualidade na educação pública. *Educ. Soc* 2007;28(100):1015-1035. doi: <https://doi.org/10.1590/S0101-73302007000300018>
24. Pampel FC, Krueger PM, Denney JT. Socioeconomic Disparities in Health Behaviors. *Annu Rev Sociol* 2010;36:349–370. doi: <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.012809.102529>
25. Ribeiro VM, Vóvio CL. Desigualdade escolar e vulnerabilidade social no território. *Educ rev* 2017;(spe.2):71-87. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-4060.51372>
26. Buffarini R, Abdalla S, Weber AM, Costa JC, Menezes AMB, Gonçalves H, et al. The intersectionality of gender and wealth in adolescent health and behavioral outcomes in Brazil: The 1993 Pelotas Birth Cohort. *J Adolesc Health* 2020;66(1):S51-S57. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.08.029>
27. Menezes AHR, Dalmas JC, Scarinci IC, Maciel SM, Cardelli AAM. Fatores associados ao uso regular de cigarros por adolescentes estudantes de escolas públicas de Londrina, Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2014;30(4):774-784. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00173412>
28. Oliveira HF, Martins LC, Reato LDFN, Akerman M. Fatores de risco para uso do tabaco em adolescentes de duas escolas do município de Santo André, São Paulo. *Rev Paul Pediatr* 2010;28(2):200-7. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-05822010000200012>
29. Schumann LRMA, Mora LBA. Índices sintéticos de vulnerabilidade: uma revisão integrativa de literatura. *Ciênc saúde colet* 2015;20(7):2105-2120. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015207.10742014>
30. Bazotti A, Finokiet M, Conti IL, França MTA, Waquil PD. Smoking and poverty in Brazil: an analysis of the profile of the smoking population based on the 2008-09 Brazilian government Family Budget Survey. *Ciênc saúde colet* 2016;21(1):45-52. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.16802014>

RECEBIDO: 30/05/2022
ACEITO: 06/03/2023

Vivências do parto: discursos de puérperas sobre o processo de parturição

Experiences of childbirth: speeches of puerperal woman about the parturition process

Camila Amthauer¹, Jaqueline Griebeler Preuss², Aline Loebens³

1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7530-9809>. Docente em Enfermagem. Doutora em Enfermagem. Universidade do Oeste de Santa Catarina, São Miguel do Oeste, Santa Catarina, Brasil.
E-mail: camila.amthauer@hotmail.com

2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8299-6291>. Enfermeira. Pós-graduada em Enfermagem do Trabalho. Universidade do Oeste de Santa Catarina, São Miguel do Oeste, Santa Catarina, Brasil.
E-mail: jquelyne22@hotmail.com

3. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4892-040X>. Enfermeira. Universidade do Oeste de Santa Catarina, São Miguel do Oeste, Santa Catarina, Brasil.
E-mail: alineloebens@gmail.com

CONTATO: Camila Amthauer | Endereço: Rua Oiapoc, 211, Bairro Agostini, São Miguel do Oeste, SC | Telefone: (49) 3631-1000 | E-mail: camila.amthauer@hotmail.com

RESUMO

O estudo objetivou conhecer a vivência de mulheres durante o processo de parturição. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória-descritiva, desenvolvida com doze puérperas em um município do extremo oeste de Santa Catarina. A coleta de dados aconteceu por entrevista semiestruturada, gravada, e posteriormente transcrita na íntegra. Para análise dos dados utilizou-se a análise de conteúdo do tipo temática, proposta por Minayo. Algumas participantes associam a vivência do parto a ansiedade, medo e angústia, somados à preocupação com o bem-estar do bebê e com o novo papel a ser assumido. A falta de privacidade e de orientações foi citada como aspecto negativo, evidenciando-se a importância da escuta, do acolhimento e

humanização. O processo de parturição é vivenciado de forma particular por cada mulher, e uma compreensão mais abrangente desse processo contribui para (re)pensar estratégias de humanização e de mudanças na dinâmica do atendimento em ambiente hospitalar, com vistas ao protagonismo das parturientes.

DESCRITORES: Trabalho de Parto. Período Pós-Parto. Saúde da Mulher. Enfermagem. Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

The study aimed to know the experience of women during the process of parturition. This is a qualitative, exploratory-descriptive research, developed with twelve postpartum women in a municipality in the Far West of Santa Catarina. Data collection took place by semi-structured interview, recorded and subsequently transcribed in full. For data analysis, we used the thematic content analysis proposed by Minayo. Some participants associate the experience of childbirth with anxiety, fear and anguish, added to the concern for the well-being of the baby and the new role to be assumed. The lack of privacy and guidance were cited as negative aspects, highlighting the importance of listening, welcoming and humanization. The process of parturition is experienced in a particular way by each woman, and a more comprehensive understanding of this process contributes to (re)think humanization strategies and changes in the dynamics of care in a hospital environment, with a view to the protagonism of parturients.

DESCRIPTORS: Labor, Obstetric. Postpartum Period. Women's Health. Nursing. Qualitative Research.



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 parturição é considerada uma das experiências mais marcantes na vida de uma mulher¹⁻² e dá início a uma série de mudanças significativas e intensas, incluindo desde as transformações no corpo feminino até as alterações de rotina e do ritmo familiar¹⁻³. Nesse processo a mulher passa a vivenciar uma mistura de sentimentos e emoções que vêm acompanhados de ansiedade e medo. Por vezes ela teme o papel de ser mãe por este ser mistificado e cercado de expectativas que envolvem a representação da maternidade como um modelo de perfeição e de amor incondicional³.

O trabalho de parto é marcado pelo enfrentamento de situações desconhecidas, como o acesso à instituição, o desconhecimento da sua dinâmica e de como será prestada a assistência, provocando insegurança e estresse que poderão influenciar também na escolha do tipo de parto³. Desta forma, pode-se caracterizar o parto como uma fase cheia de expectativas e incertezas que acompanham a mulher ao longo da gestação e se estendem até a fase do puerpério³⁻⁵. A partir da vivência dessas transformações físicas e emocionais, as mulheres buscam assistência para as suas necessidades durante a gestação e o parto, trazendo consigo expectativas e preocupações que têm relação com suas experiências de vida⁴.

A assistência ofertada pelo profissional de saúde, nesse contexto, é fundamental na preparação para o parto, para que a futura mãe possa vivenciar esse momento com autonomia, protagonismo e segurança. A mulher precisa sentir-se segura e amparada para que não ocorra a exacerbação dos seus medos e anseios, fazendo com que a vivência do parto seja negativa e frustrante⁵.

Valorizar as necessidades da parturiente e reconhecer o parto como uma experiência única e especial, com diferentes emoções, requerem do profissional de saúde sensibilidade e uma visão holística do ser humano. Quando atento a esses valores, é capaz de utilizar estratégias transformadoras do ambiente em que atua, estabelecendo a humanização e os direitos da mulher à maternidade segura e prazerosa⁶.

Considerando que as ações voltadas para as parturientes se constituem como importantes estratégias para a humanização do parto, cuja finalidade é tornar a mulher protagonista desse processo, incluindo o respeito e o empoderamento para a sua

autonomia e tomada de decisão, o estudo traz como questão de pesquisa: “Qual é a vivência de mulheres durante o processo de parturição?”, a qual direcionou ao objetivo, que foi conhecer a vivência de mulheres durante o processo de parturição.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de campo, de abordagem qualitativa, com característica exploratória-descritiva, desenvolvido junto às puérperas cadastradas nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) de um município do extremo oeste de Santa Catarina. Foram considerados como critérios de inclusão: ser maior de 18 anos, estar no período puerperal e estar adscrita em uma das ESF do município. Dentre os critérios de exclusão estavam as mulheres que apresentaram desfecho adverso da gestação, como natimorto ou óbito fetal.

Para captação dos dados, em um primeiro momento, entrou-se em contato com os enfermeiros das ESF que constituíram o campo de estudo, para a consulta de informações, a fim de contatar as possíveis participantes. O cenário de produção dos dados aconteceu no próprio domicílio das participantes.

Os dados foram produzidos em julho de 2017, por meio de entrevista semiestruturada, com perguntas abertas, oportunizando às participantes discorrer livremente sobre a temática proposta. As entrevistas tiveram caráter individual, sendo gravadas por aparelho digital com o consentimento da participante, de modo a registrar integralmente a fala, assegurando material autêntico para a análise.

A produção dos dados obedeceu aos critérios da saturação temática, a qual interrompe a inclusão de novos participantes quando o objetivo do estudo é atingido e quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados⁷.

Para análise dos dados foi utilizada a análise de conteúdo do tipo temática⁷, que se sucedeu em três etapas: Etapa 1) houve a transcrição das entrevistas, seguida de leitura flutuante, que culminou com a leitura e análise em profundidade das primeiras impressões dos dados obtidos; Etapa 2) a partir das questões teoricamente elaboradas, aconteceu a exploração do material, com a seleção dos trechos mais relevantes e ideias centrais, que foram agrupados em categorias empíricas para identificar as unidades de significação e categorias temáticas até se chegar nos

temas. Para este agrupamento foi considerada a relevância da fala acerca do objeto, a recorrência do tema e expressividade; Etapa 3) ocorreu a interpretação do material produzido à luz dos referenciais teóricos existentes na área.

Para preservar o sigilo e anonimato, cada uma das doze participantes foi identificada pelo código alfanumérico como P1 (Puerpera 1), sucessivamente, até P12, obedecendo a ordem em que as entrevistas foram realizadas. A pesquisa foi amparada pelos preceitos éticos em saúde, em conformidade com a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o CAAE 69801417.1.0000.5367 e parecer número 2.149.846.

RESULTADOS

Participaram do estudo doze puérperas, com idades entre 18 e 39 anos, e o período puerperal variou desde o puerpério imediato (1º ao 10º dia após o parto) até o puerpério tardio (11º ao 45º dia). Quanto ao estado civil, seis são casadas e seis são solteiras. No que se refere à escolaridade, uma possui ensino fundamental incompleto, uma com ensino fundamental completo, sete com ensino médio completo e três possuem ensino superior completo. A partir da análise qualitativa do conteúdo da pesquisa, emergiu uma categoria temática: vivências de mulheres durante o processo de parturição.

O parto é um processo natural que envolve aspectos biopsicossociais e culturais, experienciado de forma muito particular por cada mulher. Ao serem questionadas sobre os sentimentos vivenciados durante o processo de parturição, as participantes relatam que o momento foi marcado por diversas emoções, expressas por preocupação, medo, angústia e ansiedade pela chegada do bebê.

[...] teve um monte de sentimentos. Teve o sentimento da hora que internei, me senti incapaz [...] foi de dor, de preocupação, de angústia, de alegria [...]. (P. 2)

Na hora dá um nervosismo [...] dá um pouco de medo, de desespero [...]. (P. 4)

Eu tinha medo. Eu estava bem ansiosa [...]. (P. 7)

[...] ansiedade, não via a hora que ele [o bebê] nascesse [...]. (P. 8)
[...] medo, ansiedade [...]. (P. 10)

Algumas das participantes relembram do trabalho de parto e do parto como uma experiência negativa, principalmente devido à dor física e ao sofrimento durante esse processo.

Foi triste, foi difícil [...] eu choro só de me lembrar [...] eu sabia que ia ser doído [...] mas não que ia ser tão sofrido [...] nunca mais me esqueço, isso é uma coisa que eu vou levar para o resto da vida [...]. (P. 2)

[...] além da dor, era mais a preocupação com ele [o bebê], com medo dele não estar bem [...]. (P. 3)

[...] a dor te confesso que é mais do que eu imaginava [...] a dor para mim foi a pior parte. Eu sabia que teria, mas eu não tinha noção do quanto seria essa dor [...]. (P. 7)

A vivência da parturição está relacionada à cultura, às expectativas e às experiências anteriores, além do cuidado e da assistência recebidos durante o parto. De acordo com os depoimentos que seguem, os sentimentos de ansiedade, de sofrimento e a dor dão lugar à emoção e à alegria em ver o rosto do filho e ao segurá-lo em seus braços pela primeira vez.

[...] quando minha filha nasceu, que eu vi o rostinho dela [...] depois que 'tu' vê o rostinho deles, compensa tudo [...]. (P. 2)

[...] Quando ele nasceu, nossa é uma alegria que 'tu' não faz ideia. É muito bom, não tem como te explicar [...]. (P. 3)

Quando ela [a filha] nasceu, que eu vi ela, deu uma emoção saindo dentro de mim. Eu chorei quando colocaram ela no meu colo. Eu fiquei emocionada, eu pensei vai mudar tudo, agora eu vou ser mãe [...]. (P. 6)

[...] a palavra que explica é emoção [...] que ele [o filho] começa a chorar e te trazem, é bem emocionante e eu me senti muito feliz [...]. (P. 7)

Quando questionadas sobre sua preparação para o momento do parto, algumas das entrevistadas mencionam que se sentiam preparadas pelo fato de o filho ter sido desejado, tanto pela mulher como pelo casal. Quanto mais a futura mãe se sentir preparada e tranquila, com um olhar profundo sobre essa nova fase de sua vida, melhor será essa vivência para ela, para o seu bebê e a sua família.

Era uma coisa que a gente [casal] queria o filho. Era uma coisa que a gente estava esperando [...]. (P. 8)

[...] eu me senti preparada. Nós nos preparamos como casal também, então foi bem tranquilo. (P. 10)

Eu estava preparada, tanto para o normal [parto] quanto para a cesárea. (P. 12)

Algumas das entrevistadas visitaram a maternidade anteriormente ao parto, afirmando ter sido um ponto positivo para se sentirem mais seguras com relação ao ambiente em que se daria todo o processo de parturição.

[...] o hospital a gente conheceu, então eu já estava em casa. Para mim foi bem legal [...]. (P. 1)

[...] fomos lá para conhecer, para ver como tudo funcionava e tivemos um ótimo atendimento, tudo bem explicadinho [...]. (P. 10)

A importância de ter um acompanhante durante o trabalho de parto e o parto também foi mencionada pelas participantes, sendo algo significativo para a mulher ter alguém ao seu lado, e de sua confiança, transmitindo-lhe tranquilidade, segurança e apoio afetivo. A presença do acompanhante auxilia a minimizar os sentimentos negativos, fazendo com que a experiência do nascimento seja marcada como uma lembrança positiva de um dos momentos mais importantes da vida de uma mulher.

[...] ele estava ali do lado falando: “- Calma!” [...] na hora [do nascimento] ele cortou o cordão umbilical, foi a coisa mais linda. (P. 1)

[...] a partir do momento que minha irmã entrou, ‘tu’ se sente mais segura, ‘tu’ sente que tem alguém ali [...] A partir do momento que ela entrou lá comigo, por mais que a dor estava terrível, ‘tu’ sabia que tinha alguém junto contigo [...]. (P. 2)

[...] ele [marido] dizia para mim: “- Só mais um pouquinho, já vai nascer!” Ele me ajudou a fazer os agachamentos, ele me ajudou na bola, quando eu fui para o chuveiro, ele me ajudou, ele fazia massagem nas minhas costas, foi bem importante. (P. 3)

[...] tinha o meu marido [...] foi bem importante [...] dá uma segurança a mais para a gente [...]. (P. 7)

No que tange às dificuldades enfrentadas durante o processo de parturição, duas das entrevistadas destacaram a falta de privacidade. É da natureza humana

corrigir a postura ou o modo de agir ao se sentir observado, e isso não é diferente no período de parto. Quanto maior a privacidade oferecida à mulher e ao acompanhante, melhor será a evolução do trabalho de parto e do parto, pois a parturiente conseguirá se entregar de forma mais intensa para esse momento especial.

[...] naquele quartinho que fica todo mundo junto, tem só o blackout que separa. Ficam os pais das crianças junto com as mães lá na hora. Aquela camisola de bunda de fora [...] depois me encaminharam para a sala onde fica todo mundo junto [...] Quando era hora da visita, havia muita gente dentro de um quarto só [...]. (P. 2)

[...] falta de privacidade, a gente fica lá, todo mundo junto [...] não tinha como descansar, uma mãe gritava, outra mãe chamava, outra mãe tinha dor, os bebês choravam, tinham uns acompanhantes que ficavam nervosos e discutiam com as enfermeiras, é uma folia. (P. 5)

Conforme se visualiza nas falas a seguir, as participantes atribuem a falta de orientações e de diálogo por parte dos profissionais de saúde como uma dificuldade vivenciada durante o parto. Considerando todas as transformações que ocorrem nessa fase da vida da mulher e do seu núcleo familiar, somadas ao medo, incerteza e insegurança com relação ao novo papel a ser assumido – o de ser mãe, se fazem necessários o suporte e o apoio constantes da equipe de saúde.

[...] eu via que minha pressão estava subindo, eu ficava mais nervosa ainda. Acho que tinha que ter um pouco mais de explicação da equipe, um diálogo melhor. (P. 4)

[...] Vinham e te apertavam a barriga, apertava, apertava, mas não te falavam nada. (P. 5)

[...] porque ela [a médica] não me explicou porque tantos dias que eu fiquei no hospital. As outras mulheres que estavam ali acompanhando, entravam depois e saíam antes, e eu continuava ali [...]. (P. 11)

Em contrapartida, também foram relatadas experiências positivas com relação aos cuidados ofertados pela equipe de saúde durante o processo de parturição. A assistência pautada no diálogo e na empatia, preservando a liberdade da mulher e atendendo todas as suas expectativas criadas para aquele momento, é fundamental para o alcance do parto humanizado.

[...] o enfermeiro, muito querido ele, começou a conversar comigo, me abraçou [...]. (P. 2)

[...] a equipe foi bem atenciosa [...] se não fosse o apoio delas, eu acho que o meu medo seria maior [...] elas foram muito humanas comigo, não me abandonaram em momento algum, muito bem amparada [...]. (P. 9)
[...] fui bem atendida, tive um ótimo atendimento, não posso reclamar de absolutamente nada. Médicos, enfermeiras, todos [...] muito atenciosos, ótimos [...]. (P. 10)

[...] elas [enfermeiras] eram calmas, passavam tranquilidade, apesar do momento ser tenso, mas elas passavam bastante segurança [...]. (P. 12)

DISCUSSÃO

O processo de parturição é um evento natural e fisiológico, traduzido como um momento único na vida da mulher, por isso deve ser tratado com segurança, dignidade e respeito à individualidade de cada uma⁸. Apesar de o nascimento de um filho ser habitualmente um acontecimento permeado por sentimentos positivos, não se deve desconsiderar que, comumente, esse evento também é marcado por ansiedade, medo e angústia frente ao desconhecido⁹⁻¹⁰.

Para muitas mulheres o parto vem associado a uma experiência negativa, trazendo a lembrança de dor e sofrimento. Tal fato demonstra, em parte, que parece haver uma consciência coletiva simplista e romantizada desse processo, tanto por parte dos profissionais de saúde quanto das mulheres. Muitas não imaginam que o trabalho de parto possa ocasionar dores intensas e que o processo de nascimento em si demanda um tempo muito maior do que o esperado por elas¹⁰.

Entretanto, não é a intensidade da dor apresentada pela mulher que lhe trará a percepção da experiência do parto como boa ou má, mas sim o alcance ou não de suas metas para o enfrentamento dessa dor. A dor é um fator importante que influencia no desenrolar do parto¹¹. Conforme foi evidenciado nos relatos das puérperas, as respostas às dores do parto variam entre as mulheres, pois são influenciadas por fatores individuais, como cultura, preparo psicológico, experiência anterior e a forma como elas são assistidas.

É comum observar, após o parto, que as dificuldades se transformam em justificativas para o nascimento do bebê e sentimentos de bem-estar se manifestam nesse momento. A parturição envolve um conjunto de emoções e preocupações que

se modificam durante todo o processo. Porém, a felicidade e a alegria expressas ao segurar o filho nos braços demonstram alívio pela superação da dor e do sofrimento⁹.

Sentir-se preparada para o exercício da maternidade pode fazer toda a diferença na forma como a mulher vivencia o momento de parir. Aceitar o papel de mãe em sua vida, esclarecer dúvidas, conectar-se com seu corpo e se preparar emocionalmente, terá reflexos positivos para lidar melhor com o momento do parto. Ademais, trabalhar seus medos e inseguranças durante a gestação aumenta a possibilidade de se sentir mais segura e ativa durante o parto³.

A preparação do casal também é importante para compreender as alterações físicas, psicológicas e sociais que ocorrem na gravidez, no parto e puerpério, proporcionando o equilíbrio emocional dos futuros pais que irá resultar em benefícios no trabalho de parto e no vínculo dos envolvidos. Casais preparados e informados são mais seguros e confiantes, podendo vivenciar esse momento com mais intensidade e satisfação¹².

Familiarizar-se com o hospital ou a maternidade anteriormente ao momento do parto foi outro ponto identificado neste estudo, podendo ser uma alternativa para minimizar a ansiedade da mulher. Assim, as gestantes estariam informadas e conheceriam a equipe que atua no local em que irão parir, deixando-as mais seguras para o nascimento do filho. Tal prática está descrita e respaldada pela Lei nº 11.634, criada em 2007,¹³ em que toda gestante tem o direito de conhecer antecipadamente o hospital onde será realizado seu parto, e que o local do parto poderá ser de acordo com o seu desejo¹⁴.

A presença do acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto também se coloca como um desafio enfrentado pelas parturientes. Mesmo sendo um direito assegurado por lei desde 2005¹⁵, ele nem sempre é garantido. Embora existam avanços neste sentido, melhorias são necessárias tanto no setor público quanto no privado¹⁶⁻¹⁷. De acordo com um estudo prévio, houve um aumento significativo da presença de acompanhantes nos últimos anos, mas cerca de 15% das mulheres no setor público ainda passam por esses momentos sozinhas, sem o apoio emocional das pessoas de sua escolha¹⁸.

Outro estudo aponta que apenas quando há insistência ou conhecimento da legislação, a entrada do acompanhante é permitida. Para os autores, o cumprimento integral da Lei do Acompanhante¹⁵ depara com obstáculos impostos por ideias (pré)concebidas de que o ambiente hospitalar não é lugar para o acompanhante e que

a sua presença pode interferir negativamente na organização do processo de trabalho¹⁹.

Ressalta-se que o acompanhante não é uma pessoa que pretende apenas ver o bebê nascer. A sua presença transmite confiança, apoio, força, segurança, gera bem-estar físico e emocional, além de auxiliar nas tomadas de decisões durante o parto¹⁷⁻¹⁸. Esses fatores contribuem para uma vivência positiva à parturiente, considerando que os maiores níveis de satisfação com o parto são encontrados na presença de um acompanhante, principalmente quando a escolha deste for realizada pela mulher¹⁶⁻¹⁸.

O respeito à privacidade também deve ser assegurado para que toda mulher e recém-nascido possam receber uma assistência digna e de qualidade durante o parto e pós-parto. A negligência em promover a privacidade da mulher durante esse processo, infelizmente, é uma situação comumente observada no ambiente hospitalar e exerce uma influência negativa na vivência do parto. Em vista disso, é urgente que sejam revistas as práticas de cuidado e que seja garantida a privacidade da parturiente, possibilitando que esta atribua significados e crie uma lembrança positiva desse momento tão único em sua vida²⁰.

No que concerne à relação da parturiente com a equipe de profissionais, esta é compreendida como um dos fatores que mais afetam a memória da mulher em relação ao parto. Elas valorizam o contato físico, a atenção, o cuidado, a privacidade, e que todas as suas dúvidas sejam respondidas para que suas necessidades sejam atendidas. Quando isso não ocorre, um sentimento de angústia pode tomar conta da mulher²¹.

O vínculo estabelecido entre parturiente-profissional de saúde e o apoio emocional são estratégias que irão contribuir para o alívio da dor e diminuir a tensão que permeia o processo de parto²²⁻²³. Entende-se que a construção de uma relação de respeito e confiança é fundamental no cuidado ofertado, o qual deve considerar a subjetividade do ser mulher e validar as suas escolhas²⁴. A identificação e valorização das diferenças individuais, sociais e culturais contribuem para a redução de desequilíbrios entre a assistência prestada e as expectativas e desejos de cada mulher.

O processo de parturição tem demonstrado a necessidade de colocar a mulher no centro do cuidado e na valorização da sua integralidade, do seu protagonismo e da sua autonomia^{23,25}. Para isso, é essencial o desenvolvimento de medidas que

permitam à mulher vivenciar a parturição como evento fisiológico, colocando-a como protagonista nesse processo,¹⁷ e atender suas necessidades individuais, tornando efetivo seu poder de escolha. Humanizar o parto significa colocar a mulher no centro e no controle como protagonista de suas ações, participando de forma ativa nas decisões sobre o seu próprio cuidado²³.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de parturição é um momento de grandes (re)significações na vida da mulher, vivenciado de forma muito particular por cada uma. Para que ocorra uma remodelação da assistência ao parto por meio do desenvolvimento das boas práticas em saúde é necessária uma compreensão mais abrangente do cuidado ofertado durante o trabalho de parto e parto sob o olhar das mulheres que vivenciam esse processo. Isso contribui para que os profissionais de saúde possam (re)pensar estratégias de humanização do parto, com respeito ao corpo da mulher, e de mudanças na dinâmica do atendimento em ambiente hospitalar, com vistas ao empoderamento das mulheres, tornando-as protagonistas do seu processo de parturição, livres para suas escolhas e expectativas.

Por fim, ouvir as vivências dessas mulheres no seu processo de parir pode auxiliar na reflexão sobre a forma como se dá a assistência ao parto e avaliar o atendimento nos serviços de saúde de pequenos municípios brasileiros. Para tanto, é importante mais incentivo e investimento em estudos nesses locais, ampliando a construção do conhecimento acerca da temática, contribuindo, assim, para qualificar o cuidado prestado no momento do parto.

Como limitação do estudo pode-se destacar que, por se tratar de uma pesquisa qualitativa, em que esta não se preocupa com o tamanho da amostra, os resultados não podem ser generalizados, dado o reduzido número de participantes. Assim, sugere-se que novos estudos possam ser realizados abordando esta temática, incluindo estudos quantitativos com maior número de participantes e maior generalização dos achados, a fim de ampliar o olhar e o conhecimento acerca da parturição e da assistência ofertada às mulheres durante o processo de parto.

REFERÊNCIAS

1. Escobal APL, Matos GC, Gonçalves KD, Quadro PP, Cecagno S, Soares MC. Participation of women in decision-making in the process of parturition. *J Nurs UFPE online*. 2018; 12(2):499-509. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i2a231114p499-509-2018>
2. Lima MM, Ribeiro LN, Costa R, Monguilhot JJC, Gomes IEM. Obstetric nurses in the childbirth process: the women's perception. *Rev Enferm UERJ*. 2020; 28:e45901. doi: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.45901>
3. Cunha ACB, Santos C, Gonçalves RM. Concepções sobre maternidade, parto e amamentação em grupo de gestantes. *Arq Bras Psicol*. 2012; 64(1):139-55. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arp/v64n1/v64n1a11.pdf>
4. Pires D, Fertoni HP, Conill EM, Matos TA, Cordova FP, Mazur CS. A influência da assistência profissional em saúde na escolha do tipo de parto: um olhar sócio antropológico na saúde suplementar brasileira. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2010; 10(2):191-7. doi: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292010000200006>
5. Milbrath VM, Amestoy SM, Soares DC, Siqueira HCH. Vivências maternas sobre a assistência recebida no processo de parturição. *Esc Anna Nery*. 2010; 14(3):462-7. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452010000300005>
6. Barros WLL, Costa E, Boeckmann LMM, Reis PED, Leon CGRMP, Fungheto SS. Parto humanizado: uma realidade na casa de parto? *J Nurs UFPE online*. 2011; 5(1):67-74. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-30252>
7. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
8. Alves TCM, Coelho ASF, Sousa MC, Cesar NF, Silva PS, Pacheco LR. Contribuições da enfermagem obstétrica para as boas práticas no trabalho de parto e parto vaginal. *Enferm. Foco* 2019; 10(4):54-60.
9. Scarton J, Prates LA, Wilhelm LA, Silva SC, Possati AB, Ilha CB, et al. "It was worth it when I saw his face": experiences of primiparous women during natural childbirth. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015;36(spe):143-51. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56786>
10. Santana CS, Oliveira AMN, Medeiros SP, Cardoso VM, Silva MRS, Cezar-Vaz MR. Expectativas e sentimentos das puérperas acerca do trabalho de parto e parto. *Research, Society and Development*. 2020; 9(9):e375997076. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i9.7076>
11. Medeiros J, Hamad GBNZ, Costa RRO, Chaves AEP, Medeiros SM. Métodos não farmacológicos no alívio da dor de parto: percepção de puérperas. *Rev Espaço Saúde*. 2015; 16(2):37-44. doi: <https://doi.org/10.22421/15177130-2015v16n2p37>

12. Tostes NA, Seidl EMF. Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto. *Temas psicol.* 2016; 24(2):681-93. doi: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2016.2-15>
13. Brasil. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2007-2010/2007/lei/l11634.htm
14. Melo JKC, Santos RB, Barros SCP, Pinheiro HDM. Itinerário da assistência ao parto de puérperas assistidas em uma maternidade de referência. *Brazilian Journal of Health Review.* 2021; 4(1):1929-43. doi: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n1-156>
15. Brasil. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, 2005. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm
16. Leal MC, Bittencourt SA, Esteves-Pereira AP, Ayres BVS, Silva LBRAA, Thomaz EBAF, et al. Progress in childbirth care in Brazil: preliminary results of two evaluation studies. *Cad. Saúde Pública* 2019; 35(7):e00223018. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00223018>
17. Valadão CL, Pegoraro RF. Vivências de mulheres sobre o parto. *Fractal, Rev. Psicol.* 2020; 32(1): 91-8. doi: <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v32i1/5739>
18. Lunda P, Minnie CS, Benade P. Women's experiences of continuous support during childbirth: a meta-synthesis. *BMC Pregnancy Childbirth* 2018; 18:167
19. Brüggemann OM, Ebele RR, Ebsen ES, Batista BD. No parto vaginal e na cesariana acompanhante não entra: discursos de enfermeiras e diretores técnicos. *Rev Gaúcha Enferm.* 2015;36(esp):152-58. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.53019>
20. Ferreira MC, Monteschio LVC, Teston EF, Oliveira L, Serafim D, Marcon SS. Percepções de profissionais de enfermagem sobre humanização do parto em ambiente hospitalar. *Rev Rene.* 2019;20:e41409. doi: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20192041409>
21. Melo DSA, Silva JMO, Santos AA, Sanches METL, Cavacante KOR, Jacintho KS. Percepção da mulher quanto à assistência ao parto. *J Nurs UFPE online.* 2016; 10(2):814-20. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i2a11024p814-820-2016>
22. Medeiros RMK, Figueiredo G, Correa ACP, Barbieri M. Repercussions of using the birth plan in the parturition process. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019;40:e20180233. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180233>
23. Mouta RJO, Silva TMA, Melo PTS, Lopes NS, Moreira VA. Plano de parto como estratégia de empoderamento feminino. *Rev Baiana Enferm.* 2017;31(4):e20275. doi: <https://doi.org/10.18471/rbe.v31i4.20275>

24. Oliveira VJ, Penna CMM. Every birth is a story: process of choosing the route of delivery. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(suppl 3):1228-36. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0497>
25. Chourabi LF, Njaine K, Cecchetto F, Pieszak GM, Streck MTH. Assistência ao parto e violências sob a ótica de profissionais de saúde. R Saúde Publ. Paraná. 2019; 2(2):28-38. doi: <http://dx.doi.org/10.32811.25954482-2019v2n2p28>

RECEBIDO: 28/07/2022
ACEITO: 19/04/2023

Aspectos relacionados ao autoextermínio em adolescentes do sexo feminino

Aspects related to self-extermination in female adolescents

Valdir Bento da Costa Junior¹, Yasmin Bernardes Barboza², Edmarlon Giroto³, Camilo Molino Guidoni⁴

1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0477-3214>. Discente de graduação em Medicina - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná, Brasil. E-mail: bento.valdircosta@uel.br

2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3607-5229>. Discente de graduação em Medicina - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná, Brasil. E-mail: yasmin.bernardes@uel.br

3. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9345-3348>. Doutor, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná, Brasil. E-mail: edmarlon@uel.br

4. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5844-143X>. Doutor, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná, Brasil. E-mail: camiloguidoni@uel.br

CONTATO: Valdir Bento da Costa Junior | Endereço: Rua Iracema, 136, Londrina, PR, Brasil, CEP 86036-410 | E-mail: bento.valdircosta@uel.br

RESUMO

Analisar as variáveis e os aspectos relacionados às tentativas de autoextermínio realizadas por adolescentes do sexo feminino. Trata-se de um estudo descritivo com adolescentes do sexo feminino que foram atendidas pelo Centro de Informação e Assistência Toxicológica de Londrina entre os anos de 2017 e 2020. As variáveis de interesse foram relacionadas ao paciente, à intoxicação e ao atendimento em serviço de saúde. O perfil epidemiológico encontrado apresenta uma população majoritariamente branca, com ensino médio incompleto, residente da zona urbana e estudante.

Esses eventos foram realizados em sua maioria com um medicamento, por via oral, na própria residência, tendo a maior parte das pacientes desenvolvido sintomas. As adolescentes enfrentam uma elevada taxa de tentativas de autoextermínio, sendo necessária intervenção em todos os níveis do sistema de saúde como forma de prevenir o suicídio nessa população.

DESCRITORES: Suicídio. Pacientes. Estudantes. Adolescentes.

ABSTRACT

To analyze the variables and aspects related to self-extermination attempts carried out by female adolescents. This is a descriptive study with female adolescents who were assisted by the Center for Information and Toxicological Assistance in Londrina, between the years 2017 and 2020. The variables of interest were related to the patient, intoxication and care at the health service. The epidemiological profile found presents a population mostly white, with incomplete secondary education, resident of the urban area and student. These events were mostly performed with a drug, orally, at home, and most patients developed symptoms. Adolescents face a high rate of self-extermination attempts, requiring intervention at all levels of the health system in order to prevent suicide in this population.

DESCRIPTORS: Suicide. Patients. Students. Adolescents.



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 suicídio é considerado um importante problema de saúde pública¹, causando 700 mil mortes por ano e compondo uma relação de uma vítima de suicídio para cada 20 tentativas de autoextermínio². Em uma perspectiva histórica, o suicídio foi considerado pecado sob o crivo catolicista, porém, mais recentemente, surgiu o viés sociológico, interpretado dentro de um contexto social e cultural, o psicológico, que relaciona o ato a conflitos internos, e o nosológico, que considera o suicídio como doença³.

O suicídio é definido como o ato de tirar a própria vida, feito de forma voluntária e intencional, do início ao fim, pelo próprio sujeito, sabendo do resultado fatal esperado⁴. Entretanto, alguns sinais antecedem o ato, como a ideação suicida, desejo de morte sem perspectiva para vida, sendo o suicídio considerado um alívio para o sofrimento e dor⁴.

Em escala global, o suicídio é a quarta causa de morte entre adolescentes e adultos jovens (faixa etária de 15 a 29 anos), sendo o uso de intoxicantes um método amplamente usado pelas vítimas². Nesse contexto, torna-se importante a análise dessa população, uma vez que a adolescência representa um período de intensas mudanças biológicas (puberdade), psicológicas e sociais, com a construção de identidade e o início da autonomia, além de ser uma fase que pode promover grande vulnerabilidade^{5,6}. Por outro lado, existem características inerentes à adolescência, como a agressividade e impulsividade. Ademais, é uma idade suscetível ao surgimento de psicopatologias relacionadas ao suicídio - depressão maior, uso de substâncias e transtorno externalizante – sendo que a taxa de tentativas de autoextermínio é elevada e preocupante, pois além de colocar a própria vida em risco, pode causar traumas significativos⁵.

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), considera-se adolescente, no Brasil, aqueles que possuem de 12 anos completos até 18 anos de idade⁷. Nacionalmente, no que se refere às tentativas de autoextermínio, vê-se grande prevalência na população adolescente (25% do total ocorre em pessoas de 10 a 19 anos), sendo a maioria em mulheres (69%)⁸. Além disso, a intoxicação ocupa lugar

significativo dentro dos métodos utilizados, correspondendo a cerca de 26% dos casos de tentativa de suicídio envolvendo adolescentes⁹.

Apesar de homens apresentarem maiores taxas de suicídio, mulheres apresentam maior quantidade de tentativas, apresentando um maior risco de tentar o autoextermínio¹⁰. Assim, observa-se uma certa recorrência na literatura o fato de adolescentes do sexo feminino realizarem mais tentativas de suicídio por intoxicação, o que as torna uma população de risco^{9,11}.

Desse modo, estudos científicos com essa temática têm como intuito embasar os dados e informações acerca das tentativas de suicídio na subpopulação de risco de adolescentes femininas, tendo como propósito reduzir esse número por meio de políticas públicas, uma vez que é uma causa de morte evitável¹².

A adolescência representa o início da vida adulta e é uma época cheia de lutos, mas que moldam a personalidade das próximas gerações. Por ser uma causa de morte evitável, justifica-se a intervenção nessa população para proporcionar uma vida longa e com saúde mental aos jovens. Sendo assim, analisar os dados relacionados às tentativas de suicídio por intoxicação em adolescentes femininas possibilita a adoção de medidas de intervenção de forma adequada e eficaz.

Dessa forma, o objetivo do presente estudo foi analisar as variáveis e aspectos relacionados às tentativas de autoextermínio realizadas por adolescentes do sexo feminino que foram atendidas por um centro de informação e assistência toxicológica.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo com pacientes atendidas pelo Centro de Informações e Assistência Toxicológica de Londrina (CIATox-Londrina). O CIATox é um serviço que integra a rede de urgência e emergência do Sistema Único de Saúde (SUS), em âmbito nacional, atendendo os casos de intoxicação, de forma presencial ou remota, com funcionamento de 24 horas. Presta assistência clínica e laboratorial, por via telefônica ou presencial, principalmente à macrorregião norte do Paraná, mas atende casos de todo o estado. Localiza-se no Pronto Socorro do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina, atuando desde 1985.

A população estudada englobou adolescentes do sexo feminino, dos 12 aos 18 anos, cujas tentativas de suicídio por evento toxicológico tenham sido atendidas pelo CIATox-Londrina no período de 2017-2020.

A fonte de dados do estudo foi o Sistema Brasileiro de Dados de Intoxicação (DATATOX), sistema online mantido pela Associação Brasileira de Centros de Informação e Assistência Toxicológica (ABRACIT). É uma fonte secundária, na qual ficam registrados os dados relacionados ao paciente, ao intoxicante, às circunstâncias de exposição, às manifestações e à evolução do paciente. Os dados do presente estudo foram obtidos por meio do banco de dados do CIATox-Londrina.

As variáveis analisadas foram divididas em três grupos: aquelas relacionadas ao paciente (idade, gestação, zona de residência, escolaridade, ocupação e raça); à intoxicação (agentes tóxicos, número de agentes tóxicos, local de exposição, via de exposição e manifestações clínicas); e ao atendimento clínico (local de atendimento, internação, tempo de internação, gravidade final e desfecho do caso).

Para a análise descritiva dos dados, foi utilizada a distribuição de frequência absoluta e relativa. As variáveis contínuas foram expressas como média, desvio padrão e mediana. O Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina (UEL), sob número CAAE 45986415.1.0000.5231.

RESULTADOS

A população do estudo foi composta por 1338 adolescentes do sexo feminino. Percebeu-se aumento crescente das tentativas de suicídio até a idade de 16 anos, na qual atingiu-se o pico, com redução aos 17 e 18 anos. A média de idade foi de 15,5 \pm 1,5 anos. A cor mais prevalente foi a branca, seguida pela parda (Tabela 1).

Notou-se um reduzido número de gestantes (n=9; 1%) que tentaram suicídio na adolescência. Ademais, 1252 pacientes (94%) autointitularam sua ocupação como “estudante” e apenas 42 (3%) possuíam trabalho assalariado.

Tabela 1. Caracterização de adolescentes envolvidas em tentativas de suicídio segundo aspectos sociodemográficos, CIATox-Londrina, 2017-2020 (N=1338).

Variáveis	Categorização	N	%
Idade (anos)	12	69	5%
	13	139	10%
	14	210	16%
	15	234	17%
	16	266	20%
	17	211	16%
	18	209	16%
Raça	Branca	988	74%
	Parda	273	20%
	Preta	55	4%
	Amarela	4	<1 %
	Outras*	18	1%
Gestação	Não gestantes	1232	92%
	Gestantes	9	1%
	Outros**	97	7%
Zona de residência	Urbana	1252	94%
	Rural	78	6%
	Não preenchido	8	1%
Escolaridade	Fundamental incompleto	347	26%
	Fundamental completo	50	4%
	Médio incompleto	798	60%
	Médio completo	100	7%
	Superior incompleto	37	3%
	Outros***	4	<1 %
Ocupação	Estudantes	1252	94%
	Desempregadas	26	2%
	Do lar	17	1%
	Outros ****	42	3%

Fonte: Elaborado pelo autor, 2022.

* Inclui a raça indígena (apenas 1 relato) e aquelas classificadas como ignoradas e não preenchidas

** Inclui aquelas classificadas como não se aplica, ignoradas e não preenchidas.

*** Inclui aquelas classificadas como não se aplica, ignoradas e não preenchidas.

**** Inclui aquelas classificadas como não se aplica, ignoradas e não preenchidas, além de 1 artesã; 1 auxiliar de contabilidade; 1 auxiliar de costura; 1 auxiliar de costureira; 1 auxiliar na linha de produção; 1 auxiliar de escritório; 4 babás; 1 caixa de supermercado; 1 cuidadora de idosos; 1 coordenadora de RH; 1 cozinheira de restaurante; 1 empregada doméstica diarista; 1 empregada doméstica faxineira; 1 encarregada de cozinha; 1 faxineira no serviço doméstico; 4 operadoras de caixa; 1 recepcionista de caixa; 1 repositora em supermercado; 1 sitiante polivalente; 1 vendedora no comércio de mercadorias; 2 vendedoras internas; 1 manicure; 3 ignoradas; 5 não se aplica; 5 não preenchido.

Os medicamentos representaram a forma mais usada pelas adolescentes nas tentativas de suicídio (n=1198; 84%), sendo a via oral relatada em todos os casos (100%), ainda que em 1 caso tenha sido associada à via respiratória e em outro caso associada à via parenteral. Observou-se que 1258 (94%) das pacientes fizeram uso de apenas um toxicante. As tentativas de suicídio ocorreram, em sua maioria, na própria residência (n=1310;98%).

As intoxicações causaram consequências deletérias em 1151 pacientes sintomáticas (86%). Dentre as manifestações identificadas, destacaram-se as neurológicas, psíquicas e/ou musculares (n=830; 34%), digestivas (n=569; 24%) e cardiológicas (n=403; 17%).

Tabela 2. Caracterização das adolescentes envolvidas em tentativas de suicídio segundo aspectos relacionados à exposição e à intoxicação, CIATox-Londrina, 2017-2020.

Variáveis	Categorização	n	%
Agentes tóxicos (N = 1423)	Medicamentos	1198	84%
	Produtos domissanitários	61	4%
	Raticidas	47	3%
	Agrotóxicos	40	3%
	Drogas de abuso	32	2%
	Produtos de uso veterinário	17	1%
	Outros*	28	2%
Número de agentes tóxicos (N = 1338)	1 intoxicante	1258	94%
	2 intoxicantes	76	6%
	3 ou mais intoxicantes	4	<1%
Local de exposição (N = 1338)	Residência **	1310	98%
	Escola	18	1%
	Outros ***	10	1%
Via de exposição (N = 1338)	Oral****	1338	100%
Número de manifestações (N = 1338)	Assintomáticas	187	14%
	1 sintoma	351	26%
	2 sintomas	303	23%
	3 sintomas	232	17%
	4 sintomas	118	9%
	5 sintomas	60	4%
	6 ou mais sintomas	87	7%
Sintomas (N = 2378)	Neurológicos/psíquicos/musculares	810	34%
	Digestivos	569	24%

Cardiológicos	403	17%
Diagnósticos anatômicos funcionais e sindrômicos	107	4%
Oculares	75	3%
Dermatológicos	55	2%
Respiratórios	53	2%
Gerais	31	1%
Geniturinários	11	<1%
Otorrinolaringológicos	2	<1%
Outros *****	262	11%

Fonte: Elaborado pelo autor, 2022.

*Inclui-se cosméticos e higiene pessoal (9), produtos químicos residenciais ou industriais (7), alimentos (5), inseticidas de uso doméstico (3), plantas e fungos (2), metais (1), outros (1)

** Inclui-se na residência aquelas marcadas como residência - habitual e residência – outra.

*** Inclui aquelas classificadas como ambiente externo/público, ignoradas e não preenchidas.

**** Todas as tentativas foram por via oral, sendo apenas 2 associadas a via parenteral e respiratória.

***** Inclui aquelas classificadas como não preenchidas e outras.

Aproximadamente 1040 pacientes (78%) foram atendidas em hospitais e pronto atendimentos. Após o atendimento, a maioria dos casos foram estadiados como leve (n=829; 67%), levando a uma pequena quantidade de internações (n=274; 20%). A maioria recebeu alta antes de 24 horas de observação (n=1063; 79%). Das que permaneceram internadas, apenas 14 (5%) necessitaram de seis ou mais dias no serviço de saúde (Tabela 3).

Um total de 1114 (83%) pacientes obtiveram como desfecho a cura, sendo que 177 (13%) permaneceram assintomáticas e apenas 2 casos (1%) tiveram um desfecho fatal, com óbito relacionado ao evento toxicológico.

Tabela 3. Caracterização das adolescentes envolvidas em tentativas de suicídio segundo clínica de atendimento, CIATox-Londrina, 2017-2020.

Variáveis	Categorização	n	%
Local de atendimento (N = 1338)	Hospital Geral	631	47%
	Pronto atendimento	409	31%
	Centro de saúde/unidade básica	57	4%
	Pronto-socorro geral	25	2%
	Policlínicas	22	2%
	Posto de saúde	8	1%
	Outros*	186	14%
Internação em hospital (N = 1338)	Sim	274	20%
	Não	1063	79%
	Outros **	1	<1%

Tempo de internação (N = 274)	1 dia	107	39%
	2 dias	90	33%
	3 dias	28	10%
	4 dias	18	7%
	5 dias	17	6%
	6 dias ou mais	14	5%
Gravidade final (N = 1338)	Nula	181	14%
	Leve	892	67%
	Moderada	205	15%
	Grave	46	3%
	Fatal	2	<1%
	Ignorada	12	1%
Desfecho (N = 1338)	Assintomático	177	13%
	Cura	1114	83%
	Ignorado	45	3%
	Óbito relacionado ao evento	2	<1%

Fonte: Elaborado pelo autor, 2022.

*Inclui-se 1 unidade móvel de nível pré-hospitalar na área de urgência, 1 hospital especializado, 1 ambulatório especializado, 1 polo academia da saúde, 2 secretarias de saúde; 3 unidades mistas e 1 serviço de apoio de diagnose e terapia.

** Inclui os não preenchidos.

DISCUSSÃO

Entende-se da população estudada que a média de idade das adolescentes do sexo feminino que tentaram suicídio foi de 15 anos, raça branca e residentes na zona urbana. Essas adolescentes são majoritariamente estudantes, em sua maior parte com ensino médio incompleto, ainda que grande parte não tenha terminado o ensino fundamental. Em geral, essa população, ao tentar o autoextermínio, faz a ingestão de um medicamento em sua própria residência. Os casos evoluem geralmente de forma leve, com poucos casos com mais de 4 sintomas. A maior parte é atendida em hospitais gerais e prontos-socorros, sem a necessidade de internação e tendo desfechos em sua maioria assintomáticos ou de cura.

O presente estudo analisou o perfil das adolescentes do sexo feminino que realizaram tentativas de suicídio por evento toxicológico, uma vez que esta população apresentou um aumento de risco para este evento nos últimos anos¹¹. Constatou-se, em determinado estudo, uma maior prevalência de mulheres em relação aos homens, com proporção de 3:1¹³. Tais informações vão ao encontro dos dados atualmente

listados na literatura sobre o assunto: o sexo feminino apresenta maior incidência de tentativas de autoextermínio por intoxicação exógena¹⁴, com idades que predominavam no final da adolescência, de 15 a 18 anos^{10,12}.

As adolescentes do sexo feminino tornam-se o principal alvo desse estudo devido ao fato de que, apesar de um maior número de óbitos por autoextermínio ocorrerem entre homens, o número de tentativas de suicídio entre as mulheres adolescentes é maior¹⁰. Torna-se ainda mais evidente quando analisado em um macroambiente que favorece suas tentativas de autoextermínio, uma vez que mulheres sofrem com consequências de comportamentos machistas institucionalizados na sociedade, como conflitos domésticos, pressão por um padrão de beleza inalcançável e dificuldades escolares por obrigações que não concernem à adolescência. Além disso, centra-se na adolescência o período de início dos relacionamentos afetivos, tornando-se um importante gerador de sofrimento e conflito na vida de jovens mulheres^{10,11}.

Além disso, a idade das pacientes deste estudo concentrou-se na adolescência tardia, ou seja, de 15 a 18 anos. Essa faixa etária lida com questões psicológicas inerentes como a mudança de uma dependência infantil para a independência adulta, a luta com a mudança corporal e o luto pela perda da inocência da criança. Considera-se um período formador de identidade com lutas e frustrações, estando relacionado ao fato de haver uma maior taxa de tentativa de suicídio, sendo, desse modo, um período de maior sofrimento¹⁰⁻¹².

Dialogando com o que indica a literatura, 60% da população não terminou o ensino médio e 26% não terminou o ensino fundamental. Ainda assim, 94% da população se autointitula como estudante. Acredita-se estar associado a este fato as adolescentes possuírem emprego informal, conferindo a essa população um status de fragilidade social e de baixo nível socioeconômico^{1,10,11,15}. Esses aspectos constituem fatores de risco para tentativa de suicídio e favorecem, assim, a ocorrência de atos de autoextermínio nessa população^{1,15}.

Consoante com o que se encontra na literatura atual sobre o assunto, homens possuem tendência a utilizar métodos violentos para autoextermínio, enquanto mulheres tendem a usar autointoxicação¹². O principal local de exposição é a própria residência e os principais agentes intoxicantes são medicamentos (84%). Reflete-se sobre isso o fato de que ocorre um acúmulo de medicamentos nas residências, seja pela má adesão a tratamentos ou pela facilidade de obtenção desses medicamentos

(a maioria dos analgésicos e anti-inflamatórios são de venda livre), pela vasta gama de exemplares disponíveis no país, pelo costume da automedicação e pela falta de armazenamento adequado, facilitando o acesso nas residências^{9,11,12,14}.

Os medicamentos utilizados na tentativa de autoextermínio são aqueles das classes dos analgésicos, psicofármacos, antibióticos, antialérgicos, entre outros¹³. Alguns estudos encontraram como principais medicamentos os ansiolíticos e hipnóticos, antidepressivos, analgésicos e antipiréticos, antipsicóticos e neurolépticos^{9,11,12}. É importante ressaltar que determinados estudos apontam uma associação significativa do aumento das tentativas de suicídio nos adolescentes com o aumento do uso de drogas lícitas e ilícitas por essa população¹³.

A utilização majoritária de 1 intoxicante (98%) condiz com outros estudos sobre o tema e demonstra que as pacientes não desejam, necessariamente, causar sua morte, mas, provavelmente, buscar alívio do sofrimento causado por questões diversas, incluindo as sociais^{4,9}. Além disso, grande parte das adolescentes que tentam o autoextermínio possuem algum diagnóstico psiquiátrico, em especial os transtornos de ajustamento e os transtornos de personalidade^{9,13}.

Em contrapartida, há divergências na literatura quanto ao estadiamento das intoxicações, tendo alguns estudos encontrado um maior número de intoxicações leves e moderadas, 41% e 40% respectivamente, enquanto o presente estudo tem uma maior prevalência de casos leves (67%)⁹. No entanto, os estudos concordam que a maioria das tentativas de suicídio apresentam uma baixa letalidade, com reduzida taxa de internação hospitalar⁹.

O estudo vigente encontrou limitações na falta de dados pela fonte de informações utilizada, muitas vezes marcados como ignorados ou desconhecidos, que acabam limitando uma análise mais minuciosa da epidemiologia dos casos. Além disso, acredita-se que o número de pacientes que tentam suicídio seja maior que o analisado, porém, devido à subnotificação dessas tentativas, há uma defasagem de estudos em atualizar os dados.

CONCLUSÃO

As adolescentes que tentaram autoextermínio são, em sua maioria, da raça branca, residentes na zona urbana, estudantes e com ensino médio incompleto. As tentativas de autoextermínio ocorreram principalmente com um medicamento ingerido

por via oral em sua própria residência. Os casos evoluíram em geral de forma leve, com reduzido número de casos com mais de 4 sintomas. A maioria das pacientes não necessitaram de internação e apresentaram desfechos assintomáticos ou de cura.

As adolescentes do sexo feminino têm maior chance de realizar tentativas de autoextermínio pelo uso de intoxicantes orais devido a diversos aspectos socioeconômicos envolvendo o sexo biológico, a faixa etária e o estrato socioeconômico. Trata-se de um problema interdisciplinar e que deve ter abordagens específicas estratificadas em todos os níveis de saúde, mas, principalmente, na atenção primária, como forma de prevenção ao suicídio.

REFERÊNCIAS

1. Vieira, LJES, Freitas, MLV, Pordeus, AMJ, Lira, SVG, Silva JG. “Amor não correspondido”: discursos de adolescentes que tentaram suicídio. *Cien Saude Colet.* 2009;14(5):1825–34. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000500024>
2. Organization WH. Suicide prevention [Internet]. Suicide prevention. 2021 [citado 09 de janeiro de 2023]. Available at: https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab_1
3. Souza, ER, Minayo, MCS, Malaquias, JV. Suicide among young people in selected Brazilian State capitals. *Cad saúde pública / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Esc Nac Saúde Pública.* 2002;18(3):673–83. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000300011>
4. Viana, GN, Zenkner, FDM, Sakae, TM, Escobar, BT. Prevalência de suicídio no Sul do Brasil , 2001-2005. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria.* 2008;57(1):38–43. doi: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852008000100008>
5. Boarati, MA, Krause, RN, Felício, JL. Psiquiatria na adolescência. In: Meleiro, A, organizador. *Psiquiatria: estudos fundamentais.* 1º ed Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2018. p. 729–45.
6. Reis, DC, Almeida, TAC, Coelho, AB, Madeira, AMF, Paulo, IMA, Alves, RH. ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ATENÇÃO À SAÚDE E VULNERABILIDADES NA ADOLESCÊNCIA. *Espac. Saude [Internet].* 31º de março de 2014 [citado 5º de outubro de 2022];15(1):47-56. Disponível em: <https://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/view/538>
7. Presidência da República (Brasil). Lei nº 8.069, 13 de julho de 1990 [Internet]. *Diário oficial da república federativa do Brasil, 1990.* Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm#art266
8. Ministério da saúde (Brasil). Suicídio. Saber, agir e prevenir. *Bol epidemiológico* nº 30 [Internet]. 2017;48(30). Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/acolha-a->

[vida/bibliografia/2017025PerfilepidemiologicodastentativaseobitosporsuicidionoBrasilearededeatenaoasade.pdf](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=836)

9. Lôbo, APA, Abdon, APV, Carvalho, ILN, Campos, AR. Tentativas de suicídio por intoxicação medicamentosa: adolescência em alerta. *Adolescência & Saúde* [Internet]. 2014;17(2):42–50. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=836
10. Claumann, GS, Pinto, AA, Silva, DAS, Pelegrini, A. Prevalence of suicidal thoughts and behaviors and its association with body dissatisfaction in adolescents. *J Bras Psiquiatr*. 2018;67(1):3–9. doi: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000177>
11. Avanci, RC, Pedrão, LJ, Júnior, MLC. Perfil do adolescente que tenta suicídio em uma unidade de emergência. *Rev Bras Enferm* [Internet]. setembro de 2005 [citado 21 de agosto de 2022];58(5):535–9. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672005000500007>
12. Veras, JLA, Katz, CRT. Suicide attempts by exogenous intoxication among female adolescents treated at a reference hospital in the City of Recife-PE, Brazil. *Rev Bras Enferm*. 2011;64(5):833–8. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000500005>
13. Ficher, AMFT, Vansan, GA. Tentativas de suicídio em jovens: aspectos epidemiológicos dos casos atendidos no setor de urgências psiquiátricas de um hospital geral universitário entre 1988 e 2004. *Estud Psicol*. 2008;25(3):361–74. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2008000300005>
14. Oliveira, FFS, Suchara, EA. Perfil epidemiológico das intoxicações exógenas em crianças e adolescentes em município do Mato Grosso ☆. *Rev Paul Pediatr* [Internet]. 2014 [citado 21 de agosto de 2022];32(4):299–305. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-05822014000400004>
15. Faria, NMX, Victora, CG, Meneghel, SN, Carvalho, LA. Suicide rates in the State of Rio Grande do Sul, Brazil: association with socioeconomic, cultural, and agricultural factors. *Cad Saude Publica* [Internet]. dezembro de 2006 [citado 21 de agosto de 2022];22(12):2611–21. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006001200011>

RECEBIDO: 26/08/2022

ACEITO: 06/03/2023

Análise de situação de saúde: um olhar a partir do território

Health situation analysis: a look from the territory

Rafael Zaneripe de Souza Nunes¹, Natan Gonçalves de Lima João², Maria Eduarda Cardoso³, Gabriela Silveira Maciazeki⁴, Marcos Bauer⁵, Vanessa Pereira Corrêa⁶, Letícia Monteiro Bettiol⁷, Lisiane Tuon⁸

1. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-6195-0400>. Psicólogo. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade do Extremo Sul Catarinense. Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, Santa Catarina, Brasil.

E-mail: rafaelzaneripe.psico@gmail.com

2. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-3141-0235>. Cirurgião-dentista. Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade do Extremo Sul Catarinense. Residente em Atenção Básica e Saúde da Família pela Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, Santa Catarina, Brasil.

E-mail: ntanlima@gmail.com.

3. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8725-2611>. Nutricionista. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade do Extremo Sul Catarinense. Residente em Saúde Mental pela Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, Santa Catarina, Brasil.

E-mail: eduardaoliveirac97@gmail.com.

4. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8751-8763>. Cirurgiã-dentista. Residente em Atenção Básica e Saúde da Família pela Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, Santa Catarina, Brasil.

E-mail: gabriellamaciazeki@unesc.net.

5. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-5890-1539>. Profissional de Educação Física. Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade do Extremo Sul Catarinense. Residente em Atenção Básica e Saúde da Família pela Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, Santa Catarina, Brasil.

Email: marcosbauer@unesc.net.

6. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8972-2231>. Fisioterapeuta. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

E-mail: nessaaacorrea@gmail.com.

7. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-9977-8116>. Fisioterapeuta. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade do Extremo Sul Catarinense. Residente em Atenção Básica e Saúde da Família pela Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, Santa Catarina, Brasil.

E-mail: leticiamonteirobettiol@gmail.com

8. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-0809-0712>. Fisioterapeuta. Doutora em Medicina e Ciências da Saúde pela Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, Santa Catarina, Brasil.

E-mail: ltb@unesc.net

CONTATO: Rafael Zaneripe de Souza Nunes | Endereço: Av. Universitária, 1105 - Universitário, Criciúma - SC, 88806-000 | Telefone: (48) 984050833 | E-mail: rafaelzaneripe.psico@gmail.com.

RESUMO

A territorialização é um dos pressupostos básicos do trabalho da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e se faz de extrema importância conhecer o território. O estudo se baseou no mapa territorial das Unidades Básicas de Saúde (UBS) para avaliar a situação de saúde da população. Tratou-se de um estudo guarda-chuva, transversal, quantitativo e censitário das UBSs, realizado em um município do extremo sul catarinense em março de 2022. Dos resultados, destacou-se que a maioria das unidades são ESF (81,8%). Para tanto, verificou-se a importância do mapa territorial como ferramenta de trabalho, sendo composto, principalmente, por microáreas (86,3%), seguido por grupos de agravo (63,6%) e por áreas de risco (45,4%). Entretanto, foi possível observar irregularidade temporal na atualização dos mapas, o que denota uma lacuna no acompanhamento das equipes frente ao território.

DESCRITORES: Sistema Único de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Territorialização da Atenção Primária. Mapa.

ABSTRACT

Territorialization is one of the Family Health Strategy (FHS) work basic assumptions so it is extremely important to know the territory. The present study was based on the territorial map of the Basic Health Units (BHU), to assess the population` health situation. This is an umbrella, cross-sectional, quantitative and census type study of the UBSs, carried out in march 2022 in a municipality in the extreme south of Santa Catarina. With regard to the results, it is noteworthy that most units are FHS (81.8%). For this purpose, there is the importance of the territorial map as a working tool and it is observed that it is composed mainly by micro areas (86.3%), grievance groups (63.6%) and risk areas (45.4%). However, it was possible to observe a temporal irregularity in updating the maps, which denotes a gap in the monitoring on the part of the teams across the territory.

DESCRIPTORS: Unified Health System. Primary Health Care. Territorialization in Primary Health Care. Map.



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 Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem como meta o aprimoramento das diretrizes da integralidade, da universalidade, da equidade, da territorialização e da descentralização, preconizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Para isso, um dos componentes principais para garantia desse processo é o Agente Comunitário de Saúde (ACS), o qual mantém um elo entre os usuários e os componentes das unidades. Para facilitar e compreender o trabalho dos ACSs e dos demais profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) nas suas áreas de atuação, é necessário visualizar o território como categoria geográfica¹.

Conforme a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), a equipe da Atenção Básica tem como diretriz conhecer o território sob sua responsabilidade de modo que possam ser realizados o planejamento e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde da coletividade que constituem aquele território, sempre em consonância com o princípio da equidade². Nesse sentido, a territorialização é um dos pressupostos básicos do trabalho da ESF. No entanto, essa tarefa adquire, pelo menos, três sentidos diferentes e complementares: a) demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; b) reconhecimento do 'ambiente', da população e da dinâmica social existentes nessas áreas; e c) estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais, como centros de referência³.

Na medida em que o planejamento da Educação em Saúde se afasta do modelo biomédico e se adequa à reorientação do SUS, o conhecimento sobre o processo de territorialização se torna ferramenta necessária para que a transição entre tais modelos de aprendizado ocorra de modo fluido e funcional, especialmente no contexto da Atenção Básica⁴.

Uma forma de identificar os problemas e as demandas dos usuários das unidades de saúde é o conhecimento do seu território. O mapeamento e os seus procedimentos são ferramentas úteis para a interpretação e a sistematização da área pertencente à unidade. O mapa do território, por sua vez, tem como seu principal objetivo representar graficamente a área de abrangência da equipe de saúde, pois permite a visualização espacial do território, o que serve como ferramenta para compreender suas particularidades⁵.

Na mesma perspectiva, pode-se destacar o conceito de Análise de Situação de Saúde (Asis). Em meio à sua dinâmica, ela procura caracterizar, mensurar e explicar o processo de saúde-doença de uma população, além de definir prioridades para as estratégias de intervenção e de planejamento dos serviços com o diagnóstico da realidade local⁶.

A Asis é uma ferramenta que facilita a identificação de necessidades e de prioridades, bem como a identificação de intervenções e de programas adequados, além de avaliação do seu impacto na saúde, que passou a ser requerida devido à crescente complexidade do perfil das doenças prevalentes e da organização dos serviços; assim, envolve inúmeras dimensões da saúde⁷. Portanto, além da avaliação do estado de saúde, do dimensionamento dos determinantes referentes às condições de vida e dos fatores de risco para doenças crônicas, é essencial para a análise de situação de saúde e assume maior relevância quando políticas de promoção de saúde passam a ser efetivamente adotadas⁸.

Segundo a PNAB, ter o conhecimento da população adstrita em seu território corrobora para um melhor planejamento, para uma programação adequada e para o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais, baseadas nos fatores condicionantes e determinantes de saúde, conforme o princípio da equidade. Dessa forma, a territorialização é um dos princípios norteadores da PNAB. Ainda assim, vale ressaltar a diferença entre dois termos importantes que abrangem a temática aqui abordada: a cartografia e o mapeamento territorial, sendo que este busca demonstrar as disposições sociais, as características particulares em nível individual e coletivo e os espaços de ações sociais que, de modo direto e indireto, implicam em influências sobre os determinantes sociais das doenças²; e aquela visa a cartografar e a normatizar os aspectos da realidade, ou seja, perpassa os conhecimentos da saúde, porque analisa, em conjunto, condições culturais, políticas e sociosanitárias⁹

Para a confecção do mapa territorial, primeiramente é necessária a definição da área; esse reconhecimento é feito pela equipe da UBS. Para tal, devem ser levados em conta diversos fatores, como os limites geográficos, a divisão das microáreas, a localização dos equipamentos sociais do local, além dos aspectos epidemiológicos e das características culturais e sociais. Após a realização do mapa estático, é realizado o mapa inteligente, caracterizado pela possibilidade de ser atualizado. Como o mapa serve de estratégia para uma melhor visualização da região sob responsabilidade da ESF, sugere-se que nele estejam, além das áreas geográficas demarcadas, as

características sociais, sanitárias, educacionais e de segurança⁵. O mapeamento, então, analisa a delimitação espacial da atuação de um serviço de saúde, uma vez que oportuniza um melhor reconhecimento das necessidades da população.

Sendo assim, a partir de um correto mapeamento do território associado à cartografia da população local, é possível conhecer as reais necessidades e as demandas de saúde da população. Informações essas que podem funcionar como um subsídio para o planejamento de ações voltadas para as condições epidemiológicas e sociodemográficas do território, o que oferece um atendimento de saúde mais resolutivo para a comunidade local¹⁰.

Outrossim, a partir do mapa territorial, as equipes de saúde podem conhecer as famílias adstritas em seu território, bem como os principais problemas de saúde e as situações de vulnerabilidade, o que possibilita a elaboração de programas e de estratégias que auxiliem no enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença, a partir de um atendimento integral e humanizado para toda a população sob sua responsabilidade^{1,10-13}. Nesse sentido, o presente estudo tem por objetivo analisar o uso e as características da ferramenta do mapa territorial nos pontos de APS de um município de médio porte localizado no extremo sul catarinense.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo guarda-chuva, transversal, de natureza quantitativa, com base censitária no nível das UBSs, realizado em um município do extremo sul catarinense em março de 2022, que buscou realizar a análise de situação de saúde dos pontos de atenção primária à saúde. No presente estudo, utilizaram-se as variáveis relacionadas ao uso e às características da ferramenta do mapa territorial, recortadas do banco de dados do projeto. O município está localizado na mesorregião Sul Catarinense. No último censo, realizado em 2010, a população era de 192.308 habitantes e o município era o quinto maior em número de habitantes. Em 2019, o IBGE estimou 215.186 habitantes.

No total, são 48 UBSs que compõem a APS do município; dessas, 46 estavam elegíveis para participar do estudo, ou seja, a estrutura física não estava em reforma e/ou construção – entre ESF, UBS e ESF/UBS. Em virtude dos dados faltantes (e.g., erro de digitação e/ou preenchimento, ou a não transposição dos questionários físicos para o banco de dados digital), contabilizaram-se, no presente estudo, dados de 44

unidades, as quais compõem a amostra final.

Por se tratar de um estudo guarda-chuva, foram construídos três questionários: a) Bloco A – sobre a estrutura física da unidade, como disponibilidade de insumos, disponibilidade de imunobiológicos, acessibilidade e condições da instalação; b) Bloco B – atribuições dos profissionais de saúde da atenção primária, a fim de compreender suas percepções sobre o processo e organização do trabalho e; Bloco C – percepção dos usuários sobre os procedimentos, a organização, o funcionamento, a satisfação e a participação social. A estrutura e a sistematização dos questionários foram baseadas no Programa Previne Brasil¹⁴ e no antigo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)¹⁵. Os dados utilizados são recortes dos bancos de dados referentes ao Bloco A e ao Bloco B, que foram aplicados, preferencialmente, com o gerente da unidade, ou com algum funcionário da equipe de saúde com nível superior na área da saúde e com mais de 6 meses de experiência na unidade.

Os Blocos A e B foram, primeiramente, aplicados por meio de questionários físicos e, posteriormente, passados para um formulário *on line* com auxílio da plataforma *GoogleForms*. Ambos geraram o banco de dados em pasta do Microsoft Excel – evitando-se a dupla digitação – e foram analisados no *Software for Statistics and Data Science – Stata* versão 14.0. Além disso, o projeto foi realizado sob aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CAAE: 55773622.3.0000.0119).

RESULTADOS

Das 48 unidades de saúde, 44 (91,6%) participaram do estudo. Dessas, 36 (81,8%) eram ESFs, 7 (15,9%) eram UBSs e 1 (2,2%) era policlínica. Dos respondentes, 36 (81,8%) eram gerentes das unidades; dentre as profissões, a maioria, 29 (65,9%), era de enfermeiros, seguidos por 10 (22,7%) cirurgiões-dentistas e 2 (4,5%) médicos. Outros 3 profissionais foram identificados, como administrador de empresas, pedagogo e técnico de enfermagem, os quais representaram 6,8% da amostra. Em relação ao tamanho da população adscrita, 11 (25,0%) das unidades têm até 3.000 usuários em seu território; 11 (25,0%) têm entre 4.000 e 5.000 habitantes e 8 (18,1%) têm mais de 6.000 habitantes.

A tabela 1 demonstra quantas das unidades pesquisadas possuem mapa territorial. A tabela 2, por sua vez, apresenta as informações sobre o mapa territorial nas unidades de saúde.

Tabela 1. Descrição das informações sobre o mapa territorial

Possui mapa do território de abrangência?	N	%
Sim	39	88,6
Não	5	11,3

Fonte: Elaborada pelos autores (2022).

Tabela 2. Itens no mapa territorial

Quais itens estão contidos no mapa?	N	%
Microáreas	38	86,3
Grupos de agravo	28	63,6
Áreas de risco	20	45,4
Grupos organizados	7	15,9
Equipamentos sociais	26	59,0
Condições étnicas	1	2,2
Condições socioeconômicas	9	20,4

Fonte: Elaborada pelos autores (2022).

A tabela 3, a seguir, apresenta dados referentes à proporção das unidades de saúde que realizam atualização do mapa territorial. A maioria atualizou o documento entre o período de 12 a 24 meses (36,3%), seguido da última atualização, há mais de 24 meses (27,2%). Ainda, 1 (2,27%) relatou nunca ter realizado atualização. Quanto à população descoberta, 45,5% (20) relataram ter a população descoberta no mapa territorial, enquanto os demais, 54,5% (24), afirmam não possuir população descoberta.

Tabela 3. Proporção de unidade com atualização do mapa territorial

Atualização do mapa territorial	N	%
Menos de 1 mês	1	2,7
De 1 a 3 meses	2	4,5
De 6 a 12 meses	7	15,9
De 12 a 24 meses	16	36,3
Mais de 24 meses	12	27,2
Nunca foi realizada	1	2,2

Fonte: Elaborada pelos autores (2022).

Quanto ao acesso às informações sobre a situação de saúde dos moradores adstritos em seu território, no que diz respeito à disponibilização dessas informações

pela gestão, 32 (72,7%) relataram possuir acesso, 9 (20,4%) colocaram que têm acesso parcial e, por fim, 3 (6,8%) afirmaram não ter acesso às informações. Em relação à oferta de recursos disponibilizados para a equipe, percebe-se que 35 (80,0%) possuem painel informativo epidemiológico, 34 (77,0%) possuem relatórios e consolidados mensais dos Sistemas de Informação da Atenção Básica (Siab) e 18 (41,0%) apresentam informativos da atenção básica Sala de Situação.

Tabela 4. Recursos disponibilizados

Quais os recursos disponibilizados para a equipe?	N	%
Painel informativo epidemiológico	35	80
Informativos da atenção básica/sala de situação	18	41
Relatórios e consolidados mensais dos Siabs		
Outro(s)	34	77
	3	7

Fonte: Elaborada pelos autores (2022).

DISCUSSÃO

A territorialização dos agravos, dos fatores de risco e das atividades de saúde está sendo preconizada pelo SUS, tendo em vista que o reconhecimento do território é a base para caracterizar e para compreender a população e seus problemas de saúde. Durante esse processo, o território deixa de ser visto apenas como uma referência geográfica e passa a agregar atores sociais, culturais e históricos¹³. Diante dos resultados encontrados no presente estudo, foi possível analisar que a maior parte das UBS possuía mapas do seu território de abrangência (tabela 1). Resultado importante, visto que a territorialização representa um instrumento relevante de organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde, posto que as ações de saúde são implementadas sobre uma base territorial detentora de uma delimitação espacial previamente determinada¹³.

Dito isso, a divisão das equipes nos territórios garante a integralidade do cuidado, a partir de ações com base nas avaliações locais, ao passo que estabelece uma afiliação mais forte e promove um melhor atendimento à população. Isso possibilita que gestores e profissionais de saúde obtenham uma compreensão das características sociais específicas e das necessidades de saúde de cada território em específico.

No Brasil, a conjugação de classe e de território gera hierarquias e assimetrias

marcantes na distribuição dos níveis de saúde dentro da população. A desigualdade absoluta é maior nas áreas menos desenvolvidas, pois a maior intensidade do estado de saúde negativo nesses territórios se combina à maior densidade das categorias mais vulneráveis, para impor um enorme fardo populacional à saúde. As discrepâncias relativas à saúde, por sua vez, são maiores nas áreas mais desenvolvidas, pois os melhores níveis de saúde em territórios menos adversos favorecem mais os grupos com recursos e capacidades de potencializar ganhos de saúde¹⁶.

No âmbito espacial, a distância entre moradia e trabalho, a dependência do transporte coletivo, a deficiência de saneamento, a densidade demográfica, a proximidade física entre os objetos que compõem as configurações territoriais, a interação face a face, as limitações internas em espaço e em suporte das moradias – em sua função de “espaço de proteção” na situação de pandemia – geram situações e comportamentos de risco para aqueles que se distribuem em espaços com essas características¹⁷. Estudos sociológicos contemporâneos convidam a repensar os grupos sociais validados pelas suas autodenominações, ou seja, são as pessoas que se definem e se aproximam às identidades dos grupos sociais específicos. Assim, devem ser considerados os conceitos de grupos sociais, desde que sejam mais inclusivos e abrangentes no espectro étnico das identidades construídas¹⁸.

Então, entender os modos de vida das pessoas e das coletividades, as suas expectativas, os olhares e as visões de mundo permitem às equipes de saúde uma maior aproximação com a comunidade e a busca de um cuidado na perspectiva da integralidade. Esse cuidado, portanto, pode ser mais resolutivo, o que favorece o vínculo, pois as pessoas têm demonstrado, em seu dia a dia, a vivência de cuidado integral¹⁹.

Ao buscar uma maior aproximação dos profissionais de saúde com a realidade vivida pelas pessoas, foi proposta a reorganização dos serviços de saúde na Atenção Básica, por via da ESF. Essa estratégia favorece a consolidação dos princípios do SUS, de forma a possibilitar, entre outras coisas, o acolhimento e o vínculo pela territorialização e pela proximidade das pessoas com as equipes de saúde. Dessa forma, é preciso olhar como as pessoas vivem, quais os recursos de que dispõem para atender suas necessidades e suas expectativas no cuidado à saúde²⁰.

Um dos elementos centrais que circundam a noção de território na analítica foucaultiana é o conceito de dispositivo, que pode congrega um conjunto de técnicas, de procedimentos e de instrumentos que geram como efeito a regulação da

população. O dispositivo, por conseguinte, enuncia certa modalidade de poder ao tecer uma rede que conecta discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais e filantrópicas²¹.

Ele, o dispositivo, se refere ao entrelaçamento da técnica jurídico-legal, de técnicas disciplinares e de segurança para vigilância e controle do grão mais fino dos comportamentos populacionais, aquilo que atravessa a minúcia dos acontecimentos cotidianos²². Nesse sentido, há uma dupla visão do que poderia representar o mapa territorial, e isso dependerá da forma como este será articulado no serviço, como um dispositivo regulador de poder ou como uma ferramenta de acompanhamento da situação de saúde local.

Na perspectiva da Saúde Pública, o mapa do território e/ou de delimitação geográfica tem por objetivo representar graficamente a área de responsabilidade da equipe de saúde de forma a permitir a visualização espacial do território e, com isso, auxiliá-la a apreender suas particularidades. Sugere-se que este mapa seja exposto na recepção da UBS. Ele pode ilustrar a divisão das microáreas do território de responsabilidade dos ACSs e apresentar a localização da UBS e dos equipamentos sociais (escolas, creches, centros comunitários, clubes, igrejas e outros serviços) presentes em cada microárea. Esse mapa pode ser obtido por meio de um mapa territorial (geofísico) ou de ferramentas gratuitas da internet, como *Google Earth*, que localize a área da UBS e suas delimitações⁵.

A estratégia de mapeamento por meio de técnicas de geoprocessamento em saúde, com a contribuição da ciência estatística, possibilita caracterizar tanto os espaços de acesso à saúde quanto às condições socio sanitárias, além de permitir a descrição de casos epidêmicos em saúde²². Assim, apresenta-se a lacuna de características essenciais na abrangência dos mapas de saúde do município investigado, em que apenas 2,3% destacavam condições étnicas; 15,9%, os grupos comunitários; 20,5%, condições socioeconômicas; e apenas 45,5% destacavam as áreas de risco do território (tabela 2).

Referente à tabela 3, sobre as atualizações do mapa territorial, salienta-se que o território, como campo geográfico e conceitual, deve ser entendido como espaço dinâmico em constante metamorfose nos mais variados aspectos – história, demografia, cultura e epidemiologia – e, conseqüentemente, sujeito à permanente variabilidade de riscos e de vulnerabilidades, características que reverberam na

administração, na política, na tecnologia e na sociedade dentro de suas fronteiras físicas e intangíveis²³.

No entanto, como observado nos resultados, a maior parte das UBSs (36,3%) havia atualizado o mapa entre 12 e 24 meses, seguida por 27,2%, que haviam realizado a última atualização há mais de 24 meses. Resultado que pode ser explicado devido ao fato de que, com a expansão do PSF, a distritalização dos serviços perdeu importância no debate territorial do SUS no município. Acontecimento evidenciado nos municípios de pequeno e de médio porte, nos quais a gestão territorial dos serviços, dada a dimensão do município, passou a ser viabilizada apenas com a definição das áreas de abrangência das unidades de saúde da família, de tal forma que a territorialização, antes debatida em relação aos distritos sanitários, passou a ser feita pelo PSF²⁴.

Em um relato de experiência sobre a importância da territorialização e sua análise na APS, os participantes puderam compreender a complexidade dos processos de saúde e foram introduzidos em atividades práticas e tangíveis, o que levantou a importância e as dificuldades do processo de reconhecimento e de adstrição do território. No mesmo relato, é perceptível que o reconhecimento das especificidades do território é de conhecimento quase exclusivo dos ACSs. Em entrevistas realizadas com os profissionais de nível superior da unidade, acerca do território e dos seus recursos, foi percebido o pouco conhecimento sobre as experiências da comunidade. É apontado, também, que a integração efetiva dos acadêmicos com a comunidade só foi possível por intermédio das ACS, o que fortalece a relação entre ensino-saúde-comunidade⁴.

Outro relato de experiência realizado com ACSs, enfermeiros e técnicos de enfermagem sobre a construção de mapas territoriais corroboram para os dados supracitados, em que se observou que o conhecimento do território é quase exclusividade dos ACS. Tanto o enfermeiro quanto as técnicas de enfermagem tinham pouco conhecimento sobre a complexidade, as especificidades e as experiências da comunidade²⁵. Os ACSs informaram que, mensalmente, recadastram as famílias, conhecem os principais problemas de saúde das pessoas e de suas áreas e atualizam seus “mapas” com essas informações²⁵, o que diverge dos resultados da presente pesquisa, na qual se observou que a maioria das UBSs havia realizado a última atualização há mais de 12 meses, e 2,3% relataram nunca ter realizado. Já, em relação aos grupos de agravo, 63,6% não possuem conhecimento sobre tal e 45,5%

relataram não ter também conhecimento sobre as áreas de risco.

Ao analisar os achados referentes à disponibilização de informações sobre a situação de saúde do território, nota-se que a maioria das unidades, 32 delas (72,7%), relatou possuir acesso às informações. No entanto, vale destacar a importância da disponibilização dessas informações pela gestão local, visto que as equipes de saúde devem ter conhecimento sobre a situação de saúde das famílias adstritas em seu território de abrangência, visando a identificar os problemas de saúde e de vulnerabilidade, com o objetivo da assistência integral às famílias que estão sob sua responsabilidade. Dessa forma, o acesso a esses dados possibilita a análise dos indicadores epidemiológicos, sanitários e sociais; mais do que isso, os dados funcionam como um subsídio para o planejamento de ações voltadas para a melhoria das condições de saúde local²⁴. Os achados da literatura mostram que, apesar das atividades de vigilância e de atenção à saúde, da grande quantidade de dados, poucos desses dados são analisados em nível local; desse modo, os indicadores raramente auxiliam no processo de trabalho das equipes, visto que ficam sob os cuidados da gestão¹.

Em outro estudo realizado dentro da problemática supracitada, podem-se perceber resultados semelhantes, em que foi possível destacar a necessidade do estabelecimento de vínculos entre a equipe, a população e os gestores, com destaque para a importância de trabalhar de forma interdependente e transdisciplinar, com respeito e complementaridade de conhecimentos. Assim sendo, ressalta-se que seria possível ter um melhor discernimento sobre a realidade local, assim como sobre os principais problemas e as demandas do território, o que permitiria maior contato e envolvimento de toda a equipe³. Diante dos dados analisados, evidencia-se que o reconhecimento do território e das necessidades de saúde, de forma articulada, entre gestores, profissionais e usuários, é um passo essencial para a caracterização da população e de suas necessidades de saúde, assim como para a avaliação do impacto dos serviços de saúde sobre a população.

Ao analisar os resultados referente aos recursos disponibilizados para a equipe, a maioria das unidades, 35 (79,5%), relatou possuir acesso ao painel informativo epidemiológico, e 34 (77,3%) afirmaram a possuir relatórios e consolidados mensais dos Siab. Resultados que se assemelham aos encontrados em outro estudo sobre cartografia territorial, visto que, dentre as unidades de saúde analisadas pelo estudo, a maioria relatou a utilização do Siab como principal instrumento de coleta, de

sistematização e de recuperação de dados referentes à população acompanhada pelas equipes de saúde¹. No entanto, destaca-se que, em se tratando de dispositivos disponibilizados para a equipe, cada unidade tende a se adequar aos métodos e a optar por aqueles que melhor se adequam aos profissionais de cada unidade.

CONCLUSÃO

Entende-se que a pesquisa contemplou seu objetivo de analisar o uso e as características do mapa territorial nos pontos de APSs do município estudado. A ferramenta do mapa territorial é essencial para o trabalho integral na APS, pois leva em consideração os fatores determinantes de saúde, que englobam as múltiplas faces de uma estrutura que não se limita ao campo físico-geográfico, mas permeia as relações humanas, os laços comunitários, as vulnerabilidades, a cultura e as famílias.

Foi possível observar um relativo lapso temporal na atualização dos mapas territoriais, o que denota uma lacuna no acompanhamento das equipes frente ao território da atuação. Junto a essa lacuna, os mapas, em sua grande maioria, se concentravam em destacar apenas informações relativas ao campo geográfico das microáreas, sem destacar as características epidemiológicas, comunitárias e os pontos de vulnerabilidades do *locus* de atuação. Esses aspectos podem gerar implicações significativamente negativas frente à longitudinalidade e à integralidade do cuidado nesses espaços.

Cabe destacar que se tem como lacuna, no presente estudo, a descrição das características dos mapas territoriais da APS de apenas um município, onde as variáveis de análise podem se apresentar de modo distinto a depender do território, das equipes e da gestão de saúde municipal. Outro ponto importante para salientar foi a dificuldade em encontrar estudos que contemplassem especificamente o uso e as características dos mapas territoriais da APS em outros municípios e/ou regiões, no sentido de representar um alerta frente a uma possível subestimação dessa ferramenta no processo de trabalho das equipes e das gestões municipais.

REFERÊNCIAS

1. Goldstein RA, Barcellos C, Magalhães M de AFM, Gracie R, Viacava F. A experiência de mapeamento participativo para a construção de uma alternativa cartográfica para a ESF. *Ciênc. saúde coletiva* (Online). 2013 Jan; 18(1):45–56.

Acesso em: 23 mai. 2022. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000100006>

2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Acesso em: 25 mai. 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
3. Pereira MPB, & Barcellos C. O TERRITÓRIO NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA/The territory in family health program. Hygeia (Uberlândia). 2006; 2(2):47-59. Acesso em: 25 mai. 2022. doi: <https://doi.org/10.14393/Hygeia216847>
4. Justo LG, Severo AKS, Félix-Silva AV, Soares LS, Silva-Júnior FL e, Pedrosa JI dos S. A territorialização na Atenção Básica: um relato de experiência na formação médica. Interface comun. saúde educ. 2017; 21(supl 1):1345–54. Acesso em: 25 mai. 2022. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0512>
5. Lacerda TJ, Botelho JL, Colussi CF. Planejamento na Atenção Básica [Internet]. Universidade Federal de Santa Catarina, editor. 2012. Acesso em: 25 mai. 2022. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/1167/1/PDF%20-%20Livro%20do%20Curso.pdf>
6. Brasil. MS. Asis - Análise de Situação de Saúde / Ministério da Saúde, Universidade Federal de Goiás. Brasília: Ministério da Saúde [Internet] 2015 [acesso em 2022 mai 05]; (1)1. Acesso em: 25 mai. 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/asis_analise_situacao_saude_volum_e_1.pdf
7. Organización Panamericana de la Salud. Resúmenes metodológicos en epidemiología: análisis de la situación de salud. Boletín Epidemiológico. 1999;20(3). Acesso em: 23 mai. 2022. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31849/BE_v20n3.pdf?sequence=1&isAllowed=y
8. Barros MBA. Inquéritos domiciliares de saúde: potencialidades e desafios. Rev. bras. epidemiol. 2008 Mai;11(supl 1):6–19. Acesso em: 25 mai. 2022. doi: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2008000500002>
9. Ibiapina É, Bernardes A. O mapa da saúde e o regime de visibilidade contemporâneo. Saúde Soc. 2019;28:322–36. Acesso em: 15 jul. 2022. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019170982>
10. Pessoa VM, Rigotto RM, Carneiro FF, Teixeira ACA. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. Ciênc. saúde coletiva (Online). 2013 Aug; 18(8): 2253-62. Acesso em: 23 mai. 2022. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000800009>

11. Tomasi YT, Souza JBD, Madureira VSF. Diagnóstico comunitário na Estratégia Saúde da Família: potencialidades e desafios. Rev. enferm. UFPE on line. 2018; 12(6), 1546-1553. Acesso em: 10 jun. 2022. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i6a230505p1546-1553-2018>
12. Malucelli A, Stein Junior AVJ, Bastos L, Carvalho D, Cubas MR, Paraíso EC. Classificação de microáreas de risco com uso de mineração de dados. Rev. saúde pública. 2010 Apr;44(2):292–300. Acesso em: 10 jun. 2022. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000200009>
13. Monken M, Barcellos C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. Cad. saúde pública. 2005 Jun; 21(3):898–906. Acesso em: 10 jun. 2022. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300024>
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº N° 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil. Brasília. Acesso em: 20 mai. 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº N° 1.645, de 02 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Brasília. Acesso em: 20 mai. 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html
16. Santos JAF. Classe Social, território e desigualdade de saúde no Brasil. Saúde Soc. 2018 Jun; 27(2):556–72. Acesso em: 23 mai. 2022. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170889>
17. Santos JAF. Covid-19, causas fundamentais, classe social e território. Trab. educ. saúde. 2020;18(3): 1-7. Acesso em: 25 mai. 2022. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00280>
18. Silva R, Sato M. Territórios e identidades: mapeamento dos grupos sociais do Estado de Mato Grosso - Brasil. Ambient. Soc. 2010 Dec;13(2):261–81. Acesso em: 23 mai. 2022. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-753X2010000200004>
19. Junqueira M de FP da S. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Ciênc. saúde coletiva (Online). 2005 Sep;10(3):784–5. Acesso em: 20 jun. 2022. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300036>
20. Budó M de LD, Oliveira SG, Garcia RP, Simon BS, Schimith MD, Mattioni FC. Redes sociais e participação em uma comunidade referenciada a uma unidade de saúde da família. Rev. gaúch. enferm. 2010 Dec;31(4):753–60. Acesso em: 23 jun. 2022. doi: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000400020>
21. Foucault, M. Microfísica do poder. Organização e tradução de Roberto Machado. 18ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

22. Ibiapina É, Bernardes A. O mapa da saúde e o regime de visibilidade contemporâneo. *Saúde Soc.* 2019;28:322–36. Acesso em: 13 jun. 2022. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019170982>
23. Santos AL, Rigotto RM. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. *Trab. educ. saúde.* 2010 Nov;8(3):387–406. Acesso em: 10 jun. 2022. doi: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462010000300003>
24. Faria RM de. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva (Online)*. 2020 Nov;25(11):4521–30. Acesso em: 23 mai. 2022. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.30662018>
25. Moreira KFA, Rodrigues DE, Ferreira LN, Rodrigues MAS, Oliveira DM de, Pereira PP da S. Aprendendo, ensinando e mapeando território: vivências de acadêmicos de enfermagem. *REAS*. 2019 Jan 10;11(4):1-8. Acesso em: 20 jun. 2022. doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e240.2019>

RECEBIDO: 07/10/22
ACEITO: 07/03/23

Avaliação do estilo de vida e da autoestima de profissionais de enfermagem no âmbito hospitalar

Assessment of the lifestyle and self-esteem of nursing professional in the hospital

Silvia Andreza Macedo Costa¹, Bruna Videira da Silva², Rodrigo Lucas Campos³,
Aline Oliveira Russi Pereira⁴, Beatriz Maria dos Santos Santiago Ribeiro⁵,
Sérgio Valverde Marques dos Santos⁶

1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5123-5131>. Graduada de enfermagem. Universidade do Estado de Minas Gerais – UEMG – Unidade Acadêmica de Passos, Minas Gerais, Brasil.
E-mail: silviaandreza2930@gmail.com

2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1944-4184>. Graduada de enfermagem. Universidade do Estado de Minas Gerais – UEMG – Unidade Acadêmica de Passos, Minas Gerais, Brasil.
E-mail: brunavideiras18@gmail.com.

3. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0233-8983>. Graduando de enfermagem. Universidade do Estado de Minas Gerais – UEMG – Unidade Acadêmica de Passos, Minas Gerais, Brasil.
E-mail: rodrigo.2196137@discente.uemg.br.

4. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2237-6899>. Enfermeira. Especialista em enfermagem do trabalho. Universidade do Estado de Minas Gerais – UEMG – Unidade Acadêmica de Passos, Minas Gerais, Brasil.
E-mail: medicinadotrabalho.scpassos@gmail.com

5. 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

6. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9412-9515>. Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Universidade do Estado de Minas Gerais – UEMG – Unidade Acadêmica de Passos, Minas Gerais, Brasil.
Email: sergiovalverdemarques@hotmail.com

CONTATO: Beatriz Maria dos Santos Santiago Ribeiro | Endereço: R. Prof. Hélio Lourenço, 3900 - Vila Monte Alegre, Ribeirão Preto - SP, CEP 14040-902 | Telefone: (43) 9.9172-4895 | E-mail: beatrizsantiago1994@hotmail.com

RESUMO

As atividades desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem propiciam exposições aos riscos ocupacionais e aos desgastes, que refletem no processo saúde-doença. O presente estudo visa avaliar o estilo de vida e a autoestima de profissionais de enfermagem hospitalar. Por meio de um estudo transversal com 289 profissionais de enfermagem de um hospital de Minas Gerais. . A maioria dos profissionais eram do sexo feminino, com a faixa etária de 30 a 39 anos, casada, com renda de 1.501 a 3.000 reais. Apresentou autoestima média (68,18%) e apresentaram um bom estilo de vida (43,71%). Os domínios: comportamento, introspecção e trabalho tiveram maiores alterações. Na avaliação da confiabilidade dos instrumentos, constatou-se que há consistência interna entre os itens dos instrumentos (0,77 e 0,78). A necessidade de mudanças no estilo de vida desses trabalhadores, assim como para a promoção de ações que favoreçam uma autoestima adequada.

DESCRITORES: Enfermagem do trabalho. Autoimagem. Estilo de vida. Qualidade de vida.

ABSTRACT

The activities carried out by nursing professionals provide exposure to occupational risks and wear and tear, which reflect on the health-disease process. In this bias, the present study aims to evaluate the lifestyle and self-esteem of hospital nursing professionals. Through a cross-sectional study with 289 nursing professionals from a hospital in Minas Gerais. Most professionals were female, aged between 30 and 39 years, married, with an income of 1,501 to 3,000 reais. They had average self-esteem (68.18%) and had a good lifestyle (43.71%). The domains: behavior, introspection and work had greater alterations. In assessing the reliability of the instruments, it was found that there is internal consistency between the items of the instruments (0.77 and 0.78). The need for changes in the lifestyle of these workers, as well as for the promotion of actions that favor adequate self-esteem.

DESCRIPTORS: Occupational Health Nursing. Self Concept. Lifestyle. Quality of Life



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

Os avanços tecnológicos tem provocado diversas transformações no mundo do trabalho, causando a redução da qualidade de vida e do estilo vida de muitos trabalhadores. Com isso, o trabalho passou a ser executado de maneira forçada e sobrecarregada, ocasionando insatisfação, alteração na autoestima e favorecendo as doenças ocupacionais, que impactam nas condições físicas e mentais dos trabalhadores¹⁻². Além disso, nota-se que esse cuidar tem se tornado cada vez mais deficiente, devido à oferta de recursos para a sua realização, o que por sua vez, pode levar o profissional de enfermagem a agir de forma mecânica, refletindo assim de modo negativo na assistência prestada¹⁻³.

Diversos fatores contemporâneos presentes no ambiente de trabalho podem afetar a saúde do trabalho. No ambiente hospitalar, estes fatores afetam, principalmente, os profissionais de enfermagem, que atuam continuamente nos cuidados aos pacientes e que estão expostos a longas jornadas de trabalho, ambiente hostil e estressante, rodízios frequentes de turnos de trabalho, baixa remuneração, dentre outros. Desta forma, é possível notar que o processo de trabalho desses profissionais pode impactar nas suas condições físicas e mentais e interferir no seu estilo de vida, podendo causar uma redução da autoestima^{2,4,5}.

O estilo de vida é monitorado em diversos países, com o intuito de promover a saúde e prevenir doenças cardiovasculares. A epidemiologia dos fatores de risco associados às doenças cardiovasculares, como sedentarismo, consumo de tabaco e bebidas alcoólicas e dietas calóricas destaca o estilo de vida como prioridade nas agendas políticas no âmbito da saúde pública. O estilo de vida é compreendido como parte de um sistema composto por diversos elementos, considerando o contexto da saúde uns dos principais elementos. Assim, é definido como um sistema complexo, que suas interações agem entre sujeito e objeto no mesmo sistema⁶⁻⁷.

Neste contexto, chama-se atenção para a importância do estilo de vida saudável entre os trabalhadores da enfermagem. O estilo de vida pode ser influenciado pelas condições de trabalho que esses profissionais são expostos nos ambientes hospitalares que, muitas vezes, não são favoráveis para sua qualidade de vida⁸⁻⁹.

Do mesmo modo, o ambiente laboral contém uma série de fatores que geram insalubridade e desconforto à saúde dos profissionais de enfermagem. Neste sentido

estresse ocupacional é considerado um dos problemas fisiopatológicos mais observados e apresentados na atualidade, com uma prevalência cada vez maior em diferentes grupos de indivíduos, sendo o mesmo definido como uma resposta generalizada do organismo às demandas ambientais, sendo assim percrusores para a redução da auto estima¹⁰.

A autoestima é um conjunto de sentimentos e pensamentos sobre o seu próprio valor e reflete atitudes positivas ou negativas em relação a si mesmo. Frente a isso, pode se observar que a autoestima pode variar de acordo com o estilo de vida e trabalho da pessoa⁸. Desta maneira, acredita-se que os profissionais de enfermagem, podem estar expostos a diversos fatores de adoecimento, devido à baixa autoestima, que pode ser provocada pelas condições de trabalho e pelo estilo de vida desses trabalhadores⁸⁻⁹.

A natureza do trabalho dos profissionais da área da saúde, sobretudo enfermagem, torna-os um grupo de risco no assunto laboral. Neste viés, nota-se que o estresse proporcionado pelas exigências, tensões e pressão deste ofício afeta a saúde do indivíduo, trazendo consequências físicas e psicológicas. Assim vê-se que o estresse torna essa classe de profissionais suscetível aos riscos físicos e psicossociais, o que precisa ser evitado, na tentativa da realização de um trabalho com excelência¹¹.

Ainda há poucos estudos sobre estilo de vida e autoestima dos profissionais de enfermagem, bem como a utilização de coleta de dados por meio de instrumento de natureza quantitativa para sua identificação⁸. Frente ao exposto, justifica-se a necessidade de avaliar o estilo de vida e a autoestima de profissionais de enfermagem hospitalar, com o intuito de produzir conhecimento científico sobre a temática. Deste modo, acredita-se que a produção de pesquisas nesta temática possa contribuir para que políticas e ações preventivas sejam implementadas em ambientes hospitalares, podendo contribuir para uma melhor qualidade de vida no trabalho e, por sua vez, no estilo de vida e melhores condições de autoestima desses trabalhadores.

Assim sendo, pretende-se com este estudo responder a seguinte questão: Como é o estilo de vida e a autoestima dos profissionais de enfermagem que atuam em ambientes hospitalares? Para isso, este estudo teve como objetivo avaliar o estilo de vida e a autoestima de profissionais de enfermagem hospitalar.

MÉTODO

Tipo de estudo

Estudo transversal, de abordagem quantitativa, desenvolvido com profissionais de enfermagem de um hospital localizado no Sudoeste Minas Gerais. Este município tem uma população estimada de 113.807 habitantes, considerada a quarta maior cidade do Sul/Sudoeste Mineiro. A instituição hospitalar que fez parte do estudo, é um hospital geral de grande porte, referência em urgência/emergência, com 279 leitos adultos e infantis com capacidade para aproximadamente 1650 internações/mês para atendimento em 50 especialidades médicas, sendo que 70% dos atendimentos são provenientes do SUS (Sistema Único de Saúde).

População de estudo, critérios e amostra.

A população de estudo constituiu-se por profissionais de enfermagem que atuavam no referido hospital. São estes, auxiliares e técnicos de enfermagem e enfermeiros, que trabalham em qualquer período no hospital. Desta forma, houve uma população de estudo de aproximadamente 600 profissionais de enfermagem e todos foram convidados para participar da pesquisa.

Neste estudo foram adotados os seguintes critérios de inclusão: profissionais de enfermagem (auxiliares, técnicos e enfermeiros) que trabalhavam na instituição de saúde, que tinham mais de três meses de trabalho na instituição (devido ao período para contratação). Já como critério de exclusão, foram excluídos os trabalhadores que estiverem de licença saúde, gestação ou férias e que não aceitarem participar da pesquisa. Assim, a amostra do estudo foi de 289 profissionais de enfermagem, que corresponde a 48,2% do total da população.

Instrumentos para coleta de dados

Para coleta de dados foram utilizados três instrumentos. O primeiro instrumento utilizado refere-se a um questionário semiestruturado, que contém 20 questões e foi desenvolvido pelos pesquisadores, destinado para avaliar dados de caracterização sociodemográficas, epidemiológica e laborais dos trabalho dos profissionais de enfermagem, contendo as seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, renda familiar

mensal, categoria profissional, tempo de profissão na enfermagem, tempo de atuação na enfermagem na instituição, carga horária de trabalho semanal, período/turno de trabalho, setor de atuação.

Ressalta-se que este instrumento foi submetido a um processo de refinamento com juízes, com a finalidade de verificar se seus itens representam o universo do conteúdo e se permitem obter os objetivos traçados¹¹. Posteriormente, o instrumento foi submetido a um teste piloto com 20 profissionais de enfermagem de outra instituição hospitalar.

O segundo instrumento utilizado foi o Questionário de Estilo de Vida Fantástico, validado no Brasil. Trata-se de uma ferramenta auxiliar que é utilizada por profissionais da saúde, com o propósito de conhecer e medir o estilo de vida. O questionário Fantástico é composto por 25 questões fechadas que exploraram nove domínios dos componentes físicos, psicológicos e sociais do estilo de vida e que se identificaram com a sigla “FANTÁSTICO”: F - Família e Amigos; A - Atividade Física/Associativismo; N - Nutrição; T - Tabaco; A - Álcool e Outras drogas; S - Sono/Stress; T - Trabalho/Tipo de personalidade; I - Introspecção; C - Comportamentos de saúde e sexual; O - Outros Comportamentos. Os itens apresentam três opções de resposta com um valor numérico de 0, 1 ou 2. A soma de todos os pontos resultantes de todos os domínios permite chegar a um score global que classifica os indivíduos de 0 a 120 pontos. O Guia para universidades saudáveis e outras instituições de educação superior propuseram cinco níveis de classificação que estratificam o comportamento em: de 0 a 46 (Necessita melhorar); de 47 a 72 (Regular); de 73 a 84 (Bom); de 85 a 102 (Muito bom) e de 103 a 120 (Excelente). Quanto menor o escore, maior a necessidade de mudança¹³.

O terceiro instrumento utilizado foi a Escala de Autoestima de Rosenberg. Esta escala é utilizada mundialmente para mensurar a autoestima de trabalhadores. Embora o instrumento original tenha sido desenvolvido por Rosenberg em 1965 em língua inglesa, traduziu, adaptou e validou uma versão para o português no Brasil. Este instrumento é estruturado com o formato do tipo *Likert*, constituído por dez questões, sendo 5 destinadas a avaliação de sentimentos positivos do indivíduo a si mesmo, e 5 de sentimentos negativos. O intervalo possível dessa escala é de 10 (10 itens multiplicados por valor 1) a 40 (10 itens multiplicados por valor 4). Este instrumento é conceituado como um instrumento unidimensional capaz de classificar o nível de autoestima em baixo, médio e alto. Desta forma, a classificação da

autoestima é alcançada por meio da seguinte escala: escore maior que 30 pontos = autoestima alta (satisfatória), escore de 20 a 30 pontos = autoestima média, e escore menor que 20 pontos = autoestima baixa (insatisfatória).¹⁴

Procedimento de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de um formulário estruturado eletronicamente no Google Forms entre outubro e novembro de 2021, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Foi solicitada à coordenação de enfermagem uma listagem de todos os profissionais que atuam na instituição e respectivos contatos telefônico/e-mail. Os possíveis participantes receberam convites para a pesquisa via internet (e-mails, grupos de WhatsApp e redes sociais). Os participantes receberão o link hospedado em um formulário do Google Forms, que dispôs do Termo de Consentimento Live e Esclarecido (TCLE), orientando sobre os possíveis riscos, bem como os benefícios da participação no estudo e também da disponibilidade do pesquisador em auxiliar no preenchimento ou quando se fizer necessário. Posteriormente, o participante que aceitou participar da pesquisa, teve acesso às questões do instrumento.

Análise dos dados

Os dados coletados pelos instrumentos foram digitados em uma planilha do MS-Excel, versão 2010, para elaboração do banco de dados. Posteriormente, foi utilizado o software *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 17.0, para estatística descritiva, com valores absolutos e percentuais (média, mediana, desvio padrão, mínimo e máximo).

Para avaliação da confiabilidade da Escala de Autoestima de Rosenberg e do Questionário Fantástico, foi utilizado o Coeficiente Alfa de Cronbach com o intuito de avaliar a consistência interna e se os dados estão correlacionados uns aos outros. Uma vez que, quanto maior for o alfa, maior será a homogeneidade das variáveis estudadas, apresentando a relação de proximidade da medida. O valor alcançado pelo Coeficiente Alfa de Cronbach pode variar entre zero e um. Assim, quanto maior o valor, maior a consistência interna e a confiabilidade do instrumento, ou maior a coerência entre as variáveis, apresentando a homogeneidade na medida do mesmo fenômeno. Por isso,

recomendar-se que o valor do Alfa de Cronbach seja acima de 0,70.¹⁵

Aspectos éticos

Baseado na Resolução 466/2012, que trata de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, esta pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG), conforme parecer nº. 4.688.549 e CAAE nº 44600621.7.0000.5112.

RESULTADOS

A amostra foi composta em sua maioria por profissionais do sexo feminino, com a faixa etária de 30 a 39 anos (idade média de 35,2 anos, desvio padrão de 8,38 anos, idade mínimo de 21 anos e máxima de 29 anos), a maioria era casada ou convive com companheiros, tinham renda familiar mensal de 1.501 a 3.000 reais (renda média de 3.631,50 reais, desvio padrão de 2.669,65 reais, valor mínimo de 1.000,00 reais e máximo de 28.000,00 reais).

A Tabela 1 apresenta a distribuição dos profissionais de enfermagem conforme variáveis laborais.

Tabela 1. Distribuição dos profissionais de enfermagem de acordo com as características de atividades laborais. Sudoeste de Minas, MG, 2021, (n=289).

Variáveis	f	%
Categoria profissional da Enfermagem		
Enfermeiro(a)	108	37,7
Técnico(a)	177	61,8
Auxiliar	1	0,3
Total	286	100,0
Tempo de profissão na enfermagem (anos)		
Até 10	163	57
11 a 20	94	32,8
21 ou mais	29	10,1
Total	286	100,0
Tempo de atuação na instituição (anos)		
Até 10	199	69,5
11 a 20	69	24,1

21 ou mais	18	7,3
Total	286	100,0
Carga horária semanal de trabalho (horas/semanais)		
Até 40	216	75,5
42	7	2,4
44 ou mais	63	22
Total	286	100,0
Turno de trabalho		
Manhã - 7 às 13h	81	28,3
Tarde - 13 às 19h	47	16,4
Plantão noturno - 19 às 7h	59	20,6
Plantão diurno - 7 às 19h	71	24,8
Outro	28	9,7
Total	286	100,0
Setor de atuação		
Centro de Terapia Intensiva	33	11,5
Centro Cirúrgico	12	4,2
Clínica Médica	51	17,8
Pronto Atendimento/ Urgência e Emergência	25	8,7
Setores de Apoio	33	11,5
Maternidade/ Pediatria	37	12,9
Clínica de Hemodiálise	44	15,3
Setor de Oncologia	48	16,7
Nefrologia	3	1
Total	286	100,0

Fonte: Elaborado pelos autores baseado em Rosenberg (2021)

Ao avaliar a distribuição dos profissionais de enfermagem conforme a categoria profissional, observou-se que a maioria deles pertence à categoria de técnico de enfermagem, com tempo de profissão na enfermagem e de atuação na instituição de até 10 anos, com carga horária de trabalho na instituição de até 40 horas semanais, no turno de trabalho matutino e atuavam principalmente nos setores de clínica médica e Oncologia, conforme Tabela 1.

Na sequência, será apresentada na Tabela 2 a distribuição dos profissionais de enfermagem de acordo com as respostas das afirmativas da Escala de Autoestima.

Tabela 2. Distribuição dos profissionais de enfermagem de acordo com as respostas das afirmativas da Escala de Autoestima. Sudoeste de Minas, MG, 2021, (n=289).

Afirmativas		Respostas	f	%
1	No conjunto, eu estou satisfeito comigo	(1) Discordo totalmente	10	3,50
		(2) Discordo	63	22,03
		(3) Concordo	161	56,29
		(4) Concordo totalmente	52	18,18
2	Às vezes, eu acho que não presto para nada	(1) Concordo totalmente	9	3,15
		(2) Concordo	54	18,88
		(3) Discordo	135	47,20
		(4) Discordo totalmente	88	30,77
3	Eu sinto que eu tenho várias boas qualidades	(1) Discordo totalmente	4	1,40
		(2) Discordo	11	3,85
		(3) Concordo	197	68,88
		(4) Concordo totalmente	74	25,87
4	Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das pessoas	(1) Discordo totalmente	1	0,35
		(2) Discordo	18	6,29
		(3) Concordo	190	66,43
		(4) Concordo totalmente	77	26,92
5	Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar	(1) Concordo totalmente	8	2,80
		(2) Concordo	42	14,69
		(3) Discordo	175	61,19
		(4) Discordo totalmente	61	21,33
6	Eu, com certeza, me sinto inútil às vezes	(1) Concordo totalmente	5	1,75
		(2) Concordo	95	33,22
		(3) Discordo	122	42,66
		(4) Discordo totalmente	63	22,03
7	Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos do mesmo nível que as outras pessoas	(1) Discordo totalmente	55	19,23
		(2) Discordo	195	68,18
		(3) Concordo	33	11,54
		(4) Concordo totalmente	3	1,05
8	Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo	(1) Concordo totalmente	33	11,54
		(2) Concordo	141	49,30
		(3) Discordo	90	31,47
		(4) Discordo totalmente	22	7,69

		(1) Concordo totalmente	4	1,40
9	No geral, eu estou inclinado a sentir que sou um fracasso	(2) Concordo	34	11,89
		(3) Discordo	152	53,15
		(4) Discordo totalmente	96	33,57
		(1) Discordo totalmente	4	1,40
10	Eu tenho uma atitude positiva em relação a mim mesmo	(2) Discordo	32	11,19
		(3) Concordo	183	63,99
		(4) Concordo totalmente	67	23,43

Fonte: Elaborado pelos autores baseado em Rosenberg (2021)

A análise da distribuição dos profissionais de enfermagem de acordo com as respostas às afirmativas da Escala de Autoestima, conforme apresentada na Tabela 2, foi realizada separadamente. Esta divisão foi feita segundo as respostas às afirmativas dos sentimentos positivos (afirmativas 1, 3, 4, 7 e 10) e das respostas dos sentimentos negativos (afirmativas 2, 5, 6, 8 e 9) dos profissionais.

Desta forma, pode-se compreender que em relação aos sentimentos positivos a maioria dos profissionais concordou ou concordou totalmente com as afirmativas, totalizando em todas estas afirmativas percentuais acima de 80%. Assim, tornou-se possível perceber que os escores foram altos para estas questões, variando entre o escore três e quatro, que são os melhores escores da escala para as afirmativas. Em relação às afirmativas relacionadas aos sentimentos negativos, notou-se que grande parte dos profissionais discordou ou discordou totalmente das afirmativas. Desta maneira, foi possível observar que os escores também foram altos para estas afirmativas, variando entre três e quatro (Tabela 2).

Ao avaliar a distribuição dos profissionais de enfermagem conforme a classificação da autoestima, de acordo o ponto de corte, foi possível verificar que 30,77% (88) dos profissionais possuem autoestima alta. Cabe ressaltar que um percentual relevante de profissionais foi classificado com autoestima média, representado por 68,18% (195). Destaca-se ainda, que somente 1,05% (3) dos profissionais foram classificados com autoestima baixa.

Na avaliação da consistência interna da Escala de Autoestima de Rosenberg, por meio do Alpha de Cronbach, considerou-se que houve consistência interna do instrumento, apresentando homogeneidade e confiabilidade em seus itens, uma vez que seu valor foi de 0,77.

Na Tabela 3 será apresentada a distribuição dos profissionais de enfermagem de acordo com as respostas das afirmativas e domínios do Questionário Estilo de Vida Fantástico.

Tabela 3. Distribuição dos profissionais de enfermagem de acordo com as respostas das afirmativas do Questionário Estilo de Vida Fantástico. Sudoeste de Minas, MG, 2021, (n=289).

Afirmativas	Alternativas	f	%	
Família e amigos				
1	Tenho alguém para conversar as coisas que são importantes para mim.	(0) Quase nunca	31	10,84
		(1) Raramente	32	11,19
		(2) Algumas vezes	00	00
		(3) Com relativa frequência	107	37,41
		(4) Quase sempre	116	40,56
2	Dou e recebo afeto.	(0) Quase nunca	12	4,20
		(1) Raramente	29	10,14
		(2) Algumas vezes	00	00
		(3) Com relativa frequência	124	43,36
		(4) Quase sempre	121	42,31
Atividade				
3	Sou vigorosamente ativo pelo menos durante 30 minutos por dia (corrida, bicicleta etc.).	(0) Menos de 1 vez por semana	88	30,77
		(1) 1-2 vezes por semana	126	44,06
		(2) 3 vezes por semana	29	10,14
		(3) 4 vezes por semana	17	5,94
		(4) 5 ou mais vezes por semana	26	9,09
4	Sou moderadamente ativo (jardinagem, caminhada, trabalho de casa).	(0) Menos de 1 vez por semana	84	29,37
		(1) 1-2 vezes por semana	69	24,13
		(2) 3 vezes por semana	49	17,13
		(3) 4 vezes por semana	13	4,55
		(4) 5 ou mais vezes por semana	71	24,83
Nutrição				
5	Eu como uma dieta balanceada (ver explicação)	(0) Quase Nunca	50	17,48
		(1) Raramente	39	13,64
		(2) Algumas vezes	85	29,72
		(3) Com relativa frequência	63	22,03
		(4) Quase sempre	49	17,13
6	Eu frequentemente como em excesso (1) açúcar, (2) sal, (3) gordura animal, (4) bobagens e salgadinhos	(0) Quatro itens	46	16,08
		(1) Três itens	51	17,83
		(2) Dois itens	91	31,82
		(3) Um item	58	20,28
		(4) Nenhum	40	13,99

7	Eu estou acima do meu peso considerado saudável:	(0) Mais de 8 kg	100	34,97
		(1) 8 kg	23	8,04
		(2) 6 kg	28	9,79
		(3) 4 kg	27	9,44
		(4) 2 kg	108	37,76
Cigarros e drogas				
8	Eu fumo cigarros	(0) Mais de 10 por dia	3	1,05
		(1) 1 a 10 por dia	15	5,24
		(2) Nenhum nos últimos 6 meses	12	4,20
		(3) Nenhum no ano passado	8	2,80
		(4) Nenhum nos últimos 5 anos	248	86,71
9	Eu uso drogas como maconha e cocaína	(0) Algumas vezes	00	00
		(4) Nunca	286	100,00
10	Eu abuso de remédios ou exagero	(0) Quase diariamente	3	1,05
		(1) Com relativa frequência	5	1,75
		(2) Ocasionalmente	25	8,74
		(3) Quase Nunca	21	7,34
		(4) Nunca	232	81,12
11	Eu ingiro bebidas que contêm cafeína (café, chá ou "colas")	(0) Mais de 10 vezes por dia	5	1,75
		(1) 7 a 10 vezes por dia	17	5,94
		(2) 3 a 6 vezes por dia	58	20,28
		(3) 1 a 2 vezes por dia	174	60,84
		(4) Nunca	32	11,19
Álcool				
12	Minha ingestão média por semana de álcool é: __ doses	(0) Mais de 20 vezes	00	00
		(1) 13 a 20	3	1,05
		(2) 11 a 12	6	2,10
		(3) 8 a 10	14	4,90
		(4) 0 a 7	263	91,96
13	Eu bebo mais de 4 doses em uma ocasião	(0) Quase diariamente	1	0,35
		(1) Com relativa frequência	8	2,80
		(2) Ocasionalmente	66	23,08
		(3) Quase nunca	61	21,33
		(4) Nunca	150	52,45
14	Dirijo após beber	(0) Algumas vezes	41	14,34
		(4) Nunca	245	85,66
Sono, cinto de segurança, estresse e sexo seguro				
15	Durmo bem e me sinto descansado	(0) Quase Nunca	29	10,14
		(1) Raramente	48	16,78
		(2) Algumas vezes	99	34,62
		(3) Com relativa frequência	55	19,23
		(4) Quase sempre	55	19,23

16	Uso cinto de segurança	(0) Nunca	2	0,70
		(1) Raramente	8	2,80
		(2) Algumas Vezes	13	4,55
		(3) A maioria das vezes	49	17,13
		(4) Sempre	214	74,83
17	Sou capaz de lidar com o estresse do meu dia-a-dia	(0) Quase Nunca	4	1,40
		(1) Raramente	12	4,20
		(2) Algumas vezes	72	25,17
		(3) Com relativa frequência	101	35,31
		(4) Quase sempre	97	33,92
18	Eu relaxo e desfruto do meu tempo de lazer	(0) Quase Nunca	31	10,84
		(1) Raramente	35	12,24
		(2) Algumas vezes	88	30,77
		(3) Com relativa frequência	61	21,33
		(4) Quase sempre	71	24,83
19	Eu pratico sexo seguro	(0) Quase Nunca	18	6,29
		(1) Raramente	7	2,45
		(2) Algumas vezes	24	8,39
		(3) Com relativa frequência	108	37,76
		(4) Sempre (quase sempre)	129	45,10
Tipo de comportamento				
20	Aparento estar com pressa	(0) Quase sempre	57	19,93
		(1) Com relativa frequência	44	15,38
		(2) Algumas vezes	115	40,21
		(3) Raramente	31	10,84
		(4) Quase nunca	39	13,64
21	Me sinto com raiva e hostil	(0) Quase sempre	13	4,55
		(1) Com relativa frequência	14	4,90
		(2) Algumas vezes	116	40,56
		(3) Raramente	73	25,52
		(4) Quase nunca	70	24,48
Introspecção				
22	Penso de forma positiva e otimista	(0) Quase nunca	13	4,55
		(1) Raramente	18	6,29
		(2) Algumas vezes	74	25,87
		(3) Com relativa frequência	92	32,17
		(4) Quase sempre	89	31,12
23	Me sinto tenso e desapontado	(0) Quase sempre	44	15,38
		(1) Com relativa frequência	25	8,74
		(2) Algumas vezes	123	43,01
		(3) Raramente	51	17,83
		(4) Quase nunca	43	15,03

24	Me sinto triste e deprimido	(0) Quase sempre	22	7,69
		(1) Com relativa frequência	28	9,79
		(2) Algumas vezes	127	44,41
		(3) Raramente	48	16,78
		(4) Quase nunca	61	21,33
Trabalho				
25	Estou satisfeito com meu trabalho ou função	(0) Quase nunca	10	3,50
		(1) Raramente	14	4,9
		(2) Algumas vezes	64	22,38
		(3) Com relativa frequência	110	38,46
		(4) Quase sempre	88	30,77

Fonte: Elaborado pelos autores baseado em Rosenberg (2021)

No domínio “Família e Amigos”, os participantes obtiveram práticas saudáveis nessa dimensão, já que a maior parte dos profissionais (40,53%) tiveram com quem falar das coisas que são importantes, na mesma proporção que recebem e oferecem carinho com relativa frequência (43,36%). No item “Atividade Física”, 44,06% deles mostraram-se ativos, pelo menos uma a duas vezes por semana, na categoria sou moderadamente ativo (jardinagem, caminhada, trabalho de casa), ao menos 1 vez por semana e 29,37% (Tabela 3).

Em relação aos hábitos alimentares, no domínio “Nutrição”, os participantes mantiveram uma dieta balanceada algumas vezes (29,72%), devido a rotina cansativa e a carga horária de trabalho. Dos profissionais, 31,82% responderam que frequentemente comem em excesso dois itens entre estes: açúcar, sal, gordura animal, bobagens e salgadinhos e a maior parte deles consideram-se saudáveis (Tabela 3).

No domínio “cigarros e drogas”, ao serem questionados sobre o uso de cigarros, a maioria respondeu não ter feito uso nos últimos cinco anos (86,71%). Com relação ao uso de drogas como maconha e cocaína, 100% deles responderam que nunca fizeram uso, assim como nunca abusaram no uso de remédios (81,2%) e bebidas que contém cafeína (60,84%) (Tabela 3).

Em relação ao domínio “álcool”, quando questionados sobre a dose de álcool ingerida por semana, a maioria (91,96%) respondeu que ingere de 0 a 7 doses, enquanto que 52,45% responderam que nunca beberam mais de quatro doses de álcool em uma ocasião. Sobre dirigir após beber, 85,66% dos participantes afirmaram que nunca tiveram essa atitude (Tabela 3).

No domínio “sono, cinto de segurança, estresse e sexo seguro”, quando

questionados se dormem bem e se sentem descansados apenas 34,62% responderam que algumas vezes. Sobre o uso de cinto de segurança, a maioria (74,83%) afirmou que sempre usa. Em relação ao estresse, apenas 35,31% eram capazes de lidar com o estresse no dia a dia. Sobre relaxar e desfrutar do tempo de lazer, apenas 30,77% afirmam que conseguem algumas vezes. No que se refere ao sexo seguro, apenas 45,10% dos participantes praticam sempre ou quase sempre (Tabela 3).

Em relação ao domínio “tipo de comportamento”, 40,21% dos participantes aparentam estar com pressa algumas vezes e 40,56% se sentem com raiva e hostis algumas vezes. No domínio “introspecção”, apenas 32,17% dos profissionais afirmaram pensar de forma positiva e otimista com relativa frequência. Além disso, 43,01% dos participantes, também afirmaram se sentir tensos e desapontados algumas vezes e, sobre sentir-se triste e deprimido, 44,41% afirmaram que sentem algumas vezes. Quando o assunto foi sobre o domínio “trabalho”, os participantes responderam que se sentem satisfeitos com o trabalho com relativa frequência (38,46%) (Tabela 3).

De acordo com a avaliação do estilo de vida dos participantes, foi possível constatar apenas 8,74 dos participantes foram classificados com um “excelente” estilo de vida, enquanto que 38,46% foram classificados como “muito bom”, 43,71% foram classificados com um “bom” estilo de vida e 9,09% com estilo de vida “regular”, de acordo com os escores do questionário.

Na avaliação da consistência interna da Questionário Estilo de Vida Fantástico, por meio do Alpha de Cronbach, considerou-se que houve consistência interna do instrumento, apresentando homogeneidade e confiabilidade em seus itens, uma vez que seu valor foi de 0,78.

DISCUSSÃO

Por meio dos resultados apresentados neste estudo, foi possível perceber que a maioria por profissionais do sexo feminino, com idade média de 35,2 anos, casada ou convive com companheiros, e com renda média familiar mensal de 3.631,50 reais, resultados que corroboram com estudo de Silva e colaboradores, 2020.

O fato da maioria dos profissionais ser do sexo feminino demonstra que a enfermagem ainda é uma profissão predominantemente e historicamente composta por mulheres. No Brasil, uma pesquisa sobre o perfil da enfermagem, apontou que 84,6% dos profissionais eram do sexo feminino¹⁶⁻¹⁷. Esta realidade também é presente

nos Estados Unidos. Estudo demonstrou que as mulheres superam os homens na enfermagem em todo o país, ocupando 83% da força trabalho nesta¹⁷.

Com relação à idade, estudos nacionais e internacionais apontam que os profissionais de enfermagem estão dentro da mesma faixa etária de idade, entre 30 e 40 anos, podendo ser considerados jovens adultos^{8,19}. Em relação à renda dos trabalhadores, verificou-se que eles possuem renda familiar mensal média de, aproximadamente, 36 mil reais por ano, equivalente a 10,342 mil dólares. No mesmo ano, nos Estados Unidos, a renda média anual do profissional de enfermagem era de 53,020 mil dólares²⁰. Estes dados demonstram a valorização do profissional de enfermagem neste país, diferentemente do que se encontra no Brasil.

Com relação aos aspectos laborais dos profissionais de enfermagem, constatou-se neste estudo que a categoria profissional foi em sua maioria composta por técnico de enfermagem, com tempo de profissão na enfermagem e de atuação na instituição de até 10 anos, com carga horária de trabalho na instituição de até 40 horas semanais, atuando principalmente no turno da manhã, principalmente nos setores de clínica médica e oncologia.

Algumas investigações internacionais também se aproximam dos resultados da presente pesquisa. Em um estudo desenvolvido em hospitais da China com 717 profissionais de enfermagem, foi demonstrado que 60% dos profissionais tinham formação técnica e auxiliar, 40% formação superior e, 68,6% até 10 anos de atuação na instituição²⁰. Em uma investigação realizada em hospitais da Coreia do Sul com 226 profissionais de enfermagem, constatou-se que eles trabalhavam em turnos de 8 horas diárias (58,4%) e 40 horas semanais, possuíam até 8 anos de carreira de enfermagem (52,7%), atuavam principalmente no turno da noite (32,3%) e 45,6% dos sujeitos tinham outro vínculo empregatício²¹.

Quanto ao tempo de atuação na instituição e na enfermagem, os profissionais possuem, em geral, tempo de atuação que varia entre 7 e 13 anos, consolidando, uma troca de experiências e conhecimentos⁷. Referente à carga horária de trabalho dos profissionais de enfermagem, vale lembrar que esta profissão não possui regulamentação dessa carga em Lei específica. Neste sentido, as horas trabalhadas variam entre 30 horas semanais, geralmente nos serviços públicos, e 40 a 44 horas semanais, que é mais presente nas instituições privadas²².

Ao avaliar a autoestima dos profissionais de enfermagem, foi possível observar que parte deles possuía autoestima alta. Sendo que a maioria deles tinham uma

autoestima média. Esses dados diferem de um estudo realizado em 2017 com 393 profissionais de enfermagem, cuja maioria apresentaram autoestima alta com 70,2%⁸. Os trabalhadores que têm uma autoestima elevada possuem sinais de uma autoconsideração positiva. Desta forma, pode ser desenvolvida por meio de experiências de vida de cada pessoa. Sendo este, um elemento de autoconceito que é determinado como o conjunto de pensamentos e sentimentos pessoais, que tem o próprio indivíduo como objeto referencial²³. Na enfermagem, é importante que os profissionais tenham uma boa autoestima, principalmente pelo fato deles cuidarem de outras pessoas. Por isso, chama-se atenção para os gestores dos serviços de saúde, para promoção de ações voltadas para a saúde mental dos trabalhadores da enfermagem.

Em relação aos domínios do questionário Estilo de Vida Fantástico, o domínio “tipo de comportamento”, apresentou resultados que merecem atenção. Isto, devido ao fato de grande parte dos profissionais de enfermagem afirmarem ter pressa algumas vezes nas suas atividades, sentirem raiva e hostilidade. Uma pesquisa investigou com profundidade a possível propensão da síndrome de *burnout* em profissionais de enfermagem e mostrou comportamentos próximos ao encontrado no Questionário de Estilo de Vida Fantástico, apontado neste estudo²⁴.

Apesar do avanço significativo na qualidade de vida nos serviços de saúde prestados aos trabalhadores, ainda assim, na maioria das vezes, o profissional de saúde atua em favor do bem-estar de seus clientes, deixando de lado o cuidado com a própria saúde. Além disso, cabe ressaltar que a jornada de trabalho do enfermeiro é extensa, ou seja, menos tempo para outros papéis em sua vida, aumentando assim a probabilidade de conflito trabalho-família²⁵.

Outro domínio que chamou atenção foi a “introspecção”, em que apenas alguns profissionais afirmaram pensar de forma positiva e otimista com relativa frequência. Além disso, eles afirmaram se sentirem tensos, desapontados, tristes e deprimidos algumas vezes. Constatados semelhanças com alguns resultados descobertos em uma pesquisa sobre variáveis interventoras do *burnout* em profissionais de saúde dos serviços emergenciais²⁶.

Os profissionais de saúde são parte de grupo relevante quanto à prevalência de transtornos mentais, como o Burnout, depressão, estresses, desgastes. Esses transtornos, que podem ser observados no domínio de introspecção, estão relacionados ao processo de trabalho, podendo ocasionar a baixa produtividade,

conflitos interpessoais, dependência de substâncias psicotrópicas, insatisfação no trabalho e na vida²⁷⁻²⁸.

Quando o assunto foi sobre o domínio “trabalho”, apenas uma parte dos participantes respondeu que se sentem satisfeitos com o trabalho. Este é um ponto importante a se discutir, principalmente pelo fato de a insatisfação no trabalho causar muitos malefícios para a saúde do trabalhador. Fatores de satisfações e insatisfações no trabalho de profissionais de saúde se dá por diversos motivos, como remuneração, sobrecarga de trabalho, números de vínculos entre outros²⁹.

Na avaliação geral do estilo de vida dos participantes, observou-se que apenas uma pequena parte deles apresentou um estilo de vida excelente, enquanto que outra parte foi classificada com estilo de vida muito bom. No entanto, não pode deixar de comentar sobre a grande parte dos trabalhadores que foram classificados com estilo de vida bom. Não é tão desejável que os profissionais atinjam a classificação “bom”, pois quanto menor o escore, maior é a necessidade de mudança do estilo de vida³⁰. Desta maneira, acredita-se que os profissionais de enfermagem, podem estar expostos a diversos fatores de adoecimento, como por exemplo, doenças mentais, como uma baixa autoestima, que pode ser provocada pelas condições de trabalho e pelo estilo de vida que desses trabalhadores⁷.

Deste modo, diante do exposto, em relação ao estilo de vida dos profissionais de enfermagem, observa-se a necessidade de as instituições de saúde desenvolverem políticas que assegurem prevenção a saúde do trabalho, principalmente daquelas que possam propiciar um estilo de vida adequado²⁴. Sugerem criação de projetos que visam a qualidade de vida no trabalho, equilíbrio entre vida pessoal e trabalho, segurança no trabalho, remuneração digna, estilo de vida adequado autoestima alta pode ser essencial para o desenvolvimento e sucesso de uma organização.

A limitação desse estudo destaca-se o delineamento transversal que não permite estabelecer relações entre causa e efeito. Entretanto, contribuiu para o avanço do conhecimento científico, em especial da enfermagem. Assim, sugere-se a realização de estudos com essa temática, principalmente buscando a causa e efeito das alterações no estilo de vida e na autoestima dos profissionais de enfermagem, para promover maiores conhecimentos e gerar ações de promoção da saúde desses trabalhadores.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo permitiram concluir que a maioria dos profissionais de enfermagem foram classificados com autoestima média, e que parte deles apresentaram um bom estilo de vida. Estas constatações apontam para a necessidade de mudanças no estilo de vida desses trabalhadores, assim como para a promoção de ações que favoreçam uma autoestima adequada.

Estas constatações apontam para a necessidade de mudanças no estilo de vida desses trabalhadores, assim como para a promoção de ações que favoreçam a qualidade de vida no trabalho. As instituições de saúde com visão dessa temática, podem implementar estratégias, ações e programas de apoio no trabalho, para promover um estilo de vida saudável e melhorias na autoestima, pois isso pode reduzir custo com a saúde do trabalhador, favorecer melhores condições trabalho e qualidade na assistência prestada aos usuários dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Almeida GFP, Ribeiro MHA, Silva MACN, Branco RCC , Pinheiro FCM , Nascimento MDSM. Patologias osteomusculares como causa de aposentadoria por invalidez em servidores públicos do município de São Luís, Maranhão. Rev Bras Med Trab. 2016;14(1):37-44. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/rbmt.org.br/pdf/v14n1a05.pdf>
2. Huebra PM, Ribeiro CA, Crescencio LNP, Huebra PM, Sampaio RMF, Silva RMGC, Silva RMCG. Condições de saúde mental e física do trabalhador. Anais do IV Seminário Científico da FACIG. 2018.
3. Alves SR, Passoni RS, Oliveira RG, Yamaguchi MU. Serviços de saúde mental, percepção da enfermagem em relação à sobrecarga e condições de trabalho. Jornal fundamental Care. Online, 2018;10.25-29. doi: <http://www.index-f.com/pesquisa/2018pdf/101025.pdf>
4. Porto JS, Marziale MHP. Motivos e consequências da baixa adesão às precauções padrão pela equipe de enfermagem Rev Gaúcha Enferm. 2016;37(2):e57395. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.57395>
5. Santos IN, Martins IC, Santos AC, Oliveira AS, Santos MSB. Distúrbios musculoesqueléticos relacionados ao trabalho: caracterização de sintomatologia e exames diagnósticos. RSD. 2021;10(1): e36710111865. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11865>

6. United Nations. Department of Economic and Social Affairs. World population prospects the 2015 revision: key findings and advanced tables. New York: United Nations; 2015. Disponível em: <https://www.un.org/en/development/desa/publications/world-population-prospects-2015-revision.html#:~:text=The%20current%20world%20population%20of,2015%20Revision%E2%80%9D%2C%20launched%20today>
7. Almeida CB, Casotti CA, Sena, ELS. Reflexões sobre a complexidade de um estilo de vida saudável. Av. Enferm. 2018;36(2):220-29. doi: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v36n2.67244>
8. Santos SVM, Macedo FR, Silva LA, Resck ZMR, Nogueira DA, Terra FS. Acidente de trabalho e autoestima de profissionais de enfermagem em ambientes hospitalares; Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2872. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1632.2872>
9. Backes DS, Backes MS, Erdmann AL, Buscher A. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. Ciênc. saúde coletiva. 2012;17(1):223-30. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000100024>
10. RUBACK, S. P.; TAVARES, J. M. A. B.; LINS, S. M. S. B.; CAMPOS, T. S.; ROCHA, R. G.; CAETANO, D. A. Estresse e Síndrome de Burnout em Profissionais de Enfermagem que Atuam na Nefrologia: Uma Revisão Integrativa. Rev Fund Care. Online. 2018; 10(3):889-99. Doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.889-899>
11. Igreja, CT. Promoção de estilos de vida saudáveis nos Enfermeiros. Repositório Institucional, 2019, 14-64, Porto. Disponível em: https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/8774/1/PG_33955.pdf
12. Riccio GMGE, Sampaio LABN, Faria MEFMG, Caracciolo LT, Ribeiro FG, Cruz, MDA. Validação de instrumento de levantamento de dados para a formação de diagnóstico de enfermagem. Rev Socied Cardiologia. 1995;5(3):1-16. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672004000100011>
13. Rodriguez-Añez CR, Reis RS, Petroski EL. Versão brasileira do questionário "Estilo de Vida Fantástico": tradução e validação para adultos jovens. Arq Bras Cardiol. 2008;91(2):102-09. doi: <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2008001400006>
14. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. New Jersey: Princeton University Press, 2017.
15. Sbicigo JB, Bandeira DR, Dell'Aglio DD. Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR): validade fatorial e consistência interna Psico-USF 2010, 15(3)doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-82712010000300012>
16. Fiocruz. Fundação Oswaldo Cruz. Perfil da Enfermagem no Brasil. Agência Fiocruz de Notícias. 2015. Disponível em : <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/index.html>

17. Machado MH, Aguiar Filho WA, Lacerda WF, Oliveira E, Wermelinger ML et al., Características gerais da enfermagem: o perfil sociodemográfico. *Enferm. Foco*. 2016;6,(¼):11-17. doi: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2016.v7.nESP.686>
18. Kaiser Family Foundation. Total Number of Professionally Active Nurses, by Gender. EUA, 2018.
19. Hashemian SM, Farzanegan B, Fathi M, Ardehali SH, Vahedian-Azimi A, Asghari-Jafarabadi M et al. Stress Among Iranian Nurses in Critical Wards. *Iran Red Crescent Med J*. 2015;23;17(6):e22612. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4568573/>
20. Nursing Process. What Is the Starting Salary of a Registered Nurse? 2018. Disponível em: <https://www.nursingprocess.org/rn-salary/>
21. Wang SS, Liu YH, Wang LL. Nurse burnout: Personal and environmental factors as predictors. *Int J Nurs Pract*. 2015;21(1):78-86. doi: <https://doi.org/10.1111/ijn.12216>
22. Kim YH, Jung MH. Effect of occupational health nursing practice on musculoskeletal pains among hospital nursing staff in South Korea. *Int J Occup Saf Ergon*. 2016;22(2):199-206. doi: <https://doi.org/10.1080/10803548.2015.1078046>.
23. Machado EO, Oliveira E, Lemos W, et al. Mercado de trabalho da enfermagem: aspectos gerais. *Enferm. Foco*. 2016;6(¼):43-78. doi: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2016.v7.nESP.691>
24. Rosenberg M. The Rosenberg self-Esteem Scale. 2014.
25. Moreira P, Honório LC. Burnout: avaliação da propensão à síndrome em enfermeiros que atuam nos serviços de urgência e emergência de um hospital público de Belo Horizonte. *BJD*. 2021;7(4):40555-77. doi: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n4-490>
26. Cordeiro EL, Silva TM da, Silva EC, Silva JED, Alves RFG, Silva LSRD. Estilo de vida e saúde do enfermeiro que trabalha no período noturno. *Rev enferm UFPE*. 2017;11(9):3369-75. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i9a110235p3369-3375-2017>
27. Pereira SS, Fornés-Vives J, Preto VA; Pereira Junior GA, Juruena MF, Cardoso L. Variáveis interventoras do burnout em profissionais de saúde dos serviços emergenciais. *Texto Contexto Enferm*. 2021;30:e20190245. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0245>
28. Michelin SR, Nitschke RG, Martini JG, Tholi AD, Souza LCSL, Henckimaier L. (Re)cognizing healthcare center workers' routine: a path for burnout prevention and health promotion. *Texto Contexto Enferm*. 2018;27(1):e5510015. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018005510015>
29. Marques CR, Ribeiro BMSS, Martins JT, Dias HG, Dalri RDCDMB, Bernardes MLG, Karino. Fatores de satisfações e insatisfações no trabalho de enfermeiros.

Rev. enferm. UFPE. 2020;14: e244966. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.244966>

30. Bühner BE, Tomiyoshi AC, Furtado MD, Nishida FS. Análise da Qualidade e Estilo de Vida entre Acadêmicos de Medicina de uma Instituição do Norte do Paraná. Rev. bras. educ. med. 2019;43(1):39-46. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n1RB20170143>

RECEBIDO: 14/10/2022
ACEITO: 27/02/2023

Indicação do tratamento da tuberculose latente: desafios identificados no sistema de notificação brasileiro, 2018-2022

Indication of latent tuberculosis treatment: challenges identified in the Brazilian notification system, 2018-2022

Gabriel Pavinati¹, Lucas Vinícius de Lima², Rodrigo de Macedo Couto³, Layana Costa Alves⁴, Farley Liliana Romero Vega⁵, Daiane Alves da Silva⁶, Daniele Gomes Dell Orti⁷, Denise Arakaki⁸, Kleydson Bonfim Andrade Alves⁹, Patrícia Bartholomay Oliveira¹⁰, Fernanda Dockhorn Costa¹¹, Gabriela Tavares Magnabosco¹²

1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0289-8219>. Enfermeiro. Universidade Estadual de Maringá, Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: gabrielpavinati00@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/0000-0003-2598-5830>. Médico Veterinário. Doutor em Saúde Pública. Ministério da Saúde, Brasília, Distrito Federal, Brasil. E-mail: rodrigo.couto@unifesp.br
4. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3512-7872>. Bióloga. Doutoranda em Saúde Coletiva. Ministério da Saúde, Brasília, Distrito Federal, Brasil. E-mail: layanalves@gmail.com
5. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2053-8134>. Médica. Doutora em Infectologia e Medicina Tropical. Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Brasília, Distrito Federal, Brasil. E-mail: lilianaromerovega@gmail.com
6. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2840-3798>. Enfermeira. Doutoranda em Ciências da Saúde. Ministério da Saúde, Brasília, Distrito Federal, Brasil. E-mail: enfvigilancia@gmail.com
7. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3922-2455>. Enfermeira. Especialista em Vigilância e Controle da Tuberculose. Ministério da Saúde, Brasília, Distrito Federal, Brasil. E-mail: danielle.dellorti@saude.gov.br
8. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8026-2876>. Médica. Mestra em Avaliação em Saúde. Ministério da Saúde, Brasília, Distrito Federal, Brasil. E-mail: Denise.arakaki@saude.gov.br

9. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0905-3358>. Enfermeiro. Doutor em Saúde Pública. Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Brasília, Distrito Federal, Brasil. E-mail: alveskle2@paho.org

10. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4881-0630>. Odontóloga. Doutora em Medicina Tropical. Ministério da Saúde, Brasília, Distrito Federal, Brasil. E-mail: patricia.bartholomay@saude.gov.br

11. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1762-9484>. Médica. Especialista em Clínica Médica. Ministério da Saúde, Brasília, Distrito Federal, Brasil. E-mail: fernanda.dockhorn@saude.gov.br

12. 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: Gabriel Pavinati | Endereço: Avenida Colombo, 5790, Bloco 2 – Campus Universitário, Zona 7, CEP 87020-900, Maringá, Paraná, Brasil | Telefone: (44)991498992 | E-mail: gabrielpavinati00@gmail.com

RESUMO

Objetivou-se analisar as indicações de tratamento para tuberculose latente no sistema de notificação brasileiro, de 2018 a 2022. Realizou-se um estudo descritivo, com dados secundários, referentes às indicações realizadas no sistema de notificação para tratamento da tuberculose latente no Brasil, de janeiro de 2018 a junho de 2022. Foram apuradas as frequências absoluta e relativa, apresentadas em mapas temáticos. Foram registradas 85.822 notificações, sendo “contatos de pessoas com tuberculose” a indicação mais frequente (57,2%). Como quarta indicação mais comum, observou-se o campo “outra” (7,7%), reservado para eventuais exceções do protocolo. Dentre essas, evidenciou-se que 91,1% correspondiam a erros de notificação, 4,5% foram indicações não contempladas no protocolo e 4,4% se tratavam de erros de indicação. Conclui-se que se tem empregado a indicação do tratamento da tuberculose latente em grupos prioritários; entretanto, foram evidenciados aspectos não preconizados, além de um possível desconhecimento sobre a utilização do sistema de informação.

DESCRITORES: Tuberculose. Tuberculose Latente. Sistemas de Informação em Saúde. Vigilância em Saúde Pública. Epidemiologia.

ABSTRACT

The objective was to analyze the indications for treatment for latent tuberculosis in the Brazilian notification system, from 2018 to 2022. We carried out a descriptive study, using secondary data, about the indications of treatment of latent tuberculosis in the notification system in Brazil, from January 2018 to June 2022. Absolute and relative frequencies were calculated, presented on thematic maps. A total of 85,822 notifications were registered, with “contacts of people with tuberculosis” being the most frequent indication (57.2%). As the fourth most common indication, the “other” field (7.7%) was observed, reserved for possible protocol exceptions. Among these, it was evident that 91.1% corresponded to notification errors, 4.5% were indications not included in the protocol and 4.4% were indication errors. We concluded that the indication of the treatment of latent tuberculosis has been used in priority groups; however, we evidenced non-recommended aspects, in addition to a possible lack of knowledge about the use of the information system.

DESCRIPTORS: Tuberculosis. Latent Tuberculosis. Health Information Systems. Public Health Surveillance. Epidemiology



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 pesar dos esforços globais, a tuberculose (TB) persiste como uma ameaça à saúde pública. Em 2020, foram registrados, mundialmente, 9,9 milhões de novos casos e 1,3 milhão de mortes¹. Estima-se que um quarto da população global, o que corresponde a cerca de 2 bilhões de pessoas, esteja infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, agente causador da TB^{2,3}. No Brasil, em 2021, foram notificados mais de 68 mil casos novos (32,0 casos a cada 100.000 habitantes)⁴.

Durante décadas, os programas de controle da TB se concentraram no enfrentamento da TB ativa, impulsionando a queda da incidência por meio da cura dos casos, principalmente em países desenvolvidos⁵. Contudo, para o controle efetivo da TB, é imprescindível aumentar o rastreio, o diagnóstico e o tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (ILTB), condição na qual os bacilos permanecem em focos quiescentes, sem progressão e sem adoecimento⁶.

Nessa conjuntura, em 2014 e 2015, todos os Estados membros da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização das Nações Unidas (ONU) se comprometeram a acabar com a epidemia de TB, endossando a “Estratégia pelo Fim da TB” e adotando os “Objetivos de Desenvolvimento Sustentável”, os quais preveem uma redução de 95% no número de mortes por TB e de 90% na taxa de incidência de TB até 2035 em comparação com os níveis de 2015^{7,8}.

Desde 2010, o Ministério da Saúde (MS) do Brasil recomenda a investigação da ILTB em contatos assintomáticos de pessoas com TB pulmonar ou laríngea, sendo os registros realizados, até então, em sistemas locais de informação e não padronizados. Em 2018, o MS publicou o “Protocolo de Vigilância da Infecção Latente pelo *Mycobacterium tuberculosis*” no intuito de implantar a vigilância da ILTB e de fortalecer e qualificar a vigilância onde esta já estava implantada⁹.

Dessa forma, o MS passou a recomendar a notificação dos tratamentos da ILTB em todo o país no Sistema de Informação para Notificação das Pessoas em Tratamento da ILTB (IL-TB)⁹. No momento da notificação, há a possibilidade de selecionar a indicação do tratamento com base em 21 alternativas, elencadas de acordo com a literatura científica, ou, quando necessário, utilizar a opção “outra”, descrevendo-a por extenso⁹.

Todavia, o desempenho de um sistema de informação, entre outros atributos, depende da aceitabilidade do profissional responsável pelo preenchimento e da qualidade dos dados, que, quando avaliados, podem fornecer informações essenciais para a adoção de medidas apropriadas de investigação e controle às autoridades de saúde relevantes, apoiando respostas frente a doenças emergentes e reemergentes, sobretudo transmissíveis, com vistas à interrupção da cadeia de transmissão¹⁰.

Nessa lógica, recorreu-se, para este estudo, ao referencial conceitual-operacional da vigilância em saúde (VS), que se configura como um pilar para o delineamento de políticas públicas, sendo um instrumento capaz de impulsionar o paradigma da promoção da saúde no campo da saúde pública, visando à transformação dos modelos de atenção à saúde e ao enfrentamento dos problemas e das necessidades de indivíduos e coletivos¹¹.

Ante o exposto, cinco anos após o início da efetivação do IL-TB como ferramenta de suporte à implantação da vigilância da ILTB no Brasil, evidencia-se a necessidade de investigar quais têm sido as justificativas de indicação do tratamento da ILTB, com o intuito de avaliar o sistema brasileiro no que se refere à qualidade dos dados e a sua aceitabilidade. Assim, objetivou-se analisar as indicações de tratamento para TB latente no sistema de notificação brasileiro, de 2018 a 2022.

MÉTODOS

Estudo observacional, do tipo descritivo, ancorado no *Reporting of Studies Conducted using Observational Routinely-Collected Health Data* (RECORD)¹², em que foi analisada a indicação de tratamento para ILTB entre os registros realizados no IL-TB. Os dados não nominais foram disponibilizados pela Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças de Transmissão Respiratória de Condições Crônicas, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde.

O Brasil apresenta uma população estimada de 213.317.639 habitantes e se constitui por 26 estados e o Distrito Federal (DF)¹³. A população do estudo foi composta pelos registros de pessoas em tratamento para ILTB, referentes ao período de janeiro de 2018, data de implementação do IL-TB, a junho de 2022, considerando-se os dados mais recentes disponíveis na data do estudo.

Foram desconsideradas quaisquer notificações anteriores a 2018, uma vez que os serviços poderiam, opcionalmente, notificar casos que iniciaram o tratamento em

data anterior à implantação do sistema. Além disso, foram excluídos os dados das Unidades Federativas (UFs) de Santa Catarina e de Goiás, que implantaram sistemas de informação próprios, antes da recomendação do MS, e, por este motivo, não aderiram ao IL-TB.

A vigilância da ILTB no país se dá a partir do preenchimento da ficha de notificação e/ou da informação no IL-TB, um sistema on-line que possui como principal finalidade registrar os indivíduos em tratamento para ILTB e, dessa forma, compilar dados para o cálculo de indicadores de monitoramento e avaliação das ações de vigilância da ILTB no país⁹. Apesar da utilização do IL-TB ser facultativa, presume-se que as notificações neste sistema sejam representativas da VS no país.

As 21 indicações de tratamento no protocolo levam em consideração o risco de adoecimento associado ao resultado da prova tuberculínica (PT) ou dos ensaios de liberação do interferon-gama (IGRA). Além de considerar o tempo de exposição, foram incluídas populações com risco reconhecido para a TB, independentemente do tempo decorrido desde a infecção. Adicionalmente, foi inserido o campo aberto “outra” para casos em que a justificativa não fosse contemplada pelo protocolo^{9,14}.

Os dados foram compilados e tabulados em planilha do Microsoft Excel® 2016, estimando-se frequências absoluta e relativa. Os gráficos foram elaborados no software R versão 4.2.1. As indicações de tratamento existentes foram classificadas segundo grupos definidos pelos autores (Quadro 1). Para os casos em que a notificação foi “outra indicação”, procedeu-se à categorização do conteúdo registrado em campo aberto, conforme critérios definidos pelos autores (Quadro 2).

Quadro 1. Classificação das indicações de tratamento para infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* contempladas no protocolo de vigilância. Brasil, 2018 a 2022

Grupo	Descrição da classificação
<p>Comorbidades e/ou histórico de TB^a</p>	<p>Soma das seguintes indicações de tratamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alterações radiológicas fibróticas sugestivas de seqüela de TB^a e PT^b ≥ 5 mm ou IGRA^c positivo; - Diabetes mellitus e PT^b ≥ 10 mm ou IGRA^c positivo; - Indivíduos baixo peso (< 85% do peso ideal) e PT^b ≥ 10 mm ou IGRA^c positivo; - Indivíduos com calcificação isolada (sem fibrose) na radiografia e PT^b ≥ 10 mm ou IGRA^c positivo; - Indivíduos tabagistas (> 1 maço/dia) e PT^b ≥ 10 mm ou IGRA^c positivo;

	<ul style="list-style-type: none"> - Insuficiência renal em diálise e PT^b ≥10 mm ou IGRA^c positivo; - Neoplasias de cabeça e pescoço, linfomas e outras neoplasias hematológicas e PT^b ≥ 10 mm ou IGRA^c positivo; - Silicose e PT^b ≥ 10 mm ou IGRA^c positivo;
Contato de pessoas com TB^a	<p>Soma das seguintes indicações de tratamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contatos adultos e crianças independentemente da vacinação prévia com BCG^d e PT^b ≥ 5 mm ou IGRA^c positivo; - Indivíduos contatos de pessoas com TB^a confirmada por critério laboratorial com conversão (segunda PT^b com incremento de 10 mm em relação à primeira PT^b); - Recém-nascidos coabitantes de caso fonte confirmado por critério laboratorial sem PT^b e sem IGRA^c realizados.
Pessoas vivendo com HIV	<p>Soma das seguintes indicações de tratamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pessoas vivendo com HIV com CD4+ maior que 350 céls/ul e PT^b ≥ 5 mm ou IGRA^c positivo; - Pessoas vivendo com HIV com contagem de células CD4+ menor ou igual a 350 céls/ul sem PT^b e sem IGRA^c realizados; - Pessoas vivendo com HIV com radiografia de tórax com cicatriz radiológica de TB, sem tratamento anterior de TB^a sem PT^b e sem IGRA^c realizados; - Pessoas vivendo com HIV com registro documental de ter tido PT^b ≥ 5 mm ou IGRA^c positivo e não submetido ao tratamento da ILTB^e na ocasião; - Pessoas vivendo com HIV contatos de TB^a pulmonar com confirmação laboratorial sem PT^b e sem IGRA^c realizados.
Ocupacional	<p>Soma das seguintes indicações de tratamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Profissionais de saúde com conversão (segunda PT^b com incremento de 10 mm em relação à primeira PT^b); - Trabalhadores de instituições de longa permanência com conversão (segunda PT^b com incremento de 10 mm em relação à primeira PT^b).
Terapia imunossupressora	<p>Soma das seguintes indicações de tratamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Indivíduos em pré-transplante em terapia imunossupressora e PT^b ≥ 5 mm ou IGRA^c positivo;

	<ul style="list-style-type: none"> - Indivíduos em uso de inibidores do TNF-alfa ou corticosteroides (> 15 mg de prednisona por mais de um mês) e PT^b ≥ 5 mm ou IGRA^c positivo; - Neoplasias em terapia imunossupressora e PT^b ≥ 10 mm ou IGRA^c positivo.
Outra indicação de tratamento	<p>Soma das seguintes indicações de tratamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Campo por extenso “outra indicação de tratamento”.

a) TB: tuberculose; b) PT: prova tuberculínica; c) IGRA: ensaios de liberação do interferon-gama; d) BCG: vacina do bacilo de Calmette-Guérin; e) ILTB: infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis*.

Fonte: Elaborado pelos autores, segundo critérios do Ministério da Saúde (2022).

Quadro 2. Critérios para classificação das indicações de tratamento para infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* registradas em campo aberto. Brasil, 2018 a 2022

Classificação	Descrição da classificação
Erro de notificação	Registros sem informação, com informação incompleta ou contemplados nos campos fechados para seleção dos usuários no IL-TB ^a .
Erro de indicação	Registros que não figuram justificativa para indicação de tratamento da tuberculose latente.
Indicação não contemplada no protocolo do Ministério da Saúde	Registros não contemplados nos manuais técnicos do Ministério da Saúde e que não conferem erros de notificação e/ou indicação, mas que representam decisão médica para o tratamento.

a) IL-TB: Sistema de Informação para Notificação das Pessoas em Tratamento da Infecção Latente pelo *Mycobacterium tuberculosis*.

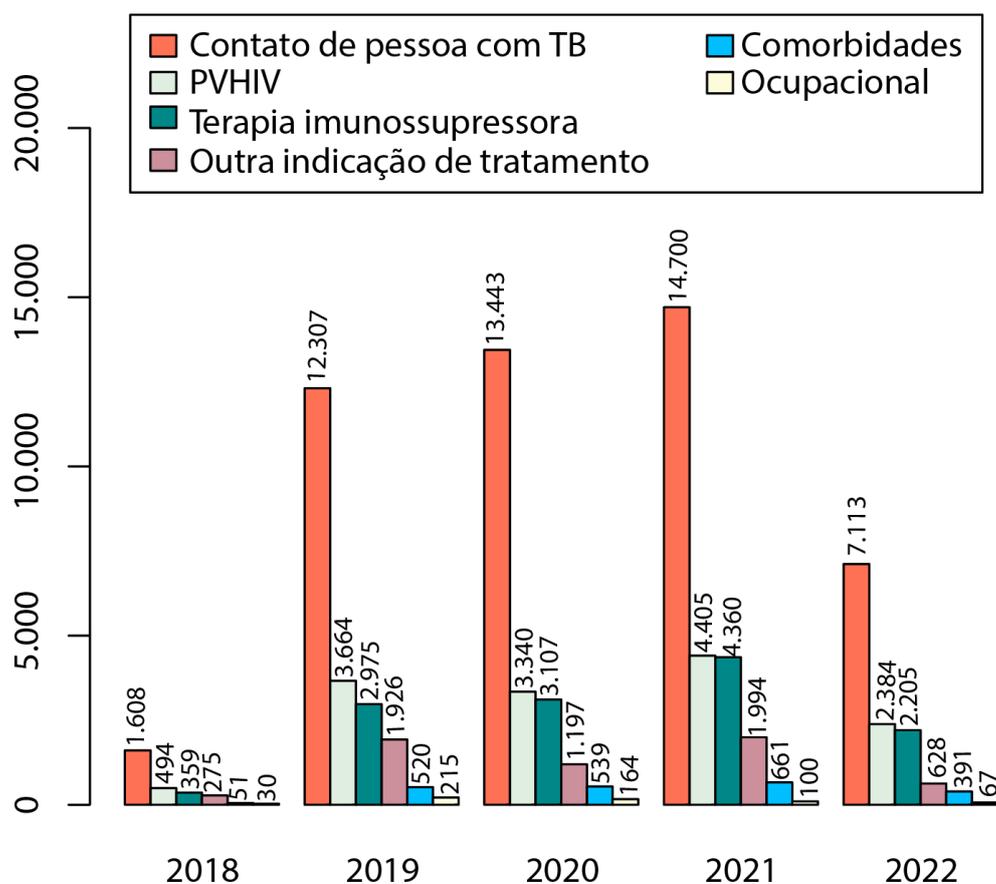
Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

Pontua-se que foram observadas e respeitadas as normas e diretrizes preconizadas pela Resolução nº 466, de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, bem como as disposições da Lei nº 12.527, de 2011, do Governo Federal. Dessa forma, o estudo, que integra um projeto institucional dos pesquisadores, foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob certificado de apresentação de apreciação ética (CAAE) nº 63981922.6.0000.0104, de outubro de 2022.

RESULTADOS

Em todo o período foram registradas 85.822 notificações de tratamento para ILTB no Brasil, das quais 49.094 (57,2%) foram por contato de pessoas com TB ativa, 14.331 (16,7%) para pessoas vivendo com HIV (PVHIV), 13.035 (15,2%) por terapia imunossupressora, 6.620 (7,7%) como outra indicação de tratamento, 2.165 (2,5%) para pessoas com comorbidades e 577 (0,7%) como ocupacional (Figura 1).

Figura 1. Distribuição das indicações de tratamento para infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis*, segundo grupos. Brasil, 2018 a 2022*.



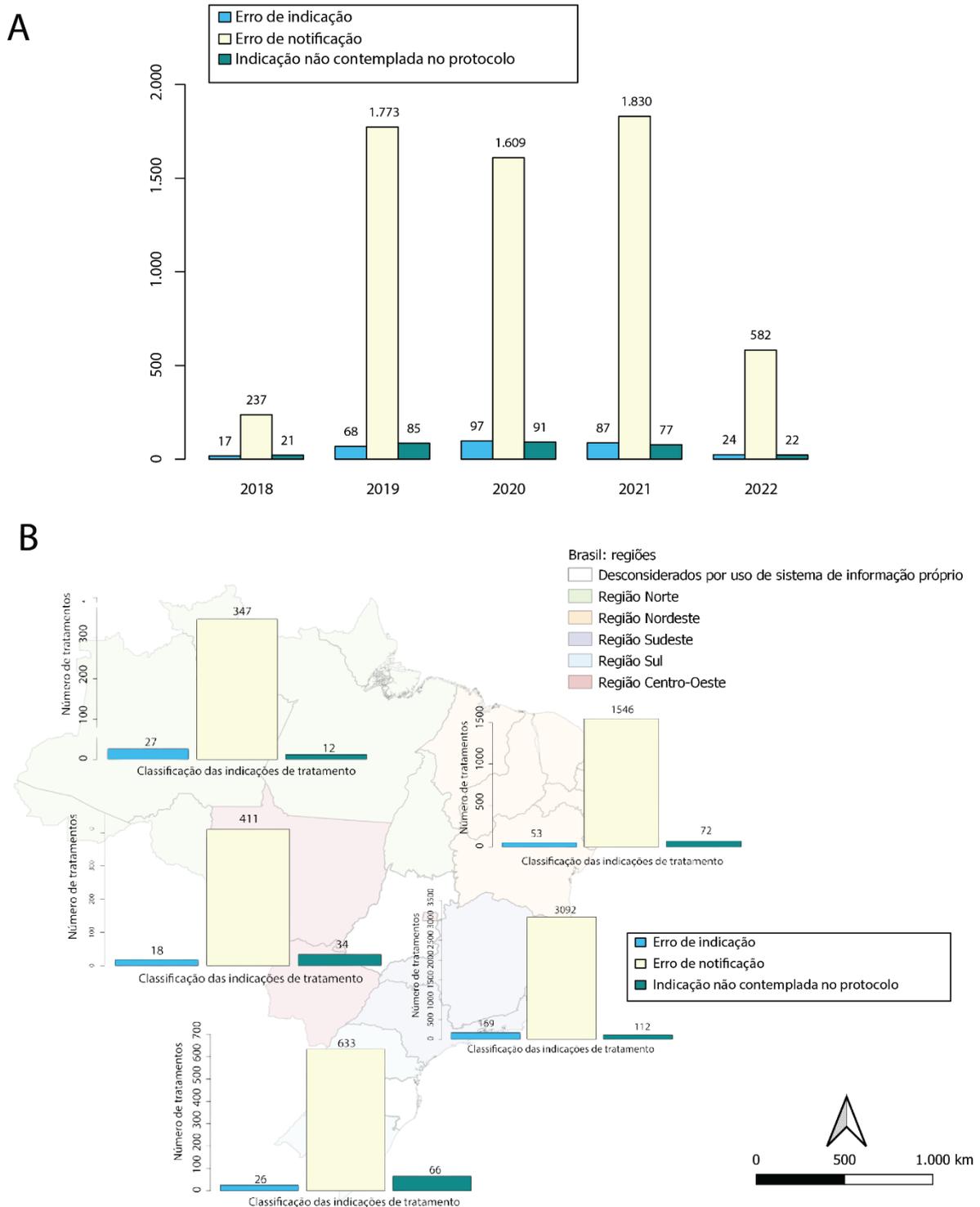
*2022: dados disponíveis somente até junho.

TB: tuberculose; PVHIV: pessoas vivendo com HIV.

Fonte: Elaborada pelos autores, com dados do Sistema de Informação para Notificação das Pessoas em Tratamento da ILTB (2022).

No que se refere ao campo outra indicação de tratamento, evidenciou-se que 6.031 (91,1%) correspondiam a erros de notificação, 296 (4,5%) foram indicações não contempladas no protocolo e 293 (4,4%) se tratavam de erros de indicação. O número de indicações conforme essa categoria se manteve proporcional e constante ao longo do tempo (Figura 2A). Além disso, o mesmo padrão do Brasil pôde ser observado entre as diferentes regiões (Figura 2B).

Figura 2. Distribuição das categorias dos registros de campo aberto da “outra indicação de tratamento”, segundo ano de início do tratamento (A), e distribuição das categorias dos registros de campo aberto da “outra indicação de tratamento”, segundo região de residência (B). Brasil, 2018 a 2022*.



*2022: dados disponíveis somente até junho.

Fonte: Elaborada pelos autores, com dados do Sistema de Informação para Notificação das Pessoas em Tratamento da ILTB (2022).

Alguns exemplos das indicações registradas em campo aberto se encontram na Tabela 1. Dentre as indicações não contempladas no protocolo, observou-se que a indicação por decisão médica (43,9%) e associada a condições de vida com alto risco de exposição à TB (38,2%) foram mais recorrentes. Quanto aos erros de indicação, notou-se descrição compatível com a TB ativa por poucos sintomas ou TB extrapulmonar (52,2%) e com o evento adverso à vacina BCG (BCGite) (47,8%). Dentre os erros de notificação, predominou a descrição insuficiente (87,2%).

Tabela 1. Classificação, justificativas e exemplos de descrição das indicações de tratamento para infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* registradas em campo aberto. Brasil, 2018 a 2022*.

Classificação	Justificativas	Exemplos de descrição pelos usuários do IL-TB ^a	n	%	
Indicação não contemplada no protocolo do Ministério da Saúde	Doador	“doador de rins”.	4	1,4	
	Pesquisa	“participante da pesquisa”.	4	1,4	
	Empírico	“empírico”.	5	1,7	
	Falta de insumo para PT ^b	“falta de insumos para realizar PT ^b ”.	11	3,7	
	Viagem internacional	“requisição por motivo de viagem de trabalho fora do país”; “viajante para país que exige”; “paciente em trânsito, iniciou por indicação do governo dos Estados Unidos”.	13	4,4	
	Contato com TB ^c animal	“trabalhador rural contato de bovino positivo”.	16	5,4	
	Condições de vida de alto risco sem outras justificativas	“condição precária de moradia”; “etilista”; “ex-privado de liberdade”; “indígena aldeado”; “exigência para institucionalização”.	113	38,2	
	Indicação médica	“relato de ausência de cicatriz da vacina BCG ^d , a médica viu necessidade de tratamento”; “tratamento iniciado pelo reumatologista”; “indicação infectologista”; “indicação do pneumologista”; “contato antigo de caso positivo, médico decidiu tratar”.	130	43,9	
	Total			296	100,0
	Erro de indicação	Evento adverso à BCG ^d	“BCGite ^e ”; “abscesso local vacina”.	141	47,8

	“emagrecimento, tosse e febre”; “forte suspeita de TB ^c das vias urinárias”; “linfonomegalia cervical”; “portador de uveíte posterior com PT ^b 11 mm”; “suspeita de TB ^c ocular”; “TB ^c latente extrapulmonar”; “TB ^c no fígado”; “tosse seca e febre baixa, orientada a fazer tratamento de ILTB ^f ”; “mastite tuberculosa e cultura sensível”.	152	52,2
Total		293	100,0
Número de indicação do protocolo digitado	“06”; “14+15”; “18”.	9	0,1
Quimioprofilaxia em RN ^g	“criança nasceu e teve contato com paciente bacilífero”; “lactente jovem coabitante de bacilífero”.	11	0,2
PT alterado ou IGRA ^h positivo ou viragem da PT ^b sem outras justificativas	“< 10 anos com PT ^b 10 mm”; “apresenta TB latente com PT ^b = 17 mm”; “exame IGRA ^h +” “viragem tuberculínica recente”.	764	12,5
Erro de notificação	“peso 98 kg”; “reumatológico”; “transtorno do disco cervical com mielopatia”; “a unidade básica não informou”; “abandono de tratamento anterior”; “aguardando informação”; “alteração no raio-X”; “assintomático”; “comunicante com adulto bacilífero”; “criança”; “IGRA ^h positivo”; “imunossupressão”; “sem critério”; “trabalha em hospital”; “HIV”.	5.247	87,2
Total		6.031	100,0

*2022: dados disponíveis somente até junho.

a) IL-TB: Sistema de Informação para Notificação das Pessoas em Tratamento da Infecção Latente pelo *Mycobacterium tuberculosis*; b) PT: prova tuberculínica; c) TB: tuberculose; d) BCG: vacina do bacilo de Calmette-Guérin; e) BCGite: evento adverso à vacina BCG; f) ILTB: infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis*; g) RN: recém-nascido; h) IGRA: ensaios de liberação do interferon-gama;

Fonte: Elaborada pelos autores, com dados do Sistema de Informação para Notificação das Pessoas em Tratamento da ILTB (2022).

DISCUSSÃO

A descoberta de casos e o manejo adequado da TB ativa devem ser prioridade para os programas; todavia, é evidente que esta estratégia de maneira isolada pode não alcançar a pretendida eliminação da TB como problema de saúde pública⁵. A identificação oportuna e o tratamento precoce de indivíduos com a ILTB são necessidades para o enfrentamento da TB, sendo de fundamental importância^{1,5,8}, principalmente em indivíduos recém-infectados, como contatos, crianças menores de cinco anos e PVHIV, dado o alto risco de adoecimento nessas populações⁵.

A extensa oferta e realização do tratamento da ILTB ainda tem sido exígua em muitos locais, configurando-se como uma barreira para o alcance dos objetivos da “Estratégia pelo Fim da TB”². A parcela de indivíduos infectados com a ILTB representa um reservatório da doença, dada a eventual progressão para a forma ativa². Essa problemática tem potencial de produzir um platô, visto que mesmo com o tratamento dos casos ativos, ainda há o surgimento de casos previamente latentes, alimentando a cadeia de transmissão e preservando o *status quo*.

Os achados deste estudo mostraram que as indicações para o tratamento da ILTB no Brasil foram mais frequentes em contatos de pessoas com TB, PVHIV e pessoas em terapia imunossupressora, o que coaduna com a recomendação nacional do MS que prioriza contatos e PVHIV para o tratamento da ILTB⁹. Por outro lado, as justificativas de indicação no sistema IL-TB tiveram como quarta seleção mais frequente o campo aberto “outra”, reservado para eventuais exceções de indicação não contempladas no protocolo.

Observou-se que grande parte dessas indicações no campo “outra” se referia àquelas já constantes nas possibilidades supramencionadas, ou seja, disponibilizadas nos instrumentos de notificação e preconizadas no protocolo do MS. Tal achado revela fragilidades por parte dos profissionais de saúde na compreensão acerca dos itens estabelecidos para a indicação do tratamento da ILTB e da utilização do sistema de informação. Isso pode ter sido potencializado por se tratar de um sistema relativamente novo para os profissionais.

Assim, presume-se que essa problemática pode se relacionar ao possível desconhecimento dos profissionais de saúde sobre as recomendações dos organismos nacionais e internacionais para o tratamento da ILTB^{15,16}. Nesse âmbito, é importante reiterar o fato de terem sido implementadas e realizadas capacitações,

conduzidas pelo MS, para a implantação do protocolo de vigilância da ILTB aos profissionais da Rede de Atenção à Saúde (RAS) em todas as regiões do país, nos anos de 2017 a 2019.

Ademais, pôde-se observar baixa indicação do tratamento por justificativa ocupacional. Sabe-se que a TB é considerada uma doença incidente em indivíduos cuja ocupação implique em maior exposição ao agente, dentre os quais destacam-se os profissionais da saúde¹⁷. Assim, é imperativa a testagem rotineira desses profissionais como proposta de prevenção e de controle da TB nesse público¹⁷.

Sob esse ponto de vista, seria de grande importância incorporar a testagem da ILTB para além do exame admissional, englobando, por exemplo, os estudantes da área da saúde em formação. Entende-se que esses representam um público inserido nos serviços de saúde para a realização de disciplinas práticas e estágios, período em que se inicia o maior contato com as pessoas e que pode levar à exposição a patógenos, dentre eles o *Mycobacterium tuberculosis*.

Também se observou neste estudo que há imprecisão quanto à conduta dos profissionais de saúde diante da avaliação e indicação do tratamento da ILTB em situações em que a pessoa apresente sinais ínfimos de TB ativa, principalmente relacionados à TB extrapulmonar. Nessa situação, foi implementado o tratamento da ILTB mesmo a despeito de uma possível TB ativa, entendendo-se que a ausência ou insuficiência de sintomas possibilitaria essa decisão.

Foi identificado o mesmo equívoco com relação à presença de eventos adversos à vacina BCG. Apesar da indicação de utilização da isoniazida em sua grande maioria, o evento não se trata de ILTB e não deve ser notificado no sistema. Reforça-se, então, a relevância de os profissionais serem permanentemente capacitados para operacionalizar as estratégias do diagnóstico e tratamento da ILTB, bem como em torno de suas bases clínicas e farmacológicas, visando à avaliação, à investigação e à indicação de tratamento de maneira apropriada.

Nesse sentido, sugere-se que os erros de notificação do tratamento da ILTB no Brasil observados neste estudo podem estar atrelados ao conhecimento insuficiente acerca do novo sistema de informação e da fisiopatologia da TB latente e ativa, bem como das diretrizes programáticas envolvendo as justificativas para o esquema terapêutico de ambas as condições, o que pode prejudicar o enfrentamento da TB. Destaca-se, também, a possível dificuldade de compreensão das categorias e itens estabelecidos para a notificação da indicação do tratamento no IL-TB.

Ademais, entre os profissionais que conhecem as indicações de tratamento da ILTB, ainda há relutância na implementação do tratamento em tempo adequado como consequência do medo do desenvolvimento da TB resistente ou da manifestação de efeitos indesejáveis às pessoas¹⁵. Isso pode refletir em baixo número de indicações de tratamento para ILTB e, dessa forma, contribuir para a manutenção do platô de incidência em que a TB se encontra nos últimos anos.

Até o momento, é sabido que ainda não existe um teste “padrão-ouro” para identificação da ILTB¹⁸. Sua detecção é presumida pela imunossensibilização prévia do indivíduo ao antígeno da bactéria e na ausência de manifestações clínicas e radiológicas da forma ativa⁽¹⁸⁾, o que pode culminar em confusão diagnóstica. Somado a isso, apontam-se as dificuldades com relação ao tratamento, que, por vezes, se limita pela baixa adesão frente à duração prolongada e aos efeitos adversos¹⁹.

Além disso, impõe-se como obstáculo para a adesão ao tratamento da ILTB a natureza da condição que não se traduz como doença e que se caracteriza pela ausência de sinais e sintomas, aspectos que, em quadros mórbidos típicos, podem ser decisivos à aceitação de um plano terapêutico. Nessa direção, foram evidenciadas contribuições decorrentes da integração assistência-vigilância na identificação de indicações de tratamento para ILTB não contempladas no protocolo.

Apesar disso, cumpre destacar que a inexatidão de notificação, tanto por preenchimento incompleto quanto errôneo, representou parte do universo dos resultados evidenciados. Dessa forma, para além do diagnóstico e do tratamento da doença, tornam-se necessárias ações de integração vigilância-assistência, uma vez que sistemas de informação e notificação qualificados são cruciais para que as estratégias assistenciais de eliminação da TB sejam acompanhadas e monitoradas²⁰.

Sabe-se que a articulação intrasetorial tem transformado o campo da saúde, de modo que o trabalho e a construção de políticas públicas sejam capazes de superar a fragmentação dos conhecimentos e das estruturas programáticas²¹. Assim, reconhece-se a potencialidade dos achados deste estudo para a revisão e qualificação do protocolo de vigilância do MS, bem como para a melhoria do sistema de notificação da ILTB no Brasil.

O país ocupa um papel de liderança no movimento de enfrentamento à TB, posto que, além de possuir alta carga da doença, conta com um sistema de saúde de abrangência nacional e universal, referência a nível internacional¹⁷. Nessa lógica, a

partir deste primeiro estudo acerca da indicação do tratamento da ILTB, desde a implantação do sistema de notificação brasileiro, e do panorama dos desafios perante o olhar vigilância-assistência, considera-se que este trabalho poderá contribuir na estruturação da vigilância da ILTB em outros países.

Ainda, é válido mencionar que, no âmbito da RAS, a Atenção Primária à Saúde (APS) surge como protagonista, com potencial importância no controle da TB. A descentralização das ações de detecção, tratamento e vigilância da doença para a APS exige a articulação intersetorial, abrangendo o indivíduo, a família e a comunidade²², e o contínuo aperfeiçoamento dos profissionais para a qualificação da assistência prestada²³, dada a complexidade social, clínica e epidemiológica da TB.

Em se tratando das PVHIV, que também são acompanhadas pelos serviços especializados de atenção, urge abordar a indicação do tratamento da ILTB com maior ênfase entre os profissionais de saúde. Isso porque ainda é possível notar negligências na prevenção da TB *versus* outras infecções oportunistas, sendo que a TB é uma das doenças infecciosas que mais mata as PVHIV. Ou seja, para além de uma ação de controle de uma doença de importância para a saúde pública, o tratamento da ILTB pode incidir na diminuição da mortalidade nessa população⁵.

Ainda, cabe considerar que o número de tratamentos para ILTB registrados e a utilização do IL-TB podem ter sido influenciados pela pandemia. Inquérito nacional do MS, de 2020 a 2022, apontou que a desmobilização das ações de busca de pessoas com sintomas respiratórios e de avaliação de contatos nesse período, decorrentes da reordenação dos serviços de saúde para o enfrentamento da covid-19, apresentou valores maiores que 50%. Já a restrição na realização do tratamento da ILTB chegou a atingir mais de 40% em maio de 2020²⁴.

Dentre as limitações deste estudo, menciona-se: i) o fato do uso do IL-TB não ser obrigatório, possibilitando a subnotificação de casos; ii) a ausência dos registros de duas UFs, que não aderiram ao sistema nacional; iii) a não adesão concomitante dos estados, o que impede a generalização dos achados para o país no período analisado; e iv) a cobertura variável do sistema a nível estadual, não sendo utilizado por todos os serviços e municípios.

CONCLUSÃO

A análise das indicações de tratamento da ILTB no sistema de notificação brasileiro permitiu identificar que o tratamento da infecção tem sido recomendado para alguns grupos prioritários, em conformidade com orientações previstas no protocolo, como as PVHIV e os contatos de pessoas com TB. Por outro lado, evidenciou-se que parte dos registros de tratamentos para ILTB no país não se justificou por indicações previstas no protocolo de vigilância, sendo que a maior parcela desse grupo correspondeu a equívocos de notificação.

Dessa forma, o estudo sugere que há um possível problema de entendimento da indicação e notificação do tratamento da ILTB por parte dos profissionais de saúde, constatação essa que suscita preocupação e um alerta às autoridades sanitárias, visto que a instituição indevida da terapia para ILTB pode implicar em mais riscos do que benefícios em termos de controle da TB. Cabe destacar que pode corroborar para as notificações indevidas o desconhecimento sobre o próprio sistema de informação, ainda novo e em expansão nos serviços de saúde.

Nesse sentido, apesar do estabelecimento de diretrizes nacionais há cerca de 5 anos, ainda existem desafios na implantação efetiva da vigilância da ILTB no país, apontando para barreiras que precisam ser transpostas pelos profissionais e gestores de saúde, a partir da articulação intersetorial e, sobretudo, da integração vigilância-assistência, visando à qualificação dos profissionais na implementação do manejo e do controle adequados da ILTB no território brasileiro.

Salienta-se, ainda, que a emergência da pandemia de covid-19 afetou a organização e oferta de ações e serviços de saúde no país, prejudicando os progressos alcançados em relação a muitos agravos, dentre eles a TB. Nesse novo cenário, o resgate quanto à importância da implementação da vigilância da ILTB, por profissionais e serviços de saúde nos estados e municípios, é essencial para a busca pela eliminação da doença como problema de saúde pública.

Ante o exposto, entende-se que os achados deste estudo podem auxiliar na adequação das diretrizes da vigilância da ILTB no país, no protocolo ministerial e no sistema de notificação dessa condição, além de embasar a construção e a promoção de ações de educação permanente em saúde no contexto laboral, a fim de transformar as práticas de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde e, dessa maneira, qualificar as ações de controle da TB no Brasil.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Global tuberculosis report 2021 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [citado 2022 junho 09]. Disponível em: https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/
2. Cohen A, Mathiasen VD, Schön T, Wejse C. The global prevalence of latent tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. *Eur Respir J*. 2019;54(3):1900655. doi: <https://doi.org/10.1183/13993003.00655-2019>.
3. World Health Organization (WHO). Global tuberculosis report 2020 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [citado 2022 junho 09]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336069/9789240013131-eng.pdf>.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico de tuberculose – 2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [citado 2022 maio 17]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2022/boletim-epidemiologico-de-tuberculose-2022>.
5. Zellweger JP, Sotgiu G, Corradi M, Durando P. The diagnosis of latent tuberculosis infection (LTBI): currently available tests, future developments, and perspectives to eliminate tuberculosis (TB). *Med Lav*. 2020;111(3):170-83. doi: <https://doi.org/10.23749%2Fmdl.v111i3.9983>.
6. Chaw L, Chien LC, Wong J, Takahashi K, Koh D, Lin RT. Global trends and gaps in research related to latent tuberculosis infection. *BMC Public Health*. 2020;20(1):1-10. doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8419-0>.
7. World Health Organization (WHO). The end TB strategy [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2015 [citado 2022 junho 09]. Disponível em: http://www.who.int/tb/End_TB_brochure.pdf?ua=1.
8. United Nations. Take action for the sustainable development goals [Internet]. Estados Unidos: United Nations; 2015 [citado 2022 junho 09]. Disponível em: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>.
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo de vigilância da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* no Brasil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [citado 2022 junho 09]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_vigilancia_infeccao_latente_mykobacterium_tuberculosis_brasil.pdf.
10. Benson FG, Levin J, Rispel LC. Health care providers' compliance with the notifiable diseases surveillance system in South Africa. *PLoS One*. 2018; 13(4):e0195194. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195194>.
11. Arreaza ALV, Moraes JC. Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010;15(4). doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000400036>.

12. Benchimol EI, Smeeth L, Guttman A, Harron K, Moher D, Petersen I, et al. The REporting of studies Conducted using Observational Routinely-collected health Data (RECORD) Statement. *PLoS Med.* 2015;12(10):e1001885. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001885>.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Painel de indicadores [Internet]. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2022 [citado 2022 junho 08]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/indicadores.html>.
14. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [citado 2022 junho 08]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf.
15. Paton NI, Borand L, Benedicto J, Kyi MM, Mahmud AM, Norazmi MN, et al. Diagnosis and management of latent tuberculosis infection in Asia: review of current status and challenges. *Int J Infect Dis.* 2019;87:21-9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2019.07.004>.
16. Trajman A, Wakoff-Pereira MF, Ramos-Silva J, Cordeiro-Santos M, Albuquerque MFM, Hill PC, et al. Knowledge, attitudes and practices on tuberculosis transmission and prevention among auxiliary healthcare professionals in three Brazilian high-burden cities: a cross-sectional survey. *BMC Health Serv. Res.* 2019;19(532). doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4231-x>.
17. Andrade DFR, Nunes MRCM, Valadares CB, Leão HLBA, Bezerra Filho FM, Campelo V. Infecção latente por *Mycobacterium tuberculosis* entre estudantes de enfermagem de uma universidade pública. *Rev. epidemiol. controle infecç.* 2018;8(2):184-88. doi: <https://doi.org/10.17058/reci.v8i2.11302>.
18. Meinerz G, Silva CK, Dorsdt DMB, Adames JB, Andrade JP, Ventura PE, et al. Triagem da tuberculose latente antes do transplante renal no Sul do Brasil. *Braz. J. Nephrol.* 2021;43(4):520-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2020-0189>.
19. Chee CB, Reves R, Zhang Y, Belknap R. Latent tuberculosis infection: opportunities and challenges. *Respirology.* 2018;23(10):893-900. doi: <https://doi.org/10.1111/resp.13346>.
20. Bartholomay P, Pinheiro RS, Johansen FDC, Oliveira SB, Rocha MS, Pelissari DM, et al. Lacunas na vigilância da tuberculose drogaresistente: relacionando sistemas de informação do Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2020;36(5). doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00082219>.
21. Silva CMSC, Junges JR, Barbiani R, Schaefer R, Nora CRD. Processo de trabalho na vigilância em saúde no Brasil: uma scoping review. *Cad. saúde colet.* 2021;29(4). doi: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202129040274>.

22. Siqueira TC, Martellet MG, Tavernard GLN, Silva VM, Moura STS, Silva LAF, et al. Percepção de enfermeiros: enfoque na família e orientação para a comunidade nas ações de tuberculose. *Cienc Cuid Saude*. 2020;19(e50175). doi: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v19i0.50175>.
23. Dotti JZ, Cruciol JM, Lima WHN. Perfil epidemiológico das notificações de tuberculose de pacientes com residência na 17ª Regional de Saúde do Paraná entre 2010 e 2017. *Rev Saúde Pública Paraná*. 2018;1(2):75-82. doi: <https://doi.org/10.32811/25954482-2018v1n2p75>.
24. 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: 22/10/2022
ACEITO: 10/05/2023

Cenário epidemiológico do HIV/Aids antes e durante a pandemia da Covid-19 no Estado do Rio Grande do Sul e no Brasil

Epidemiological scenario of HIV/Aids before and during the Covid-19 pandemic in the State of Rio Grande do Sul and in Brazil

Fernanda Fávero Alberti¹, Sedy Sales Oliveira²,
Taira Paim de Almeida³, Gabriela Marques de Ávila⁴

1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4049-9902>. Farmacêutica. Mestra em Assistência Farmacêutica. Especialista em Dermatologia Sanitária com ênfase em HIV/AIDS. Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.
E-mail: fernanda-albert@saude.rs.gov.br

2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6726-185X> Farmacêutica. Especialista em Dermatologia Sanitária com ênfase em HIV/AIDS. Rede de Saúde Divina Providência. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.
E-mail: sndsalesoliv3@gmail.com

3. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5524-6663> Assistente Social. Especialista em Dermatologia Sanitária com ênfase em HIV/AIDS. Universidade do Vale dos Sinos - UNISINOS. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.
E-mail: paimtaiara90@gmail.com

4. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9116-7401> Enfermeira. Especialista em Estomaterapia. Especialista em Dermatologia Sanitária com ênfase em HIV/AIDS. Prefeitura Municipal de Chapecó, Chapecó, Santa Catarina, Brasil.
E-mail: gabee.avila@gmail.com

CONTATO: Fernanda Fávero Alberti | Endereço: Av. Borges de Medeiros, 1501 - Centro Histórico, Porto Alegre - RS, 90020-020, Brasil | Telefone: (55) 999861874 | E-mail: fernanda-albert@saude.rs.gov.br

RESUMO

O monitoramento epidemiológico auxilia a mensurar a distribuição e o impacto de condições de saúde na sociedade. Identificamos que o Brasil registrou 159.341 pessoas que iniciaram a TARV entre 2019 e 2021, e 2.267.330 milhões pacientes foram vinculados ao serviço de saúde, sendo 9,7% no Rio

Grande do Sul, com maior proporção entre pessoas do sexo masculino (65,6%). No Brasil, a taxa de diagnóstico tardio se manteve em 26% em 2021, e o mesmo ocorreu no Rio Grande do Sul (23%). As metas 90-90-90, vigente até o ano de 2020, e a meta 95-95-95, válida a partir de 2021, não foram atingidas em nenhuma unidade analisada para o diagnóstico tardio, exceto no subgrupo de 50 anos ou mais. Os dados sugerem que a pandemia impactou os indicadores de saúde avaliados de forma rápida e que eles precisam ser acompanhados para garantir o cumprimento das metas estabelecidas pelas organizações internacionais.

DESCRITORES: HIV. Estudos epidemiológicos. Indicadores Básicos de Saúde.

ABSTRACT

Epidemiological monitoring helps measure the distribution and impact of health conditions in society. We identified that 159.341 people started ART in Brazil between 2019 and 2021, and 2.267,330 million patients were linked to the Health Care services, with 9.7% in Rio Grande do Sul and a higher proportion among males (65.6%). In Brazil, the late diagnosis rate remained at 26% in 2021, and the same occurred in Rio Grande do Sul (23%). The 90-90-90 targets, valid until 2020, and the 95-95-95 target, valid from 2021, were not achieved in any unit analyzed for late diagnosis, except in the 50 years old and older subgroup. These data suggest that the pandemic has promptly affected the evaluated health indicators and that they need to be monitored to ensure compliance with the goals established by international organizations.

DESCRIPTORS: HIV. Epidemiologic studies. Health Status indicators.



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 crise sanitária global, agravada pela pandemia do SARS-COV-2, vírus causador da Covid-19, apontou inúmeros agravos sociais e de saúde que intensificaram as barreiras e dificuldades que as políticas públicas de saúde já vinham enfrentando para garantir o acesso igualitário a tratamentos, serviços de saúde e atenção integral e humanizada¹. No Brasil, sabe-se que a situação de saúde é caracterizada por uma transição demográfica acelerada, aumento da expectativa de vida e um perfil epidemiológico acentuado pela tripla carga de doenças: doenças infecciosas ainda não superadas (como a síndrome da imunodeficiência humana adquirida - aids), causas externas com grandes incidências e uma marcante presença de condições crônicas de saúde².

No caso do HIV e da aids, de 2007 até junho de 2021, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) um total de 381.793 casos de infecção pelo HIV no Brasil, sendo que 36.218 (9,5%) foram na região Sul. Já de 1980 a junho de 2021, foram identificados 1.045.355 casos de AIDS no Brasil, que nos últimos cinco anos tem registrado uma média de 36,8 mil novos casos de aids por ano. A distribuição proporcional dos casos de aids identificados nesse mesmo período mostra uma concentração nas regiões Sudeste e Sul, correspondendo cada qual a 50,6% e 19,8% do total de casos³.

O Rio Grande do Sul é um estado da região Sul com uma população estimada em 11.466.630 pessoas e apresenta uma das maiores taxas de detecção de AIDS quando comparado por unidade de federação (21,8 casos por 100 mil habitantes), perdendo apenas para o estado do Amazonas (28,7 por 100 mil habitantes). Embora saiba-se que esta taxa vem apresentando uma tendência de redução nos últimos anos, em 2020 apresentou a maior redução anual, o que pode estar relacionado com a subnotificação de casos causada pela sobrecarga dos serviços de saúde no atendimento prioritário à Covid-19^{1,3}.

Não obstante, há mais de 10 anos a capital do Rio Grande do Sul ocupa o segundo lugar entre as capitais brasileiras na alta taxa de detecção de aids³. Anualmente, inúmeros boletins epidemiológicos vêm sendo publicados, tanto a nível nacional quanto a nível estadual e municipal, para demonstrar os efeitos desta epidemia no cenário epidemiológico e para dar embasamento às ações que deverão

ser estratégicas para combater a epidemia.⁴⁻⁷.

Este artigo tem como objetivos expor uma comparação epidemiológica do Brasil e do Rio Grande do Sul, durante o período de 2019 a 2021, para tentar estimar os impactos da pandemia da Covid-19 no processo de saúde-doença das pessoas que vivem com HIV ou aids (PVHIV) em diferentes indicadores de saúde.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva com comparação epidemiológica de dados de pessoas que vivem com HIV ou aids no Rio Grande do Sul e no Brasil antes e durante a pandemia da Covid-19 no período de 2019 até 2021. O estado do Rio Grande do Sul foi selecionado por ser o segundo estado com a maior taxa de detecção de aids e por possuir a capital com a maior taxa de mortalidade por aids do Brasil.

Foram utilizados dados secundários de acesso aberto obtidos através dos Boletins epidemiológicos do HIV ou aids, bem como do painel “Monitoramento durante a pandemia de Covid-19 – Dados relacionados ao HIV”, desenvolvido pelo Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde do Brasil⁸.

O período de análise dos dados para comparação foi de janeiro de 2019 até setembro de 2021, relacionados ao número de dispensas e duração do tratamento até dezembro de 2021. A coleta de dados foi efetuada no período de fevereiro de 2022 a maio de 2022 e consistiu em indicadores percentuais de diagnóstico tardio, taxas de vinculação, percentual de pessoas iniciando terapia antirretroviral (TARV), pessoas em TARV, indicadores de supressão viral e supressão sustentada (Quadro 1). Quando disponíveis, foram coletados sexo e faixa etária.

Quadro 1. Caracterização dos dados coletados

Dado coletado	Caracterização
Início de TARV	Primeira dispensa registrada no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM).
Dispensações de TARV	Número de dispensações realizadas no Siclom; Duração das dispensações;
Taxa de vinculação	Número de PVHIV vinculadas (pelo menos uma dispensa, CD4 ou carga viral);

Diagnóstico tardio	Primeiro CD4 < 200 céls/ml;
Supressão viral	Número de indivíduos em TARV (dispensa nos últimos 100 dias do ano) que realizaram carga viral (CV) e cujo resultado foi abaixo de 50 cópias/mL;
Supressão sustentada	Número de indivíduos em TARV há pelo menos dois anos e que realizaram pelo menos 2 exames de CV com resultado abaixo de 50 cópias/mL após pelo menos 6 meses;

Fonte: Elaborado pelos autores (2023)

Por se tratar de uma pesquisa que utiliza como fonte os dados secundários oriundos de plataformas oficiais do Ministério da Saúde, não houve necessidade de apreciação ética.

RESULTADOS

No período de 2019 a 2021, o Brasil registrou 159.341 pessoas que iniciaram a TARV, com maior distribuição no ano de 2019 e em homens na faixa etária de 30 a 49 anos. Houve maior proporção de início de TARV em pessoas de 30 a 49 anos, seguida de 18 a 24 anos e 25 a 29 anos em todos os anos. No entanto, houve um decréscimo de 9,5% no percentual de pessoas na faixa etária de 30 a 49 anos que iniciaram o tratamento de 2019 para 2020. Comparando com os dados do Rio Grande do Sul, observou-se que essa redução não ocorreu, embora a maior distribuição dos casos de início de TARV também tenha ocorrido nessa faixa etária (Tabela 1).

Tabela 1. Número de PVHIV que iniciaram TARV, por ano, sexo e faixa etária, Brasil e Rio Grande do Sul, 2019-2021

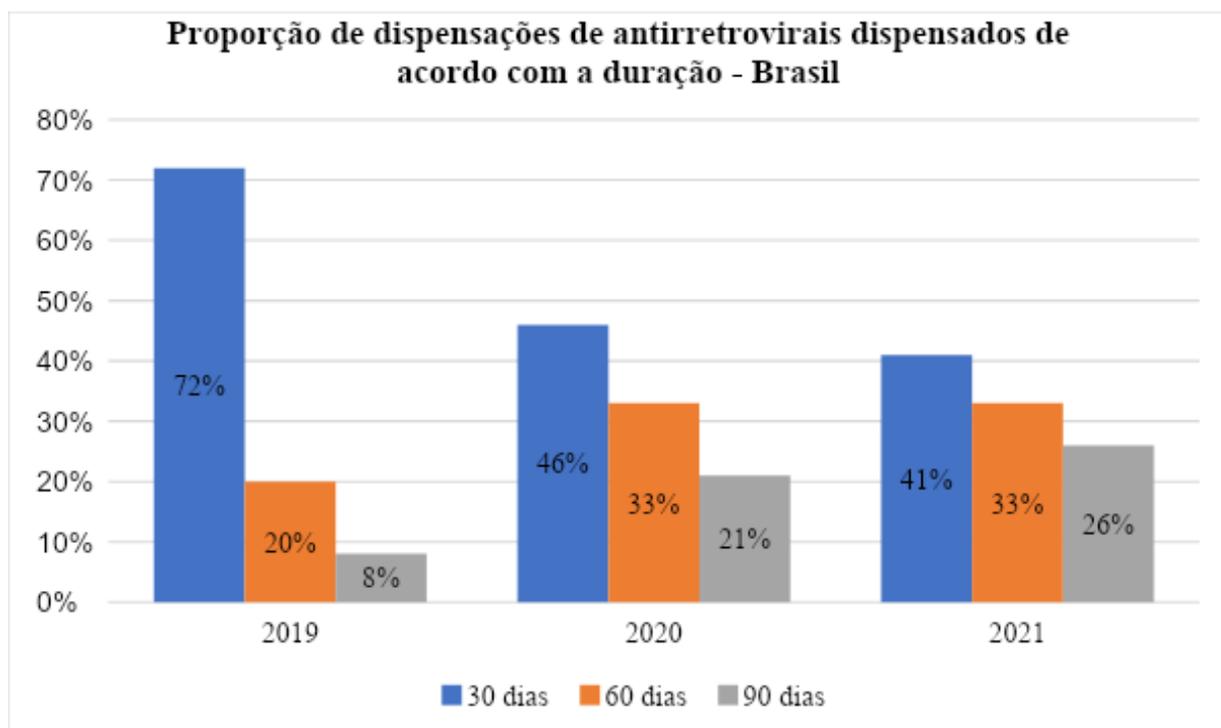
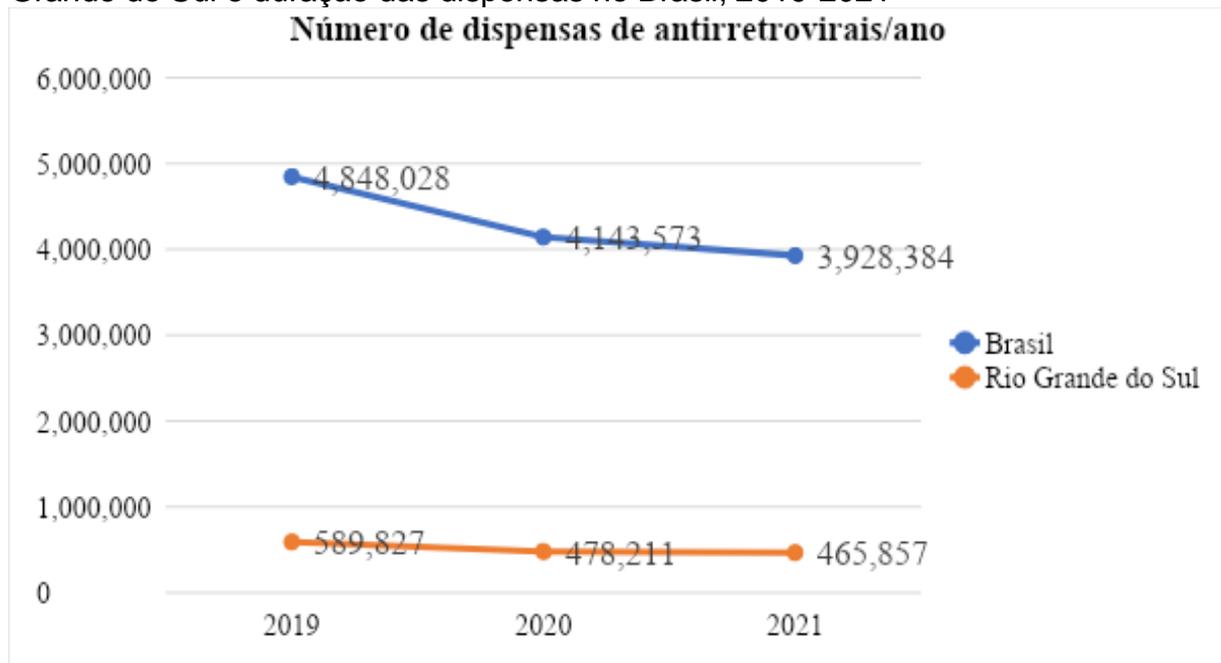
População		2019	2020	2021
Brasil				
Sexo	Homens	50.598	41.077	24.974
	Mulheres	18.887	14.923	8.734
Faixa etária	2 a 4 anos	129	80	47
	5 a 8 anos	89	35	33
	9 a 11 anos	67	27	23
	12 a 17 anos	987	766	464

	18 a 24 anos	13.552	11.047	6.638
	25 a 29 anos	12.964	10.958	6.997
	30 a 49 anos	32.070	25.507	15.223
	50 anos ou mais	9.415	7.424	4.207
	PVHIV geral	69.520	56.053	33.768
Rio Grande do Sul				
Sexo	Homens	3.233	2.635	1.475
	Mulheres	2.185	1.744	979
Faixa etária	2 a 4 anos	15	6	1
	5 a 8 anos	11	1	2
	9 a 11 anos	5	2	1
	12 a 17 anos	61	54	27
	18 a 24 anos	765	628	328
	25 a 29 anos	823	692	396
	30 a 49 anos	2.655	2.160	1.248
	50 anos ou mais	1.068	816	440
	PVHIV geral	5.420	4.380	2.454

Fonte: Adaptado de MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Observações: (1) Dados até setembro/2021; (2) PVHIV geral inclui também indivíduos com sexo e/ou faixa etária ignorados.

O número de dispensas de antirretrovirais por ano no Brasil demonstrou decréscimo na série histórica (Figura 1). Já o estado do Rio Grande do Sul registrou uma distribuição similar entre os anos analisados. A proporção de dispensações de antirretrovirais no Brasil mostrou que houve um decréscimo no número de dispensas durante a série histórica, mas um aumento na duração da dispensa. De 2019 para 2021, as dispensas de 90 dias de duração aumentaram de 8% para 26% e as dispensas com duração de 30 dias diminuíram de 72% para 41%. O estado do Rio Grande do Sul representou 11,9% do total de dispensações realizadas no período analisado.

Figura 1. Número de dispensações de antirretrovirais por ano no Brasil e no Rio Grande do Sul e duração das dispensas no Brasil, 2019-2021



Fonte: Adaptado de MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Observações: Dados até dezembro/2021.

Foram vinculadas 2.267.330 milhões de pessoas durante o período da série histórica no Brasil, com maior número no ano de 2020 (761.618 PVHIV vinculadas) e maior proporção entre pessoas do sexo masculino (65,6%). As faixas etárias com maior vinculação foram de 30 a 49 anos e 50 anos ou mais. No Rio Grande do Sul,

foram vinculadas 219.956 PVHIV, representando 9,7% do total de vinculações. A maior proporção foi do sexo masculino (54,0%) nas mesmas faixas etárias que as nacionais (Tabela 2).

Tabela 2. Número de PVHIV vinculadas, por ano, sexo e faixa etária, Brasil e Rio Grande do Sul, 2019-2021

População		2019	2020	2021
Brasil				
Sexo, n	Homens	488.228	499.639	497.571
	Mulheres	263.363	260.703	253.916
Faixa etária, n	2 a 4 anos	1.689	1.291	1.040
	5 a 8 anos	1.951	1.724	1.555
	9 a 11 anos	1.657	1.486	1.380
	12 a 17 anos	5.031	4.397	4.050
	18 a 24 anos	47.706	43.646	40.461
	25 a 29 anos	75.918	77.284	76.918
	30 a 49 anos	383.202	385.301	380.931
	50 anos ou mais	225.136	236.013	237.942
	PVHIV geral	753.316	761.618	752.396
	Rio Grande do Sul			
Sexo, n	Homens	39.509	39.916	38.911
	Mulheres	34.288	34.022	33.252
Faixa etária, n	2 a 4 anos	181	125	103
	5 a 8 anos	242	229	209
	9 a 11 anos	204	203	188
	12 a 17 anos	621	528	475
	18 a 24 anos	3.783	3.412	3.088
	25 a 29 anos	5.661	5.519	5.271
	30 a 49 anos	37.351	37.012	36.108
	50 anos ou mais	24.154	25.397	25.651
	PVHIV geral	73.805	73.959	72.192

Fonte: Adaptado de MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Observações: (1) Dados até setembro/2021; (2) PVHIV geral inclui também indivíduos com sexo e/ou faixa etária ignorados.

O diagnóstico tardio obteve uma variação pequena no seu percentual ao longo de 2019-2021. No Brasil, a variação foi de 27%, mantendo-se até reduzir em 26% no ano de 2021. Semelhante a isso ocorreu no Rio Grande do Sul, onde o diagnóstico tardio foi de 24% e se manteve até reduzir em 23% (Tabela 3).

Tabela 3. Percentual de diagnóstico tardio (primeiro CD4 < 200 céls/ml), por ano, sexo e faixa etária, Brasil e Rio Grande do Sul, 2019-2021

	População	2019	2020	2021
Brasil				
Sexo, %	Homens	27	28	27
	Mulheres	26	25	25
Faixa etária, %	2 a 4 anos	3	6	10
	5 a 8 anos	13	13	18
	9 a 11 anos	27	20	42
	12 a 17 anos	7	8	7
	18 a 24 anos	11	12	11
	25 a 29 anos	21	20	21
	30 a 49 anos	33	34	34
	50 anos ou mais	43	45	46
	PVHIV geral	27	27	26
Rio Grande do Sul				
Sexo, %	Homens	27	26	26
	Mulheres	21	21	20
Faixa etária, %	2 a 4 anos	0	0	0
	5 a 8 anos	0	0	0
	9 a 11 anos	50	0	*
	12 a 17 anos	8	8	6
	18 a 24 anos	9	10	8
	25 a 29 anos	16	17	14
	30 a 49 anos	28	27	28
	50 anos ou mais	40	39	38
PVHIV geral	24	24	23	

Fonte: Adaptado de MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. NOTAS: (1) Dados até setembro/2021; (*) Não houve nenhum indivíduo realizando o primeiro exame de CD4.

Com relação à supressão viral, tanto o Brasil quanto o Rio Grande do Sul não alcançaram a meta 90-90-90 estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em que até 2020, 90% de todas as PVHIV saberão que têm o vírus, 90% de todas as PVHIV diagnosticadas receberão terapia antirretroviral ininterruptamente e 90% de todas as PVHIV recebendo TARV terão supressão viral (Tabela 4)⁹. A partir

do ano de 2021, as metas foram atualizadas para que 95% das pessoas conheçam seu diagnóstico positivo para HIV, 95% das que conheçam seu diagnóstico, estejam em tratamento, e 95% das pessoas que vivem com HIV e em tratamento, estejam com a carga viral suprimida¹⁰. A única faixa etária que cumpriu com esta meta foi a de 50 anos ou mais para as duas unidades analisadas (Brasil e Rio Grande do Sul), exceto para a meta 95-95-95.

Tabela 4. Percentual de supressão viral, Brasil e Rio Grande do Sul, 2019-2021

População		2019	2020	2021
Brasil				
Sexo, %	Homens	89	90	90
	Mulheres	86	88	87
Faixa etária, %	2 a 4 anos	54	60	58
	5 a 8 anos	65	68	66
	9 a 11 anos	70	70	69
	12 a 17 anos	74	75	76
	18 a 24 anos	84	86	85
	25 a 29 anos	87	89	88
	30 a 49 anos	87	88	88
	50 anos ou mais	90	92	91
	PVHIV geral	88	89	89
Rio Grande do Sul				
Sexo, %	Homens	87	88	87
	Mulheres	86	87	86
Faixa etária, %	2 a 4 anos	49	54	53
	5 a 8 anos	64	72	69
	9 a 11 anos	70	75	67
	12 a 17 anos	73	72	75
	18 a 24 anos	77	81	78
	25 a 29 anos	84	85	83
	30 a 49 anos	85	86	85
	50 anos ou mais	91	91	90
PVHIV geral	86	88	86	

Fonte: Adaptado de MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. NOTAS: (1) Dados até setembro/2021;

A supressão viral sustentada no Brasil e no Rio Grande do Sul não foi suficiente para atingir as metas em nenhuma faixa etária, nem quando dividida por subgrupo de sexo (Tabela 5).

Tabela 5. Percentual de Supressão Viral Sustentada, Brasil e Rio Grande do Sul, 2019-2021

	População	2019	2020	2021
Brasil				
Sexo, %	Homens	76	78	79
	Mulheres	71	73	74
Faixa etária, %	2 a 4 anos	34	36	37
	5 a 8 anos	43	46	47
	9 a 11 anos	51	51	49
	12 a 17 anos	53	54	55
	18 a 24 anos	63	66	68
	25 a 29 anos	71	74	75
	30 a 49 anos	72	75	76
	50 anos ou mais	79	80	81
	PVHIV geral	74	76	77
Rio Grande do Sul				
Sexo, %	Homens	73	75	75
	Mulheres	70	71	71
Faixa etária, %	2 a 4 anos	26	23	31
	5 a 8 anos	38	50	51
	9 a 11 anos	53	50	45
	12 a 17 anos	54	53	55
	18 a 24 anos	54	57	57
	25 a 29 anos	65	66	66
	30 a 49 anos	69	70	70
	50 anos ou mais	79	80	80
PVHIV geral	71	73	73	

Fonte: Adaptado de MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Observações: Dados até setembro/2021.

DISCUSSÃO

Nesta pesquisa, identificamos a caracterização epidemiológica de seis indicadores de saúde do cuidado em HIV ou Aids no Brasil e no Rio Grande do Sul: início de TARV, dispensações de TARV, taxa de vinculação, diagnóstico tardio, supressão viral e supressão sustentada. Todos esses indicadores são fundamentais para balizar o processo de cuidado da PHIV/Aids e foram comparados antes e durante a pandemia da Covid-19. Como principais resultados, pode-se destacar a redução no número de pessoas que iniciaram a TARV, tanto no Brasil como no Rio Grande do Sul, bem como a redução na vinculação ao serviço de saúde. Compreende-se que a

Covid-19 afetou significativamente a continuidade do acesso aos serviços de saúde e, portanto, seus impactos precisam ser observados com cautela para garantir que os cuidados assistenciais sejam restabelecidos de forma efetiva.

No Brasil, o Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica do HIV (PCDT-HIV) instituiu que o cuidado contínuo da pessoa que vive com HIV deve passar pelos seguintes momentos, definidos como a “Cascata de cuidado contínuo do HIV”: Diagnóstico oportuno; vinculação do indivíduo HIV positivo a um serviço de saúde; retenção (através da realização de exames periódicos); início da TARV e promoção de uma boa adesão ao tratamento; além de supressão viral para alcance de uma qualidade de vida comparável à das pessoas que não possuem o vírus¹¹. Garantir que essa cascata seja realizada adequadamente dentro dos serviços de saúde é um desafio contínuo, que foi interrompido durante a pandemia da Covid-19, visto que todas as medidas e recursos disponíveis foram utilizados para conter a pandemia¹.

No mundo, conforme relatório da OMS, 73 países enfrentaram o risco de interrupção da TARV, o que afetaria 17,7 milhões de pessoas que recebem os antirretrovirais¹². Outro estudo de modelagem feito pela OMS em parceria com Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS) estimou o total de 500.000 mortes por doenças relacionadas à aids na África Subsaariana se a interrupção de TARV fosse de 6 meses ou mais¹³. No Brasil, esse impacto não foi estimado, no entanto, várias propostas para sanar tais problemas foram implementadas, como por exemplo a dispensação para períodos maiores que 90 dias de tratamento, como verificamos nestes resultados, e estratégias de telessaúde para garantir acesso à equipe multidisciplinar¹⁴.

Realizar o diagnóstico precoce é fundamental e tem sido incentivado no Brasil como uma estratégia da prevenção combinada através da testagem rápida da população. A prevenção combinada significa a utilização simultânea de diferentes abordagens de prevenção (biomédica, comportamental e socioestrutural) aplicadas em múltiplos níveis (individual, nas parcerias/relacionamentos, comunitário, social) para responder a necessidades específicas de determinados públicos e de determinadas formas de transmissão do HIV¹⁵. O diagnóstico precoce se relaciona de forma transversal com os indicadores de vinculação e retenção. De uma forma geral, a vinculação é definida como a primeira consulta com uma equipe de saúde e/ou profissional da saúde com autoridade para prescrição de medicamentos em um serviço de referência após o diagnóstico de HIV¹⁶. Trata-se do segundo passo na

cascata do cuidado contínuo, após o diagnóstico, e é prioridade para a garantia do acesso à TARV.

Do total de 2.267.330 milhões de pessoas vinculadas, embora o acesso aos serviços de saúde tenha sido restringido na pandemia, no Brasil, o ano de 2020 foi o que mostrou maior número de vinculações e o mesmo processo se repete com o estado do Rio Grande do Sul. É provável que os serviços de telessaúde tenham priorizado atendimentos de PVHIV em virtude de sua necessidade de tratamento contínuo. Há descrito na literatura que o atraso na vinculação apresenta associação com supressão imunológica avançada, desencadeando piores desfechos em saúde^{17,18}.

O início da TARV é um momento crítico após vinculação do/a usuário/a no serviço de saúde e envolve processos complexos relacionados à adesão ao tratamento, que devem ser explicitados no momento da consulta inicial de primeira dispensação dos medicamentos. A TARV está indicada para todas as PVHIV, em especial as sintomáticas, independentemente da contagem de células CD4, uma vez que a presença de sintomas já demonstra fragilidade imunológica e incapacidade de controle viral. Esse indicador se relaciona de forma transversal com o indicador de diagnóstico tardio e taxa de vinculação¹¹. Nesta pesquisa, identificamos que houve maior proporção de início de TARV em pessoas de 30 a 49 anos, seguido de 18 a 24 anos e 25 a 29 anos em todos os anos da série histórica e nos dois cenários de análise (Brasil e Rio Grande do Sul), diferentemente do que foi observado na série histórica de 2007 a 2021¹⁹. Não obstante, o número de dispensações para 90 dias sobressaltou de 8% para 26%, o que pode ser justificado pela política pública implementada ainda durante a pandemia, como forma de conter a circulação de pessoas nos espaços e serviços de saúde em que autoriza que essa dispensação seja para três meses, através do Ofício Circular nº 8 de 2020, do Ministério da Saúde²⁰. O aumento da quantidade dispensada contribui, de certa forma, para o aumento da supressão viral, mesmo que tenha se reduzido a quantidade de dispensações.

Com relação aos indicadores de supressão viral e supressão viral sustentada, observou-se nesse estudo que nenhum dos cenários analisados atingiu a meta 90-90-90, vigente até 2020, e nem a meta 95-95-95, exceto no subgrupo etário de 50 anos ou mais, em que a supressão viral foi atingida por aproximadamente 90% entre os anos analisados. Para a meta 95-95-95, nenhum subgrupo etário atingiu a meta de indetectabilidade. Acredita-se que o atendimento prestado à PHIV precisa ser de uma

abordagem centrada na pessoa e nas suas necessidades, empoderando o paciente para o autocuidado e zelando pela compreensão de que o tratamento é o que garante uma qualidade de vida adequada.

Por fim, este artigo apresenta limitações. Em primeiro lugar, o fato de os dados obtidos serem oriundos de um painel alimentado por informações encaminhadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde, que podem ter sofrido duplicação de notificações ou preenchimento incorreto. Em segundo lugar, para alguns indicadores os dados foram disponibilizados apenas até setembro de 2021 e o painel, desde então, não sofreu atualizações.

CONCLUSÃO

A pandemia do Covid-19 impactou em diferentes cenários e condições de saúde e no caso de HIV ou aids percebe-se que o impacto está associado ao decréscimo no número de pessoas que iniciaram a TARV no período analisado, representando que todos os níveis da cascata do cuidado não foram efetivos, ressaltando onde as ações e os serviços precisam ser melhorados. Estudos como esse são importantes para mensurar pontos onde os serviços de saúde precisam aperfeiçoar seu processo de trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Guo W, Ming F, Dong Y, Zhang Q, Zhang X, Mo P. et al. A Survey for COVID-19 Among HIV/AIDS Patients in Two Districts of Wuhan, China. The lancet, 2020. DOI: <https://doi.org/10.2139/SSRN.3550029>. Acesso: 20 de out de 2022.
2. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. 2012; 512. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em: 12 de out de 2022.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico do HIV. Brasília, DF: 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2021/boletim-epidemiologico-especial-hiv-aids-2021.pdf/view>. Acesso em: 20 de out de 2022.
4. Porto Alegre. Secretaria da Saúde. Equipe de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Diretoria de Vigilância em Saúde. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Boletim epidemiológico [recurso eletrônico]: HIV/Aids. - Porto Alegre:

- SMS, 2022. Disponível em: http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cgvs/usu_doc/boletim82.pdf. Acesso: 12 de set de 2022.
5. Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde. Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde. Coordenação Estadual de Doenças de Condições Crônicas Transmissíveis. Boletim Epidemiológico [recurso eletrônico]: HIV/Aids e sífilis/ organizado por Clarice Solange Teixeira Batista; Tatiana Heidi Oliveira - Porto Alegre: ESP/RS, 2022. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202208/30110551-boletim-epidemiologico-hiv-aids-e-sifilis-2021-versao-preliminar.pdf>. Acesso em: 22 de out de 2022.
 6. Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual. Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde. Coordenação Estadual de IST/Aids. Boletim Epidemiológico: HIV/Aids e sífilis / organização Clarice Solange Teixeira Batista ; Tatiana Heidi Oliveira - Porto Alegre: ESP/RS, 2021. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202109/02151825-boletim-epidemiologico-hiv-aids-2020-versao-preliminar.pdf>. Acesso em: 25 de out de 2022.
 7. Rio Grande do Sul. Secretaria de Estado da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Coordenação Estadual de IST/Aids. Boletim Epidemiológico: HIV/Aids e sífilis / organização Clarice Solange Teixeira Batista, Tatiana Heidi Oliveira - Porto Alegre: ESP/RS, 2020. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202109/02151825-boletim-epidemiologico-hiv-aids-2019-versao-preliminar.pdf>. Acesso em: 19 de out de 2022.
 18. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Painel de monitoramento de dados de HIV durante a pandemia da COVID-19. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/painelcovidHIV>. Acesso em: 12 de dez de 2021.
 9. UNAIDS. 90-90-90 - An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. UNAIDS. Joint United Nations. Programme on HIV/AIDS. Geneva, october, 2014. Disponível em: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en.pdf. Acesso em: 10 de dez de 2022.
 10. UNAIDS. 95-95-95 - Global commitments, local action. Programme on HIV/AIDS. Geneva, june 2021. Disponível em: <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2021/global-commitments-local-action>. Acesso em: 14 de out de 2022.
 11. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. Brasília, DF: 2021. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2013/hiv-aids/pcdt_manejo_adulto_12_2018_web.pdf/view. Acesso em: 26 de out de 2022.
 12. Who. Disruption in HIV, Hepatitis and STI services due to COVID-19. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/hiv-hq/presentation-disruption-in-services-international-aids-conference-2020.pdf?sfvrsn=d4bf1f87_7. Acesso em: 02 de fev de 2022.
 13. Jewell BL, Mudimu E, Stover J, Ten Brink D, Phillips AN, Smith JA, et al. Potential effects of disruption to HIV programmes in sub-Saharan Africa caused by COVID-

- 19: results from multiple mathematical models. *Lancet HIV*. 2020;7:e629–e640. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(20\)30211-3](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(20)30211-3). Acesso: 13 de out de 2022.
14. Rockwell KL, Gilroy AS. Incorporating telemedicine as part of COVID-19 outbreak response systems. *American J Man Care*, 2020 Apr;26(4):147-148. DOI: <https://doi.org/10.37765/ajmc.2020.42784>. Acesso: 14 de out de 2022.
15. Ministério da Saúde. Prevenção Combinada. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/prevencao-combinada/prevencao-combinada#:~:text=A%20Preven%C3%A7%C3%A3o%20Combinada%20associada%20diferentes,a%20sa%C3%BAde%20integral%20das%20pessoas>. Acesso em: 17 de nov 2022.
16. Perdigão REA, Bonolo PDF, Silveira MR, Silva DID, Ceccato MDGB. Oportunidade de vinculação de pessoas vivendo com HIV em um serviço especializado de saúde, Belo Horizonte (MG). *Rev Brasileira Epidemio*, 2020, v. 23. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200020>. Acesso: 22 de set de 2022.
17. Turner BJ, Cunningham WE, Duan N, Andersen RM, Shapiro MF, Bozzette SA, et al. Delayed medical care after diagnosis in a US national probability sample of persons infected with human immunodeficiency virus. *The Arch Inter Med*, 2000; 160(17): 2614-22. DOI: <https://doi.org/10.1001/archinte.160.17.2614>. Acesso: 27 de out de 2022.
18. Dalmida SG, McDougall GJJr, Mugoya GCT, Payne Foster P, Plyman M, Burrage J. Engagement of African Americans with rapid HIV testing and HIV care. *HIV/AIDS Res Treat*, 2018; 2018: S38-S51. PMID: 31263770. Acesso: 01 de ago de 2022.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico - Edição Especial. Brasília, DF: 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/covid-19/2022/boletim-epidemiologico-no-95-boletim-coe-coronavirus.pdf>. Acesso em: 11 de out de 2022.
20. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Ofício Circular nº 8/2020/CGAHV/.DCCI/SVS/MS. Brasília, DF: 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/notas-informativas/2020/oficio-circular-no-8-2020-cgahv-dcci-svs-ms-1/view>. Acesso em: 14 de out de 2022.

RECEBIDO: 21/11/2022
ACEITO: 10/05/2023

COVID-19: Repercussões emocionais, físicas e sociais para equipe de enfermagem atuante em unidade de terapia intensiva

COVID-19: emotional, physical and social repercussions for the nursing team of the intensive care unit

Hugo José Duca de Souza Santos¹, Maria Fernanda Pereira Gomes², Mariana Souza Santos³, Daiane Suele Bravo⁴, Vanessa Ramos Lopes Valverde⁵, Lislaine Aparecida Fracollí⁶

1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5575-6153>. Graduando em Enfermagem. Universidade Paulista - UNIP, Assis, São Paulo, Brasil.
E-mail: hugo958@gmail.com
2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0577-2264>. Doutora. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Paulista - UNIP, Assis, São Paulo, Brasil.
E-mail: m_fernanda_pgomes@hotmail.com
3. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1483-5773>. Doutoranda. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Paulista - UNIP, Assis, São Paulo, Brasil.
E-mail: marisouzastos@gmail.com
4. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7146-9979>. Doutora. Docente e Coordenadora Auxiliar do Curso de Enfermagem da Universidade Paulista - UNIP, Assis, São Paulo, Brasil.
E-mail: daianebravo@hotmail.com
5. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8103-9008>. Mestre. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Paulista - UNIP, Assis, São Paulo, Brasil.
E-mail: vanessaramos9227@gmail.com
6. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0936-4877>. Doutora. Docente do Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: lislaine@usp.br

CONTATO: Maria Fernanda Pereira Gomes | Endereço: Universidade Paulista. Rua Myrtes Spera Conceição, 301 Conj. Nelson Marcondes, Assis-SP, CEP: 19813-550 | Telefone: (18) 3323-5500 | E-mail: m_fernanda_pgomes@hotmail.com

RESUMO

A pandemia da *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19) suscitou grande movimento dos serviços de saúde, neste contexto, a enfermagem foi protagonista no cuidado, estando na linha de frente. Objetivou-se conhecer as percepções dos profissionais de enfermagem sobre prática diária, sentimentos e fatores estressores associados à assistência na linha de frente ao combate do coronavírus. Pesquisa descritiva e qualitativa, realizada com profissionais de enfermagem, atuantes em Unidade de Terapia Intensiva para pacientes com COVID-19. As entrevistas foram por vídeo, com roteiro semiestruturado, e as respostas submetidas à análise de conteúdo. Os fatores que geraram estresse aos profissionais foram escassez de treinamento, longas jornadas de trabalho, morte de pacientes em longa escala e ausência de suporte emocional e psicológico por parte da instituição. É necessário ampliar a oferta de capacitação e estruturar o serviço para proporcionar intervenções voltadas para saúde mental dos profissionais de enfermagem.

DESCRITORES: Covid-19. Saúde Mental. Profissionais de Enfermagem.

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic, also known as the Coronavirus Disease 2019 pandemic, caused huge movement in the healthcare services, in this context, nursing played a leading role at the front lines of patient care. The objective of this research was to understand the nursing professionals' perception of daily practice, feelings and stressors associated with frontline support in the fight against the coronavirus. This is a descriptive and qualitative research conducted with nursing professionals from the Intensive Care Unit for COVID-19 patients. The interviews were conducted by video using a semi-structured script and the answers were analyzed by content analysis. The factors that caused stress for professionals were lack of training, long working hours, long-term patient deaths, and lack of emotional and psychological support from the institution. It is necessary to expand the training offered and to structure the service to provide interventions aimed at improving the mental health of nursing professionals.

DESCRIPTORS: Covid-19. Mental Health. Nursing Care Professionals



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 pandemia da *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19) suscitou grande movimento dos serviços de saúde, em prol de atender às pessoas acometidas pela doença, neste contexto, a enfermagem foi protagonista no cuidado, ao atuar na linha de frente. As mudanças emergenciais dos serviços de saúde para atender às pessoas acometidas pelo coronavírus impactou emocional, social e fisicamente a vida desses profissionais. A reflexão sobre o impacto da pandemia na vida desses profissionais motivou a realização da presente pesquisa, com a finalidade de oferecer visibilidade às mudanças, ao adoecimento e sofrimento vivenciado pela equipe de enfermagem.

No final de 2019, na província de Hubei, na cidade de Wuhan, localizada na China, surgiram diversos casos de pneumonia grave de causas desconhecidas, que se espalharam para todas as nações. A causa foi posteriormente descoberta por meio da análise do material genético, em que foi identificado o novo coronavírus, denominado SARS-CoV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus - 2*)¹. Esse vírus é altamente contagioso e pertencente à família *Coronaviridae*, atinge principalmente o trato respiratório e provoca os sintomas de tosse seca, febre, fadiga, dispneia e, em casos graves, pode evoluir para Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)¹. A transmissão ocorre de pessoa para pessoa, por meio de gotículas do nariz ou da boca que se espalham quando alguém doente tosse ou espirra, por contato pessoal (toque ou aperto de mão), com superfícies contaminadas e por meio de procedimentos geradores de aerossóis (inalação, aspiração de vias aéreas e intubação traqueal)².

Em janeiro de 2020, esse assunto foi o foco principal de todos os meios de comunicação. Em razão da alta disseminação da COVID-19, a Organização Mundial da Saúde (OMS) decretou emergência de saúde de importância internacional, sendo 7,7 mil casos confirmados e 170 óbitos na China, e 18 países já apresentava 98 casos². Em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi declarada como pandemia pela OMS, com menos de quatro meses, o que se iniciou como uma epidemia, na cidade de Wuhan, na China, deixou de ser um evento local para uma pandemia global³.

No Brasil, dia 26 de fevereiro de 2020, foi identificado o primeiro caso de COVID-19 na cidade de São Paulo, em que o paciente havia retornado de uma viagem da Itália, poucos dias antes de fazer o diagnóstico, em virtude da alta

transmissibilidade, em poucos dias, outras pessoas também foram diagnosticadas⁴. Em 13 de junho de 2020, foram confirmados 7.626.279 casos de COVID-19, com 425.931 mortes, segundo dados mundiais. Enquanto no Brasil, entre 26 de fevereiro e 13 de junho de 2020, o número de casos confirmados eram de 850.514, com 41.828 mortes e 379,245 recuperados. Com isso, o Brasil ocupava a posição 18.^a no coeficiente de aumento, estava na 12.^a posição nos óbitos e era o segundo com maior número de recuperados da COVID-19, dentre os países com mais de um milhão de habitantes⁵.

Em 20 de março de 2020, o governador de São Paulo reconheceu o estado de calamidade pública, decorrente da pandemia, apenas 24 dias após o primeiro caso no estado, já havia 396 casos confirmados e nove óbitos⁶. Embora tenha adotado medidas restritivas, para conter a propagação do vírus, um mês após reconhecimento de calamidade pública, São Paulo registrava o total de 14.580 casos confirmados e 1.037 óbitos⁷. Mediante a esse cenário, surgiram medidas de saúde pública pelos gestores, federais, estaduais e municipais, com intuito de reduzir as taxas de morbimortalidade e erradicar a COVID-19, como isolamento social, restrições em diversas áreas do cotidiano, manutenção dos serviços essenciais, como a assistência à saúde⁸⁻⁹.

Inclusos nos serviços essenciais, a atuação dos profissionais da saúde não parou, pelo contrário, intensificou-se na linha de frente ao combate do novo coronavírus, em que muitos arriscaram suas vidas e passaram por situações adversas, como degradação física, altas jornadas de trabalho e desgastes emocionais e psicológicos¹⁰. Além disso, muitos profissionais da saúde foram infectados e outros tiveram as vidas ceifadas desde o início da pandemia¹¹.

Os profissionais da saúde foram extremamente expostos a riscos, ao cuidarem de pacientes acometidos pela COVID-19. Esses fatores foram intensificados com a escassez de treinamento, o uso incorreto de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e limitação no fornecimento destes. Em virtude das situações citadas, notou-se constante pressão psicológica nos profissionais¹². Nesta perspectiva, destaca-se o papel fundamental da equipe de enfermagem no cuidado direto de pacientes com COVID-19 e a prática assistencial desenvolvida nesse cenário sob constante pressão e estresse¹³.

Com base no cenário crítico vivenciado pelos profissionais de enfermagem na pandemia da COVID-19 e na intensificação de fatores que geram estresse na prática

assistencial, surgiu o questionamento: como foi para os profissionais de enfermagem que atuaram na linha de frente ao combate do coronavírus nas unidades de terapia intensiva especializadas em cuidar desses pacientes cercados de novidades, mudanças, medos e incertezas?

Assim, objetivou-se conhecer as percepções dos profissionais de enfermagem sobre a prática diária, os sentimentos e fatores estressores associados à prática assistencial na linha de frente ao combate ao coronavírus, em Unidade de Terapia Intensiva especializada para o tratamento da COVID-19.

MÉTODO

A presente pesquisa é descritiva, ou seja, buscou descrever determinados fenômenos ou ações, e de abordagem qualitativa¹⁴. A finalidade da pesquisa qualitativa é focar no caráter subjetivo do objeto analisado, estudando as particularidades e experiências individuais, uma realidade que não pode ser captada pelos dados quantitativos¹⁵. Possui três etapas, sendo que a primeira etapa é a coleta de dados, a segunda é a pré-análise dos dados coletados e a terceira, descrição e análise dos dados¹⁶.

Participaram da pesquisa 13 profissionais, os critérios de inclusão foram: fazer parte da equipe de enfermagem que atua diretamente nos cuidados de pacientes acometidos pela COVID-19 e estar em pleno uso das faculdades mentais. A pesquisa foi realizada em hospital de médio porte, localizado no município de Assis, interior de São Paulo. Após a aprovação do Comitê de Ética da Universidade Paulista, conforme Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 53137921.9.0000.5512 e parecer nº 5.175.176 e autorização do gestor responsável pela unidade hospitalar, iniciou-se a coleta de dados com os profissionais da equipe de enfermagem: enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem, atuante no setor da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), específica para tratamento de pacientes acometidos pela COVID-19.

Os pesquisadores enviaram o link via *WhatsApp* para realização da entrevista por vídeo. Com intuito de manter o distanciamento social, as entrevistas foram previamente agendadas nos dias de folgas desses profissionais, com duração estimada de 50 a 60 minutos. As entrevistas ocorreram por vídeo, com a utilização do aplicativo *Zoom Meetings*, os participantes estavam conectados via celular e os pesquisadores conectados por meio de computadores portáteis, em que se

explicaram os objetivos do estudo, benefícios, riscos e se garantiu o sigilo da identificação dos participantes, além de disponibilizar o link do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: https://drive.google.com/file/d/1QfTBzoX9Wn_uGGXxRdOLiPwWghfhxg8/view?usp=sharing.

A pesquisa se apoiou nas orientações e disposições da Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que descrevem as diretrizes e normas que regulamentam os processos investigativos envolvendo seres humanos, assim, atenderam-se às recomendações em todas as fases da pesquisa. A coleta de dados foi realizada em dezembro de 2021, com roteiro semiestruturado elaborado pelos próprios pesquisadores, as entrevistas foram gravadas, transcritas e, posteriormente, armazenadas em local seguro pelo período de cinco anos.

Para facilitar a análise e o armazenamento das entrevistas, os participantes foram identificados por E - enfermeiro; TE - técnico de enfermagem; AE - auxiliar de enfermagem, acompanhados do número referente à sequência em que participaram do estudo. Os dados foram analisados com base na análise de conteúdo proposta por Minayo que consiste em três fases: I – Fase de pré-exploratória do material, leitura das entrevistas, visando análise além do que foi propriamente dito; II- Fase de seleção das unidades de análise, que consiste na seleção por temas descritos nas entrevistas; e Fase III – processo de categorização e subcategorização, em que se analisou a abrangência dos temas, as proximidades e repetições de conteúdo para agrupamento e codificação dos dados¹⁷⁻¹⁸.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 13 profissionais, sete (53,85%) eram técnicos de enfermagem e seis (46,15%) enfermeiros, com a média de 35,30 anos de idade, dois (15,38%) homens e 11 (84,62%) mulheres. Desses, três (23,07%) solteiros, sete (53,85) casados, dois (15,39%) divorciados (as) e um (7,69%) em união estável. Em relação à escolaridade e formação, sete (53,85%) concluíram o ensino médio e técnico e seis (46,15%) o ensino superior. No que tange ao tempo de formação, os técnicos de enfermagem possuíam média de 6,85 anos e os enfermeiros, média de 8,66 anos. Com relação ao tempo de atuação em UTI, a média entre esses profissionais foi de (3,91) anos. Concernente às horas, em média, esses profissionais passavam 13,53h em contato direto ou indireto com pacientes diagnosticados ou

suspeitos de COVID-19. A maioria dos entrevistados, nove (69,24%), contaminaram-se com a COVID-19.

Em relação ao recebimento de treinamentos para atuar na assistência ao paciente com diagnóstico ou suspeito de COVID-19, oito (61,54%) referiram ter recebido, enquanto cinco (38,46%) afirmaram que não receberam. Os entrevistados, 13 (100%), referiram ter recebido EPI contra COVID-19, dentre eles, máscaras cirúrgicas e PFF2/N95, *face-shields*, luvas de procedimentos, luvas estéreis, aventais descartáveis, óculos, gorro (touca), sapatos, além das roupas privativas do setor.

A maioria dos entrevistados, 11 (84,62%), informou ter se sentido sobrecarregado durante a assistência aos pacientes diagnosticados ou suspeitos de COVID-19. Dentre as medidas de saúde pública adotadas pelos gestores do município em relação à pandemia da COVID-19, destacou-se a abertura de 10 leitos de UTI para o atendimento de pacientes com COVID-19, com intuito de evitar o colapso no serviço de saúde, que poderia sofrer com a falta de leitos e superlotação dos demais serviços de saúde. Com a abertura desses novos leitos, foram contratados novos profissionais da equipe de enfermagem para atuar na assistência a esses pacientes, entretanto, muitos expressaram não ter recebido treinamento ou orientações para atuar na assistência, relataram ainda que buscaram por conta própria alguma capacitação.

Não, tivemos que ir aprendendo, eu acredito que não tivemos tempo para realizar esse treinamento, fomos aprendendo no dia a dia. (TE 4)

Na verdade, os treinamentos que eu recebi foram os que eu fui atrás, porque eu fiz aquele treinamento Brasil Conta Comigo, todos os treinamentos que eu via a respeito do COVID-19, eu sempre procurei fazer para estar informada, mas assim, da empresa mesmo, eu não recebi treinamento. (E7)

Diante desse cenário e do ambiente em que esses profissionais trabalhavam, ocorreram grandes mudanças na rotina diária, com a introdução de medidas severas de limpeza, uso de álcool em gel, equipamentos de proteção individual específicos, como *face-shields*, máscaras, óculos, toucas, aventais e outros cuidados pessoais no ambiente familiar. A maioria dos profissionais entrevistados expressaram medo de transmitir a contaminação para familiares, com isso, percebe-se o quanto a rotina familiar desses profissionais foi alterada e o contato com familiares foi evitado.

Eu fiquei muito criteriosa com assepsia limpeza no meu local de trabalho, sinto que eu fiquei mais, até minha equipe fala, que eu já chego passando álcool no teclado, telefone, na bancada de medicação, acabei ficando com uns TOC que eu me cobro mais, máscara eu não abaixo, nem na hora que posso, não fico muito próximo de todo mundo na hora de comer, como eu ficava muito tempo, eu fazia plantão de 24 horas, às vezes, 36 horas porque não tinha funcionário, e em casa, dependendo do dia, tinha medo de ter contato com a minha filha, meu medo maior era ela pegar, imagina eu levar para casa, então, eu redobrava os cuidados. (E13)

Querendo ou não acaba você se afastando um pouco da família, por conta do ambiente onde você trabalha, é meio complicado, você tem medo de chegar perto da sua família e acabar levando alguma coisa para eles, mesmo você tomando todos os cuidados e tudo certinho, mas, mesmo assim, vem aquele medo. (TE6)

Foi uma mudança bem grande, fora todos problemas sociais que todos nós sofremos, mudanças de comportamento com filhos, esposo, envolvendo parte emocional, parte de cuidados, para não trazer de fora para dentro de casa, bastante mudança sim. (E9)

Nos primeiros dias de chegar e não poder abraçar, você ter o contato com a familiar, então, um abraço um beijo fica meio difícil, porque você não sabia que com aquele aparato de EPI você estava contaminando. (E8)

Em virtude dessas mudanças, tanto de rotinas quanto de comportamentos, atuaram sob constante pressão psicológica e longas jornadas de serviços, muitos profissionais relataram aumento do estresse, da ansiedade, da tensão, do medo e surgimento de sintomas, como taquicardia, cefaleia e insônia.

[...] Eu tive que entrar com medicação para dormir, eu dormia e eu acordava com os gritos das famílias quando tinha os óbitos, então, eu escutava bomba de infusão apitando todo tempo, e, para mim, isso foi relacionado à COVID, pois eu trabalhei a vida inteira na UTI e eu nunca tive esse problema para dormir, questão de ansiedade, até o peso, engordei muito, porque você tem ansiedade, aí, você começa a comer, não dormia mais, dormia 1 ou 2 horas por noite, tive uma crise de enxaqueca bem feia, tive que ir ao neurologista, aí, ele diagnosticou como síndrome do estresse pós-traumático, pois não tinha nenhuma causa [...]. (E5)

[...] Eu trabalhei desde o início da COVID, foi muito estressante, acho que agora assim, no meio do ano, eu estava no pico muito grande de estresse e começou a aparecer sintomas, como taquicardia, alergia,

coceira na mão, erupções, até hoje, meu pico de estresse estava muito alto, graças a Deus foi diminuindo, não acabo, mas já diminuiu [...]. (E13)

[...] Houve bastante momentos muita tensão, como eu disse, era momentos que a gente ficava com muito medo, era algo novo que ninguém sabia como lidar, o certo, como agir, a gente viu muitas pessoas indo embora, a gente cuidou de muitos que infelizmente veio a óbito, então, teve muita tristeza, muito medo [...]. (E9)

[...] Eu trabalhava em duas UTI, para mim, era mais complicado, era bem estressante, tinha que dar conta dos dois serviços [...]. (TE3)

[...] Foi muito mais estressante, foi mais tenso, cada plantão foi mais tenso, eram poucos dias de calmaria, em casa, eu sentia que eu ficava mais triste, mais deprimida, lembrando de paciente que a gente perdeu [...]. (E12)

[...] Estresse diariamente, chegava em casa, tomava um banho, sentava-me na minha cama e só chorava, perguntava para Deus quando ia acabar, que eu não aguentava ver tanto sofrimento [...]. (TE11)

[...] Eu já tinha problemas com ansiedade, depois da COVID, só veio para piorar, porque a gente fica o tempo inteiro com medo, tudo que a gente faz é com medo agora [...]. (E7)

Dentre os principais fatores estressores ou situações adversas na assistência, mencionados pelos profissionais da equipe de enfermagem, destacam-se a perda de pacientes em longa escala e os sentimentos de frustração, além da impotência e incapacidade, por não conseguir salvá-los, ademais da sobrecarga, fadiga e exaustão.

[...] Muitas perdas em um dia só, às vezes, perdíamos quatro pacientes no mesmo plantão, e fica um ambiente pesado para todo mundo. De você ver que você fez tudo para aquele paciente e você não conseguiu salvá-lo [...]. (TE2)

[...] A gente tentar salvar, ajudar paciente e não conseguia, aquilo era desgastante, via o paciente bem e de repente evoluía para intubação, morria e não conseguia fazer nada [...]. (TE3)

[...] Acho que a evolução da doença em si, a gente não tinha o controle sobre isso, por mais que a gente fizesse todo procedimento, protocolo, era meio que desencadeava de uma forma assim que a gente não tinha controle sobre ela, e isso foi causando um sentimento de impotência, de incapacidade [...]. (TE4)

[...] Era muito paciente e poucas pessoas. Então, fazíamos muitas funções, sem período de descanso, exaustão era muito grande. Acho que estressou foi isso [...]. (E5)

[...] E o que abalou, não só a mim como a os outros profissionais, foi a forma que esse vírus atingiu as pessoas, tanto gente nova como mais velhas, em qualquer idade, e muitas pessoas se foram, essa parte de lidar com a morte abalou muito, a gente tinha todos os materiais, tínhamos tudo que necessitava, mas, muitas vezes, dando a melhor assistência, a gente não conseguia trazer esse paciente para melhora, acabava evoluindo para óbito, e isso gerava uma frustração em nós [...]. (TE1)

Diante de tudo isso, muitos profissionais ficaram com a saúde comprometida, principalmente no que diz respeito ao aspecto psicológico, gerando condições que poderiam causar danos maiores do que o próprio vírus da COVID-19, muitos desses profissionais referiram a carência de suporte psicológico por parte da instituição.

[...] Aqui em Assis (UTI Covid) não, nunca foi ofertado nenhum tipo de apoio psicológico de um profissional, como eu disse, a gente tinha um apoio entre a gente, a equipe [...]. (E9)

[...] Acho que esse foi um ponto que mais dificultou, porque, a gente não está preparado para morte, eu costumo brincar que eu estudei para salvar vidas e não trabalhar em funerária, então, aquela quantidade de mortes, a gente não está preparado nem para conversar com a família, dar a informação, quem dirá ficar acumulando tantas mortes, faltou apoio psicológico, acho que todos nós deveríamos ter recebido esse apoio [...]. (E5)

[...] Nenhum apoio, vídeos-chamadas (estudantes de psicologia UNESP) só para os pacientes, teve uma fase que estava morrendo muitos familiares, os estudantes da UNESP fazendo esse trabalho voluntário, só que eles não entravam, se quisesse, era vídeo chamada, mas para funcionários, não [...]. (E13)

[...] Era só mesmo a conversa com os colegas no nosso momento de descanso, aquele cantinho do desabafo, chega ali, conversa, um acaba controlando o outro, mas um acompanhamento psicológico, não! [...]. (TE4)

DISCUSSÃO

Diante dos problemas mencionados pelos profissionais da equipe de enfermagem, durante a pandemia da COVID-19, destaca-se a carência de treinamentos, em que muitos profissionais afirmaram despreparo técnico e emocional, além de sentimentos de incapacidade diante da COVID-19¹⁹. Estudos demonstraram que a maioria dos profissionais das unidades de isolamento não possuíam

capacitação adequada para lidarem com essa situação, considerando a gravidade dos pacientes e as regras de isolamento¹¹. Esses dados são semelhantes aos encontrados na presente pesquisa que evidenciou que a grande maioria dos profissionais envolvidos na assistência dos pacientes acometidos pela COVID-19 não receberam treinamento, o que gerou sentimento de frustração, impotência e incapacidade, principalmente quando não conseguiam salvá-los.

Estudo realizado no Rio de Janeiro, Brasil, demonstrou que um dos desafios da equipe de enfermagem foi a adaptação rápida, frente a um sistema de saúde com déficits de recursos humanos e de qualificação profissional, com isso, a equipe de enfermagem foi se adaptando e se capacitando, para lidar com o medo, o estresse e a exaustão da atuação no enfrentamento da COVID-19²⁰, fato evidenciado nesta pesquisa, devido às grandes alterações na rotina diária, que gerou mudanças não somente no ambiente de trabalho, como também no contexto familiar, pois a maioria dos profissionais entrevistados referiram que buscaram por conta própria alguma capacitação para se aperfeiçoarem e se adaptarem a essa nova realidade.

Aspecto importante relatado pelos profissionais que participaram desta pesquisa foi o medo de levar a contaminação para os familiares, com isso, percebe-se o quanto a rotina familiar desses profissionais foi alterada e o contato com os familiares foi evitado. A literatura mostra que as mudanças ocorridas na rotina desses profissionais tanto no trabalho quanto no ambiente familiar propiciaram o surgimento de condições psicológicas, como estresse, angústia, medo de morrer e medo de contaminar os familiares²¹. Em pesquisa realizada no Hospital da Província de Jiangsu, na China, demonstrou-se que os profissionais da saúde, atuantes em UTI ou diretamente na assistência aos pacientes acometidos pela COVID-19, apresentavam crise de ansiedade, depressão, estresse, além de medo de expor os familiares a um risco de contaminação pela COVID-19²².

De acordo com estudos, surtos de doenças infecciosas podem gerar sentimentos de ansiedade, medo e angústia que podem resultar em quadros mais graves, como trauma emocional, nesses profissionais de saúde, em decorrência de longas escalas e condições de trabalho²³. Outra pesquisa realizada com os enfermeiros da UTI, no Hospital Pulmonar de Wuhan, na China, evidenciou sofrimento emocional com os fatores desencadeantes: carga horária extensa, frustração com a morte dos pacientes, fadiga, ansiedade, inapetência, insônia e nervosismo²⁴.

Estudos afirmam que há exigência inconsciente da equipe de enfermagem em proporcionar assistência integral e de excelência que, quando não alcançada, ocasiona sentimentos de fadiga e frustração²⁵. Esse fato corrobora as aflições observadas na equipe de enfermagem do hospital de estudo em relação à perda de pacientes em longa escala e sentimento de incapacidade, por não conseguir salvá-los.

Diante desse estudo, observa-se que muitos profissionais tiveram a saúde comprometida, principalmente no que diz respeito ao aspecto psicológico, gerando condições que poderiam causar danos maiores do que a própria contaminação pela COVID-19, muitos desses profissionais referiram a inexistência de suporte psicológico por parte da instituição.

Evidências científicas apontaram que situações de sofrimento psíquico, vivenciados pela equipe de enfermagem, requerem intervenções psicológicas, para minimizar os possíveis impactos na saúde mental desses profissionais, dentre as medidas, destacam-se acompanhamento psicológico, para favorecer a relação interpessoal, para assim lidar com as adversidades na prática assistencial²⁶⁻²⁷. A literatura evidencia a importância do suporte psicológico e que as ações de capacitação são de responsabilidade das instituições de saúde, sendo fator indispensável para manutenção e preservação da saúde mental desses profissionais²⁸.

Esse estudo apresentou algumas limitações, como o fato de o tema abordado ser novo, portanto, com poucas publicações a respeito, outro aspecto foi o número de participantes. Além disso, o presente estudo foi realizado em um município de médio porte do interior de São Paulo, Brasil, que retratou a realidade local, logo, os resultados obtidos não devem ser generalizados para outras realidades.

CONCLUSÃO

A presente pesquisa possibilitou conhecer os principais fatores estressores e os possíveis impactos emocionais, físicos e sociais para os profissionais de enfermagem frente à pandemia. Observou-se que dentre esses fatores, destacam-se a falta de treinamentos e capacitação da equipe, mudanças na rotina dos profissionais, longas jornadas de trabalho, perdas de pacientes em longa escala e

falta de suporte psicológico por parte da instituição, que favoreceram o comprometimento da saúde física e mental.

Sendo esses profissionais atuantes na linha de frente e com papel fundamental no enfrentamento da COVID-19, fazem-se necessárias ações de capacitação para prestação de assistência de qualidade e intervenções voltadas para saúde mental, de modo a amparar o indivíduo nas respectivas aflições. Espera-se que esta pesquisa possa contribuir com a ampliação do conhecimento, por se tratar de algo novo, com poucos estudos a respeito. Portanto, ao considerar que nenhum conhecimento é finito, recomenda-se maior aprofundamento sobre a temática.

REFERÊNCIAS

1. Ribeiro MLB. Conselho Federal de Medicina. Parecer CFM nº 4/2020. Tratamento de pacientes portadores de COVID-19 com cloroquina e hidroxicloroquina. [citado 2021 set. 1] 2020. Disponível em: <http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/Corona/CFM/6.pdf>.
2. Moraes EM, Almeida LHA, Giordani E. COVID-19: Cuidados de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. Sci Med [Internet]. 2020 [acesso em 2021 set. 1];30(1):e38468. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/view/38468>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública. Doença pelo Coronavírus 2019. Boletim Epidemiológico Especial n. 06, abr. 2020 [acesso em 2021 set.10]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/covid-19/2020/boletim-epidemiologico-covid-19-no-06.pdf/view>.
4. Macedo YM, Ornellas JL, Bomfim HF. COVID – 19 NO BRASIL: o que se espera para população subalternizada? Encantar [Internet]. 2020 [acesso em 2021 set. 10];2:01-10. Disponível em: <https://www.revistas.uneb.br/index.php/encantar/article/view/8189/>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Doença pelo Coronavírus 2019. Boletim Epidemiológico Especial, n. 18, jun. 2020. [acesso em 2021 set.10]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/covid-19/2020/boletim-epidemiologico-no-18-boletim-coe-coronavirus.pdf/view>.
6. São Paulo. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. Novo Coronavírus (COVID-19) - Situação Epidemiológica – 27. mar. 2020. [acesso em 2021 set.10]. Disponível em: <https://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao->

respiratoria/coronavirus/2020/marco/coronavirus2003_27situacao_epidemiologica.pdf?attach=true.

7. São Paulo. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. Novo Coronavírus (COVID-19) - Situação Epidemiológica – 54. abr. 2020. [acesso em 2021 set.10]. Disponível em: <http://saude.sp.gov.br/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica-prof.-alexandre-vranjac/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-respiratoria/coronavirus-covid-19/situacao-epidemiologica>.

8. Brasil. Decreto n. 10.282 de 20 de março de 2020. Regulamenta a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para definir os serviços públicos e as atividades essenciais. Diário Oficial da União. 20 mar 2020;seção1:1.

9. Usher K, Bhullar N, Jackson D. Life in the pandemic: Social isolation and mental health. J Clin Nurs. [Internet]. 2020 [acesso em 2022 jun 20];29(15-16):2756-2757. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32250493/>.

10. The lancet. COVID-19: protecting health-care workers. Lancet [Internet] 2020 [acesso em 2021 set. 10];395(10228):922. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/en/covidwho-11727?lang=pt>

11. Lima CKT, Carvalho PMM, Lima IAAS, Nunes JVAO, Saraiva JS, Souza RI et al. The emotional impact of Coronavirus 2019-nCoV (new Coronavirus disease). Psychiatry Res. [Internet]. 2020 [acesso em 2022 jun 20];287:112915. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32199182/>.

12. Chen CC, Chi CY. Biosafety in the preparation and processing of cytology specimens with potential coronavirus (COVID-19) infection: Perspectives from Taiwan. Cancer Cytopathol [Internet]. 2020 [acesso em 2022 mar. 22];128(5):309-316. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32259402/>.

13. Smith GD, Ng F, Ho Cheung Li W. COVID-19: Emerging compassion, courage and resilience in the face of misinformation and adversity. J Clin Nurs. [Internet]. 2020 [acesso em 2022 mar. 22];29(9-10):1425-1428. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32155302/>.

14. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. [Internet]. 6 ed. São Paulo: Atlas; 2014 [acesso em 2022 mar. 22]. Disponível em: http://www.uece.br/nucleodelinguasitaperi/dmdocuments/gil_como_elaborar_projeto_de_pesquisa.pdf.

15. Hoga LAK, Borges ALV. Pesquisa empírica em saúde: guia prático para iniciantes. [Internet]. São Paulo: EEUSP; 2016 [acesso em 2022 mar. 22]. Disponível em: http://www.ee.usp.br/cartilhas/pesquisa_empirica_saude_2016.pdf.

16. Minayo MCS, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. [Internet]. 21 ed. Petrópolis: Editora Vozes; 2002 [acesso em 2022 mar. 22]. Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/franciscovargas/files/2012/11/pesquisa-social.pdf>.

17. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. [Internet]. 13 ed. São Paulo: Hucitec; 2013 [acesso em 2022 mar. 22]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/dTwRtzbk45bmdyQZzYqGRtr/?lang=pt>.
18. Campos CJG. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2004 [acesso em 2022 abr. 22];57(5):611-614. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/wBbjs9fZBDrM3c3x4bDd3rc/?format=pdf&lang=pt>.
19. Portugal JKA, Reis MHS, Barão EJS, Souza TTG, Guimarães RS, Almeida LS. Percepção do impacto emocional da equipe de enfermagem diante da pandemia de COVID-19: relato de experiência. REAS [Internet]. 2020 [acesso em 22 Abr. 2022];(46):e3794. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3794>.
20. Carvalho ALDS, Assad SGB, Santos SCP, Rodrigues GVB, Valente GSC, Cortez EA. Atuação profissional frente à pandemia de COVID-19: Dificuldades e possibilidades. Research, Society and Development [Internet]. 2020 [acesso em 2022 jun. 20];9(9):e830998025, Disponível em: https://redib.org/Record/oai_articulo3005542-atua%C3%A7%C3%A3o-profissional-frente-%C3%A0-pandemia-de-covid-19-dificuldades-e-possibilidades.
21. Ornell F, Schuch JB, Sordi AO, Kessler FHP. “Pandemic fear” and COVID-19: mental health burden and strategies. Braz. J. Psychiatr [online]. 2020 [acesso em 22 de abril de 2022];42(3):232-235. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/WGD9CnJ95C777tcjnkHq4Px/?lang=en#>.
22. Oliveira WA. COVID-19: Desafios e oportunidades da enfermagem brasileira. Revista de Saúde [Internet]. 2020 [acesso em 22 de abril de 2022];7(2):22-39. Disponível em: <http://revista.faciplac.edu.br/index.php/RSF/article/view/648>.
23. Li Z, Ge J, Yang M, Feng J, Qiao M, Jiang R et al. Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. Brain Behav Immun. [Internet]. 2020 [acesso em 22 de abril de 2022]; 88:916-919. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7102670/>.
24. Shen X, Zou X, Zhong X, Yan J, Li L. Psychological stress of ICU nurses in the time of COVID-19. Crit Care [Internet]. 2020 [acesso em 2022 jun 20];24:200. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7202793/>.
25. Marins TVO, Crispim CG, Evangelista DS, Neves KC, Fassarella BPA, Ribeiro WA, et al. Enfermeiro na linha de frente ao COVID-19: A experiência da realidade vivenciada. BJSCR [internet]. 2020 [acesso em 2022 jun 20]; 9(8). Disponível em: https://redib.org/Record/oai_articulo3004517-enfermeiro-na-linha-de-frente-ao-covid-19-a-experi%C3%Aancia-da-realidade-vivenciada.
26. Bao Y, Sun Y, Meng S, Shi J, Lu L. 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. Lancet. [internet] 2020 [acesso em 2022 jun 20];22;395(10224):e37-e38. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32043982/>.

27. Ramos-Toescher AM, Tomaschewisk-Barlem JG, Barlem ELD, Castanheira JS, Toescher RL. Saúde mental de profissionais de enfermagem durante a pandemia de COVID-19: recursos de apoio. Escola Anna Nery [Internet]. 2020 [acesso em 2022 jun. 20];24(n. spe):e20200276. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/HwhCLFJwBRv9MdDqWCw6kmy/?lang=pt#>.

28. Moreira AS, Lucca SR. Apoio psicossocial e saúde mental dos profissionais de enfermagem no combate ao COVID-19. Enferm. Foco [Internet]. 2020 [acesso em 2022 jun. 20];11(1):155-161. ISSN: 2357-707X <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/09/apoio-psicossocial-saude-mental-profissionais-enfermagem-combate-covid-19.pdf>.

RECEBIDO: 10/12/2022

ACEITO: 10/05/2023

Estudo da eficiência gerada na saúde frente à crise da COVID-19 em municípios mineiros

Study of the efficiency generated in health in the face of the crisis of COVID-19 in municipalities of Minas Gerais

Rodrigo Moreira Braz¹, Rosiane Maria Lima Gonçalves²

1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9308-9539>. Bancário e Professor. Especialista. Universidade Federal de Viçosa, Rio Paranaíba, Minas Gerais, Brasil.

E-mail: rodrigo.m.braz@ufv.br

2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5901-7948>. Professor Adjunto. Doutor. Universidade Federal de Viçosa, Rio Paranaíba, Minas Gerais, Brasil.

E-mail: rosiane.goncalves@ufv.br

CONTATO: Rodrigo Moreira Braz | Endereço: Avenida Rui Barbosa 163, Centro, São Gotardo, Minas Gerais, CEP 38.800-000 | Telefone: (34) 991146242 | E-mail: rodrigo.m.braz@ufv.br

RESUMO

Conforme a Constituição Federal de 1988, os entes da federação têm por obrigação oferecer condições legais justas, impessoalidade, moralidade, transparência e eficiência. O sistema de saúde público, em todos os seus níveis, precisa garantir esses mesmos princípios ao oferecer o direito básico de saúde para a população. Diante disso, o objetivo desse estudo foi analisar a eficiência, através da Análise Envoltória de Dados, de 21 cidades mineiras frente à COVID-19. Dentre os principais resultados, tem-se uma média de escore de eficiência baixa no modelo mais flexível, BBC, 41,4%. Com relação à densidade demográfica e IDH, tem-se que a primeira não foi determinante para conseguir identificar eficiência, porém sua correlação com o índice de ineficiência foi positiva e significativa. Quanto o IDH, não houve evidências significativas dentro dessa amostra. A DMU de número 15 foi a unidade que apresentou melhor eficiência.

DESCRITORES: Gestão da Saúde. Eficiência da Saúde. COVID-19.

ABSTRACT

According to the Federal Constitution of 1988, the federative entities are obliged to provide fair legal conditions, impartiality, morality, transparency, and efficiency. The public healthcare system, at all levels, needs to ensure these same principles when offering the basic right to healthcare for the population. In light of this, the objective of this study was to analyze the efficiency, using Data Envelopment Analysis, of 21 cities in the state of Minas Gerais in the face of COVID-19. Among the main results, there is an average low efficiency score in the most flexible model, BBC, at 41.4%. Regarding population density and HCI, it was found that the former was not determinative in identifying efficiency, but its correction with the inefficiency index was positive and significant. As for the HDI, there was no significant evidence within this sample. DMU number 15 was the unit that presented the best efficiency.

DESCRIPTORS: Health Management. Health Efficiency. COVID-19.



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 de Saúde Público tem objetivo de fornecer saúde adequada e funcional para a população, conforme determinação da Constituição Brasileira Federal de 1988. Em seu artigo 37 menciona alguns princípios a serem seguidos pelos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, sendo eles de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência¹. Este último, especificamente, pode ser analisado com base em algumas perspectivas e aqui, especificamente, sob a perspectiva de uma pandemia.

Assim, faz-se importante entender a dinâmica desse sistema e como é realizado a sua gestão por parte dos entes responsáveis, em períodos considerados de normalidade e em períodos atípicos como o que ocorreu em dezembro de 2019 com a descoberta na China de uma nova mutação do Coronavírus (COVID-19). Esse vírus já era conhecido e notificado, porém até então entendido com pouca chance de propagação e relevância entre as doenças daquele momento. Em julho de 2022, a COVID-19 já havia contaminado, mais de 638 milhões de pessoas e levado mais de 6.6 milhões dessas a óbito. No Brasil, até então, mais de 35 milhões de pessoas já foram infectadas e a marca de 688 mil óbitos já foi ultrapassada².

Especificamente em Minas Gerais, região tema deste estudo, os casos já passaram de 3 milhões e 900 mil, seguido de quase 63 mil óbitos. O estado foi escolhido devido ao fato de ser o segundo com maior número de casos confirmados do país, sendo também o segundo maior estado de Minas Gerais².

Dada a importância no uso eficiente dos recursos públicos e pandemia iniciada em 2020, o objetivo geral deste estudo foi analisar a eficiência da gestão dos recursos destinados à saúde de 21 municípios mineiros no tocante às respostas para contenção da COVID-19, considerando os *benchmarks* gerados pelo modelo DEA para análise específica. Para se alcançar o objetivo geral proposto, foram estabelecidos ainda dois objetivos específicos:

- Encontrar e analisar os *benchmarks* para os municípios de Minas Gerais que, temporalmente, possuem os melhores e os piores níveis de eficiência por meio da Análise Envoltória de Dados (DEA);
- Realizar, levando em consideração as cidades mais eficientes, o quanto as variáveis sociodemográficas, socioeconômicas e de risco-médico impactam na

resposta obtida frente à crise do COVID-19, considerando as referências obtidas pelo método DEA.

Os números de uma pandemia como essa sem precedentes na história moderna, mobilizam e instigam toda a comunidade científica a buscar elementos que auxiliem na compreensão das formas de propagação, controle e mortalidade, bem como nas suas mais diversas inter-relações, como aspectos políticos e econômicos. Assim, a justificativa desse estudo se baseia na premissa de que a eficiência na gestão do sistema de saúde dos municípios e suas microrregiões pode ter sido determinante no que diz respeito aos resultados obtidos por cada região. Por ser recente, poucos estudos se dedicaram a estudar os fatores determinantes de eficiência dos municípios frente à crise do COVID-19. Vale ressaltar que o estudo da eficiência no setor pode ser uma fonte confiável para se identificar disparidades e semelhanças entre cada município³.

A saúde pública é direito constituído e firmado desde à Constituição Federal de 1988. A partir desse ano e com direito assegurado, instituiu-se o Sistema Único de Saúde (SUS) no ano de 1990, sob a Lei Nº 8080. O SUS é um sistema integrado de saúde que possui alta complexidade e atende os diversos níveis de necessidade da saúde. Parte do ponto de atender três princípios básicos: a Universalização da saúde, que deve ser assegurada pelo Estado, a Equidade, que deve mitigar as formas de desigualdades advindas de um país com tantas divergências sociais, raciais e econômicas e a Integridade, pretendendo atender desde o mais básico ao mais avançado procedimento solicitado¹⁻²⁻⁴.

Sob a ótica nacional, as competências do Ministério da Saúde no que tange a assegurar o correto funcionamento do SUS são estabelecidas pela Lei nº 8.080/1990, art. 16. No que diz respeito às funções Estaduais concernentes ao SUS, são tratadas no art. 17 da referida Lei nº 8.080/1990. Para as questões municipais, rege o art. 18 da Lei nº 8.080/1990.

A Lei Nº 8.080 de 1990, cria como um dos princípios já mencionados do SUS a alocação eficiente e eficaz dos recursos disponíveis, este que remete exatamente ao conceito de eficiência, utilizar os recursos da melhor forma possível para que os resultados esperados sejam alcançados.

Em observação ao que se investe no setor de saúde no Brasil, tem-se números crescentes temporalmente, considerando o percentual do PIB arrecadado direcionado para esse setor. No ano de 2000 houve a alocação de 7,2% do valor do PIB no referido

setor, de 8,8% no ano de 2007 e 9,6% no ano de 2019, com projeções que chegam a 12,6% para o ano de 2040. Visto isso, faz-se necessário entender como é feita a gestão do processo de pulverização desses recursos para a população como um todo para se entender as decisões acatadas pelos gestores atuantes nesse setor⁵.

Estudos correlacionam a eficiência com fatores variados que podem ser determinantes positiva ou negativamente nela. Concernente a esses estudos, há uma metodologia em comum na mensuração desses índices de eficiência e nas unidades que são referências, a Análise Envoltória de Dados (DEA), que será detalhada no módulo de metodologia.

Em uma escala global de estudo⁶, através da DEA, se propôs entender quais os fatores exógenos que poderiam determinar uma melhor eficiência produtiva de saúde no país. Assim, em um primeiro momento, o estudo da referida autora, utilizou variáveis de entrada e saída no modelo para determinar o quanto o processamento dessas entradas/*inputs* estaria chegando de saídas/*outputs*. Considerou-se então:

Os *inputs* são então os recursos disponíveis e os gastos em saúde de cada país, como: número de camas; número de médicos; número de enfermeiros; despesas em saúde. Os *outputs* serão os resultados obtidos numa ótica produtiva – diretamente relacionados com a produção dos sistemas de saúde – como o número de cirurgias; número de internamentos; número de consultas; número de entradas nas urgências⁶.

Após a iteração do modelo, foi possível observar as regiões dos países mais eficientes e confrontá-las com variáveis independentes para saber sua correlação. Como resultado, este estudo pôde identificar que os sistemas de saúde mais eficientes foram o da Espanha e Portugal e os menos eficientes da Suécia e Suíça. Ademais, que as variáveis exógenas determinantes no quesito eficiência do processo de entrega de saúde foram de densidade da população e educação⁶.

Em âmbito nacional, podem ser citados trabalhos⁷ que se propôs a analisar, através da DEA, a eficiência dos hospitais universitários brasileiros. Considerou-se os aspectos da metodologia para se escolher as variáveis e elas foram levantadas considerando o teor universitário dos hospitais. Dessa forma, foram levantados *inputs* e *outputs* a serem inseridos no modelo considerando 3 vertentes básicas à essas instituições, como Assistência, Ensino e Pesquisa. Embora a pesquisa supracitada não tenha chegado a decisões acerca da eficiência dessas unidades, compõe espaço na literatura, uma vez

que os resultados parciais ora apresentados são compatíveis com as premissas conceituais, com as novas tendências de aplicação de DEA, além de estruturados de forma a serem levados aos decisores, visando a garantir validade de conteúdo, de construto e a validade lógica, respectivamente⁷.

Diferentemente do estudo apresentado⁷, outra pesquisa realizada⁸, tem-se números concretos a respeito das unidades eficientes de hospitais públicos das capitais do Brasil. Inseriu-se variáveis de entrada neste estudo como: taxa de mortalidade e tempo médio de permanência no hospital e variáveis de saída como: “percentuais de internação relativos a: neoplasias; doenças infecciosas e parasitárias (DIP) e doenças do aparelho circulatório (circulatório); valor médio pago pela Autorização de Internação Hospitalar (AIH médio).”

Em resultado, o estudo mostrou que, considerando as variáveis inseridas no modelo sem considerar fatores externos, de todas as capitais estudadas, quatro alcançaram eficiência relativa máxima, sete ficaram com eficiência entre as 85% melhores, dez entre as 75% e as últimas dez com grau de eficiência inferior a 70%⁸.

Para este estudo, como variáveis de saídas/*outputs*, foram utilizados número de internação e procedimentos de alta complexidade, além de um índice de qualidade calculado. Ao destacar as unidades hospitalares eficientes, considerando os dados inseridos no modelo, os autores levantaram o principal resultado acerca da utilização dessa metodologia, que se pauta no cuidado ao se escolher quais variáveis serão inseridas no modelo, uma vez que a inserção de variáveis duplicadas, com mesmo sentido ou variáveis que não se relacionam no âmbito *input* e *output*, podem inviabilizar o estudo. Esse fato, se dá pela complexidade em se medir eficiência em um sistema tão robusto e variável como o de oferta de saúde pelo SUS, uma vez que a saúde como um todo também se torna uma variável desconhecida ao se deparar com questões ainda inobservadas.

MÉTODO

Para levantamento dos dados será utilizado o DATASUS, IntegraSUS, os dados abertos constantes no Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais e plataformas digitais que disponibilizam dados e informações temporais relacionados à gestão de saúde no Brasil. Devido aos dados serem atualizados com disparidade ao tempo real, serão consideradas as sequências de dados mais recentes disponibilizadas e sua vinculação com dados referentes à crise da COVID-19. Também serão tomadas como referências informações divulgadas pelos órgãos responsáveis como OMS, Ministério da Saúde e governos municipais.

A pesquisa se classifica como descritiva à medida em que os dados serão observados e tratados como forma de estabelecer tendências e descrever a realidade da qual eles são oriundos. A abordagem da pesquisa será quantitativa no que tange ao encontro dos índices de eficiência, sendo realizada melhor análise dos pontos relevantes e comuns das unidades encontradas como máxima e mínima eficiência.

Dessa forma, será utilizada para o cálculo de eficiência dessas regiões a Análise Envoltória de Dados (DEA) orientado a insumo. Dentre os modelos possíveis, será escolhido o modelo BBC, que possui esse nome devido as iniciais de seus criadores Branch, Baker e Chapter, pois possibilita retornos de eficiência variáveis à escala através da inserção de uma variável de convexidade no modelo, fazendo com que a área de solução viável, unidades eficientes, seja mais abrangente⁹⁻³.

A expressão matemática do modelo BBC se dá conforme a equação (1):

$$\begin{aligned}
 & \text{Max}_{(\varphi, \lambda)} \varphi \\
 & \text{s.a } \varphi y_i - Y\lambda \leq 0 \\
 & -x_i + X\lambda \leq 0 \\
 & N1^{\wedge} \lambda = 1 \\
 & -\lambda \leq 0
 \end{aligned} \tag{1}$$

em que N1 é um vetor (nx1) de números uns; y_i é um vetor (m x 1) de quantidades de produto da i-ésima DMU - Decision Making Unit; x_i é um vetor (k x 1) de quantidades de insumo da i-ésima DMU; Y é uma matriz (n x m) de produtos das n DMUs; X é uma matriz (n x k) de insumos das n DMUs; λ é um vetor (n x 1) de pesos; e φ é uma escalar que tem valores iguais ou maiores do que 1 e indica o escore de eficiência das DMUs, em que um valor igual a 1 indica eficiência técnica relativa da i-ésima DMU, em relação às demais, e um valor maior do que 1 evidencia a presença de ineficiência técnica relativa. O $(\varphi - 1)$ indica o aumento proporcional nos produtos que a i-ésima DMU pode alcançar, mantendo constante a quantidade de insumo³.

A variável de entrada que contemplará a primeira parte do estudo será a verba repassada pelo Governo Federal para os municípios para a contenção e combate da COVID-19. Ao passo que as variáveis de saída serão: número de casos notificados e número de óbitos confirmados, uma vez que quanto maior for o número de casos por óbito temporalmente, melhor o município lida com a propagação e mitigação da doença.

É importante mencionar aqui que as notificações dos casos de COVID-19 foram utilizadas, mas que vieses devem ser considerados, uma vez que mortes notificadas

no início da pandemia podem não ter tido a COVID-19 como principal causa. Outro fator preponderante é o de que as mortes notificadas em casa podem não ter sido diagnosticadas e as que ocorreram no hospital por suspeita da COVID-19 podem não ter sido confirmadas efetivamente¹⁰.

O cruzamento dos dados dos coeficientes de eficiência foi feito através do levantamento das variáveis propostas, como sociais e de saúde pública e a contraposição deles com técnicas estatísticas. Devido ao conjunto de dados ser pequeno, optou-se em testar a correlação entre os índices de eficiência encontrados e algumas variáveis específicas, como Índice de Desenvolvimento Humano e densidade demográfica das cidades analisadas. Serão utilizados como apoio para o tratamento de dados o *software Microsoft Excel* e SIAD (Sistema Integrado de Apoio a Decisão), *software* que será utilizado para o cálculo da eficiência dos municípios.

RESULTADOS

Os dados coletados compõem-se por perspectivas econômicas e de saúde pública, uma vez que foi analisado qual o efeito que a aplicação de recursos para mitigação de uma doença se converteu em vidas salvas ao final de determinado período. Tanto os dados relacionados aos recursos destinados aos municípios quanto os dados relacionados aos números da COVID-19 foram retirados do site do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais.

A Superintendência Regional de Saúde (SRS) de Patos de Minas, contendo 21 municípios, foi escolhida devido à possível facilidade em encontrar os materiais pertinentes às análises das DMU's eficientes. Com relação à proporção da aplicação dos recursos direcionados para as cidades estudadas, teve-se que os recursos foram alocados dentro de uma lógica de proporção, uma vez que a parcela do recurso total alocada para cada município participa proporcionalmente em quantidade semelhante à proporcionalidade que o município tem da população total da SRS.

A eficiência retornada pelo cálculo foi observada em dois momentos, sendo um deles ao final do ano de 2020 e o outro ao final do ano de 2021. Dar-se-á ênfase para o momento de 2021, uma vez que 99% dos recursos federais destinados à contenção da COVID-19 em 2020 e 2021 foram distribuídos em meados do ano de 2020, sendo seus efeitos verificados no decorrer desses 2 anos. Há de se considerar aqui também a característica temporalmente progressiva da doença caracterizada pelo contágio

iminente e exponencial, tendo assim que os recursos surtiriam efeito de eficiência no decorrer do tempo.

Para esse estudo, as unidades consideradas eficientes foram aquelas que retornaram índices de eficiência padrão acima de 80% e as DMU's ineficientes as que figuraram abaixo desse valor. Dessa forma, os dados foram analisados com os retornos do sistema. O modelo CCR que considera retornos constantes à escala tem característica estática, ou seja, é traçada uma reta de eficiência técnica e somente as DMU's que estão sobre essa reta são consideradas eficientes. Já para o modelo BBC, retornos variáveis, consideram eficientes as DMU's que melhor retornam resultados variáveis considerando níveis fixos de insumos e vice-versa.

Concernente à informação supramencionada, era esperado que o modelo CCR retornasse unidades índices de eficiência padrão menores, uma vez que o modelo se configura como mais rígido, ao passo que o modelo BBC retornaria índices maiores¹¹. Com base nisso, as médias encontradas confirmam o esperado, sendo a média simples dos escores de eficiência do modelo CCR ficou em 28% e a média simples dos escores do modelo BBC ficou em 41,4%, conforme Tabela 1.

Tabela 1. Média de escore de eficiência de todas as DMU's estudadas em cada modelo

DMU	BBC	CCR	DMU	BBC	CCR	DMU	BBC	CCR
1	100,0%	100,0%	8	38,2%	14,6%	15	100,0%	100,0%
2	28,2%	27,1%	9	17,8%	7,1%	16	51,3%	25,9%
3	10,6%	4,1%	10	37,0%	14,8%	17	9,7%	5,8%
4	75,6%	35,4%	11	85,2%	39,5%	18	38,4%	18,6%
5	52,6%	40,7%	12	2,1%	0,7%	19	44,3%	21,3%
6	47,7%	41,5%	13	24,6%	12,4%	20	52,8%	39,4%
7	8,1%	5,5%	14	28,6%	23,4%	21	16,6%	10,4%
Média total							41,4%	28%

Fonte: Resultados da pesquisa

O modelo BBC, visto que denota eficiência técnica das DMU's, no caso o quanto o recurso foi efetivo no processo de mitigar a doença, foi utilizado como referência principal. Desse modo, os municípios totalmente eficientes foram os municípios 1 e 15, tanto no modelo BBC quanto no CCR, seguidos apenas do município 11, com 85,2% de escore de eficiência.

Na busca por tentar definir de fato os municípios mais eficientes, o *software* utilizado possibilita encontrar a fronteira invertida de eficiência que inverte a lógica

insumo-produto e fornece as DMU's menos eficiente, ou seja, nessa fronteira, as DMU's que se posicionam mais perto do escore 100% são denominadas as menos eficientes. Utiliza-se dessa técnica para excluir as unidades falso eficientes. Após análise da fronteira invertida, confirmou-se que as denominadas eficientes na fronteira padrão 1, 11 e 15 obtiveram os menores índices na fronteira invertida com 2.3%, 2.7% e 2.4%, respectivamente.

Em estudos correlatos, a densidade demográfica é levantada como um agravante para proliferação da doença⁵, visto ser transmissível, as DMU's eficientes 1, 11 e 15 não possuíam as maiores quantidades de pessoas por metro quadrado da amostra, mas se destacaram por serem as menores cidades em número de habitantes. Em contrapartida, a DMU menos eficiente, de número 12, apresentou eficiência mínima de 2.1% e 0.7%, BBC e CCR, e possui o maior número de habitantes por metro quadrado da amostra.

A densidade demográfica, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e a população total dos municípios foram levados em consideração na busca por tentar explicar os escores de eficiência. Assim, foram feitas, com o auxílio do *software Excel*, as correlações entre essas variáveis e escores encontrados.

Em se tratando do IDH, não foi possível dizer que teve influência nos escores de eficiência encontrados, uma vez que a correlação apresentou coeficiente de -0,23, demonstrando não haver relação significativa entre as duas variáveis. Essa evidência não pode ser inferida devido a outros estudos já considerarem o IDH uma variável determinante na disseminação da doença, que explana “de forma inesperada, o índice de desenvolvimento humano apresenta correlação positiva com as taxas de infecção e morte por COVID-19”¹².

Para a densidade demográfica, tem-se informações relevantes, pois a correlação entre ela e os escores de eficiência foi significativa, representada pelo coeficiente de 0,61 positivo. Há estudos que afirmam que por se tratar de doença contagiosa, a densidade é explicativa relevante para tal. Em estudo realizado em 50 países, não encontrou relação significativa entre casos de COVID-19 e densidade, porém, quando optou em analisar as mortes, encontrou significativa correlação¹³.

Em parâmetros populacionais gerais, têm-se dados curiosos. A correlação entre a população total dos municípios e seus respectivos índices de eficiência foi negativa, -0,56, evidenciando que a maior quantidade de população não é determinante para se afirmar a melhora na relação casos/óbitos. Entretanto, quando

se correlaciona população com escores de eficiência na fronteira invertida, tem-se uma correlação significativa de 0,81, ou seja, pode-se afirmar que em municípios com maior número de pessoas dentro dessa amostra, concentrou-se os menores escores de eficiência, fato que se contrapõe com a informação de que os recursos foram alocados proporcionalmente à população das cidades.

Ao se levar em consideração um modelo BBC, entende-se que por permitir retornos variáveis, pode-se identificar mais de uma DMU eficiente, como mencionado. Dessa forma, o SIAD – Sistema Integrado de Apoio a Decisão possibilita o retorno da eficiência normalizada, que permite encontrar a DMU mais eficiente dentro da amostra. Sendo assim, nessa busca foi encontrado que a DMU 15 foi a que apresentou o escore máximo de 100% de eficiência, apresentando a melhor relação casos/óbitos, 70,75%, com a aplicação da menor quantidade de recurso proporcional da amostra.

CONCLUSÃO

Este trabalho teve como objetivo analisar a eficiência da gestão de 21 municípios de Minas Gerais, especificamente os que constam na Superintendência Regional de Saúde de Patos de Minas, e entender a sua dinâmica frente às variáveis demográficas e populacionais.

De forma geral, através da metodologia proposta, foram encontradas poucas unidades eficientes dentre as estudadas, tendo apresentado no modelo principal, BBC, uma média simples de 41,4% em escore de eficiência. Das 21 DMU's, apenas três tiveram escores de eficiência acima de 85%, sendo que essa informação se confirma ao analisar a fronteira invertida, em que os três apresentam os menores índices.

No que se refere à densidade demográfica, pode-se dizer apenas que uma alta concentração de pessoas por metro quadrado é determinante nos escores de ineficiências das unidades, mas não tem relação direta com aumento de eficiência delas, fato que pode ser explicado pelo alto grau de contágio da doença combinado com a possível falta de medidas restritivas eficientes. Por fim, constatou-se que a DMU número 15 possui a escore mais alta de eficiência dentro da amostra, apresentando a melhor aplicação dos recursos para mitigação da doença.

Sugere-se para estudos futuros a ampliação da amostra utilizada e seu contraponto com variáveis mais específicas, bem como a utilização documental para entender o conteúdo dos decretos utilizados para frear a proliferação da doença, trazendo assim contribuições significativas para a gestão pública de municípios.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição Federal. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, 1990. [Acesso em: 01 jul. 2022]. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
2. Ministério da Saúde. Lei nº 8080: 30 anos de criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Biblioteca Virtual em Saúde, 2020. [Acesso em: 01 jul. 2022]. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/lei-n-8080-30-anos-de-criacao-do-sistema-unico-de-saude-sus/>
3. Fonseca PC, Ferreira MAM. Investigação dos Níveis de Eficiência na FOUCAULT, Michel. O Nascimento da Clínica. Rio de Janeiro Ed. Forense Universitária, 1977.
4. Ministério da Saúde. O que é corona vírus: linha do tempo. [Acesso em: jun. 2021]. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/linha-do-tempo/>
5. Barros PP. Economia da Saúde: conceitos e comportamentos. - 4ª ed. 2019: Edições Almedina, S.A.
6. Costa BB. Fatores que determinam a eficiência produtiva dos sistemas de saúde de alguns países da OCDE. Dissertação de mestrado em Economia. Repositório Porto. 2021. [Acesso em: 22 jul. 2022]. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/136365/2/497900.pdf>
7. Lins ME, et al. O uso da Análise Envoltória de Dados (DEA) para avaliação de hospitais universitários brasileiros. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2007, v. 12, n. 4, pp. 985-998. [Acesso em: 21 jul. 2022]. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000400020>
8. Gonçalves AC, et al. Análise Envoltória de Dados na avaliação de hospitais públicos nas capitais brasileiras. Revista de Saúde Pública [online]. 2007, v. 41, n. 3, pp. 427-435. [Acesso em 21 jul. 2022]. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006005000023>
9. Branch B, Baker C, Chapter. Overcoming Credit Union Governance Problems. IN WESTLEY, G. D., BRANCH, B. (org.). Safe money: building effective credit unions in Latin America. Washington: Inter-American Development Bank and World Council of Credit Unions, 2000.
10. Borges GM, Nepomuceno MR. A contribuição da demografia para os estudos de mortalidade em tempos de pandemia. R. bras. Est. Pop., v.37, 1-9, e0124, 2020.

[Acesso em 07 de mai. 2023]. Disponível em:
<https://rebep.org.br/revista/article/view/1636>

11. Belloni JA. Uma Metodologia de avaliação da eficiência produtiva de Universidade Federais Brasileiras. 2000. Tese (Doutorado em Engenharia da Produção). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000. Disponível em:
<https://core.ac.uk/download/30359583.pdf>

12. Dourado P, Rodrigues P, Vieira L, Lima A. Relação da covid-19 com o índice de desenvolvimento humano – IDH Síntese de Evidências e Análise Exploratória. Subsecretaria de Saúde, SUS. [Acesso em: dez. 2022]. Disponível em:
https://www.saude.go.gov.br/files/banner_coronavirus/protocolos-notas/S%C3%ADnteses%20de%20Evid%C3%Aancias/2021/IDH%20e%20COVID-19.pdf

13. Nassif L. GGN Covid Especial: os efeitos da densidade demográfica e da desigualdade no Covid. Jornal GNN. [Acesso em: dez. 2021]. Disponível em:
<https://jornalggn.com.br/politica/ggn-covid-especial-os-efeitos-da-densidade-demografica-e-da-desigualdade-no-covid/>

RECEBIDO: 06/03/2023

ACEITO: 12/06/2023

A assistência farmacêutica em um hospital exclusivo para atendimentos a pacientes com COVID-19

Pharmaceutical assistance in an COVID-19 specialized hospital

Laís Salvador Schlichta¹, Fernanda de Oliveira Hipolito Ribeiro², Deise Sueli de Pietro Caputo³, Bruno Henrique de Mello⁴, Tatiane Correa da Silva Filipak⁵

1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4769-4164>. Farmacêutica. Mestranda em Ciências Farmacêuticas. Fundação Estatal de Atenção em Saúde, Curitiba, Paraná e Brasil.

E-mail: lais.salvador@ufpr.br

2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6349-9641>. Coordenadora de Farmácia. Especialista em Farmacologia; Gestão Pública e Qualidade e Segurança no cuidado ao paciente. Fundação Estatal de Atenção em Saúde, Curitiba, Paraná e Brasil.

E-mail: fhipolito@feaes.curitiba.pr.gov.br

3. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4355-8920>. Diretora Administrativa. Especialista em Atenção Farmacêutica. Fundação Estatal de Atenção em Saúde, Curitiba, Paraná e Brasil.

E-mail: dcaputo@feaes.curitiba.pr.gov.br

4. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0565-9288>. Gerente Assistencial. Mestre em Enfermagem. Fundação Estatal de Atenção em Saúde, Curitiba, Paraná, Brasil.

E-mail: brmello@feaes.curitiba.pr.gov.br

5. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4633-6250>. Diretora de Atenção à Saúde. Especialista em endocrinologia, MBA executivo em saúde. Fundação Estatal de Atenção em Saúde Curitiba, Paraná, Brasil.

E-mail: tfilipak@feaes.curitiba.pr.gov.br

CONTATO: Fernanda de Oliveira Hipolito Ribeiro | Endereço: Rua Capitão Argemiro Monteiro Wanderley, 161, 3º andar, Capão Raso, Curitiba, Paraná, CEP 81.130-160 | Telefone: (41) 98443-3384 | E-mail: fhipolito@feaes.curitiba.pr.gov.br

RESUMO

A doença respiratória aguda causada pelo novo coronavírus de 2019 (COVID-19) é uma das maiores ameaças à saúde pública do último século. Em junho de 2020, foi aberto em Curitiba (Paraná, Brasil) um hospital exclusivo para atendimentos a pacientes com COVID-19 que atendeu 4116 pacientes até

setembro de 2021. Nesse contexto, os desafios encontrados pela Assistência Farmacêutica foram da escassez de medicamentos e materiais médico-hospitalares à imprevisibilidade de consumo dos insumos. Diversas estratégias foram implementadas no enfrentamento destes obstáculos, como o monitoramento dos itens em falta, medidas de controle para diminuição de consumo de insumos, protocolos de substituição, criação de cotas de materiais por unidade de internação, dispensação de *kits* e análise minuciosa das prescrições. Assim, este relato descreve as estratégias utilizadas para contornar os desafios encontrados na pandemia da COVID-19, de forma a ser útil a outros profissionais da área que venham a defrontar-se com um cenário epidemiológico semelhante.

DESCRITORES: COVID-19. Assistência Farmacêutica. Administração Farmacêutica. Serviço de Farmácia Hospitalar.

ABSTRACT

Acute respiratory disease caused by the novel 2019 coronavirus (COVID-19) represents a major public health threat of the past century. In June 2020, an specialized hospital for COVID-19 patient care was established in Curitiba (Paraná, Brazil), which treated 4116 patients until September 2021. The Pharmaceutical Care faced numerous challenges, ranging from the medications and medical-hospital materials scarcity to the unpredictable nature of supplies consumption. Various strategies were implemented to address these obstacles, including monitoring of deficient items, control measures to reduce supplies consumption, replacement protocols, establishment of material quotas per hospitalization unit, dispensing kits and meticulous analysis of prescriptions. This report describes the strategies employed to overcome the challenges found during the COVID-19 pandemic, aiming to provide guidance to fellow professionals in the field who may face a similar epidemiological scenario.

DESCRIPTORS: Pharmaceutical Care. Pharmaceutical Administration. Hospital Pharmacy Service.



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 Organização Mundial da Saúde¹ descreve a COVID-19 como “a maior ameaça sanitária do último século”. A COVID-19 é uma doença infecciosa causada por um novo tipo de coronavírus descoberto em 2019 que, em 2020, foi declarada como pandemia. Os grupos de risco para a doença incluem idosos e indivíduos que tenham doenças preexistentes, como doença cardiovascular, diabetes, doença respiratória crônica e câncer². Até outubro de 2021, já foram confirmados mais de 200 milhões de casos de COVID-19 ao redor do mundo e mais de 4 milhões de mortes. O Brasil é atualmente o terceiro país com maior número de casos (mais de 21 milhões), e o segundo com maior número de mortes, aproximadamente 590 mil³.

Nesse contexto, os sistemas de saúde ao redor do mundo tiveram que tomar iniciativas para tratar e conter o avanço da doença, como a abertura de hospitais de campanha emergenciais. A implementação desses hospitais teve como intuito prevenir o agravamento da doença, reduzir a ocupação dos outros serviços de saúde, isolar as fontes de infecção e, de forma geral, conter o avanço da pandemia⁴. Assim, em junho de 2020, foi aberto em Curitiba (Paraná, Brasil) um hospital exclusivo para atendimentos a pacientes com COVID-19 que necessitavam de internamento em enfermaria ou unidade de terapia intensiva (UTI). Foram atendidos 4116 pacientes de junho de 2020 a setembro de 2021 e, nos momentos de maior demanda, o hospital chegou a abrir 64 leitos de UTI e 76 leitos de enfermaria. Além disso, o hospital contava com uma Farmácia Central, responsável pela dispensação de todos os medicamentos e materiais médico-hospitalares disponíveis no serviço e pela prestação da Assistência Farmacêutica.

A Assistência Farmacêutica é definida como um conjunto de ações que visam a promoção, proteção e recuperação da saúde, através do acesso e uso racional dos medicamentos⁵. Na pandemia da COVID-19, os farmacêuticos auxiliaram no desenvolvimento de estratégias de combate à escassez de fármacos, tiveram papel na garantia da segurança na transição do cuidado pela reconciliação medicamentosa e na revisão dos protocolos de tratamento⁶. Os maiores obstáculos encontrados por estes profissionais em meio a pandemia até então foram a procura por medicamentos alternativos e emergenciais e a garantia do acesso aos insumos hospitalares⁷. Além

disso, no Brasil, os principais serviços desempenhados pelos farmacêuticos nesse contexto foram a provisão de informações sobre a COVID-19, análise da prescrição e seguimento farmacoterapêutico dos pacientes⁸. Assim, no âmbito da pandemia, diversos desafios foram enfrentados para que as etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica fossem garantidas e os pacientes tivessem acesso aos tratamentos necessários.

As etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica cingem a seleção (processo de escolha dos medicamentos padronizados na instituição), programação (estimativa da quantidade de medicamentos necessária para o atendimento de determinada demanda), aquisição (processo de compras de acordo com a programação), armazenamento (conjunto de procedimentos que procura garantir as condições ambientais adequadas para a guarda dos medicamentos), distribuição (suprimento às unidades em quantidade, qualidade e tempo corretos), além da prescrição, dispensação e uso dos medicamentos⁹. O farmacêutico ocupa papel-chave neste ciclo, especialmente em um contexto de pandemia complexo e inaudito.

A maioria das intervenções em saúde envolve o uso de medicamentos e este é determinante no alcance do melhor resultado terapêutico. Assim, é de suma importância que a Assistência Farmacêutica não seja reduzida apenas à pura logística, mas agregue valor ao serviço de saúde. A seleção de medicamentos seguros, eficazes e custo efetivos, a programação adequada das aquisições, na quantidade e momento certos, o armazenamento que garanta a qualidade do produto farmacêutico e o correto gerenciamento dos estoques são vitais na garantia da segurança do paciente, e atividade intrínseca dos farmacêuticos⁹. No contexto pandêmico, onde há escassez de insumos e recursos humanos, todas essas atividades se tornaram ainda mais relevantes e, por acréscimo, mais complexas e árduas.

Dessa forma, objetivamos descrever os desafios da Assistência Farmacêutica em um hospital exclusivo para atendimentos a pacientes com COVID-19 em Curitiba (Brasil), no período de funcionamento do hospital de junho de 2020 a setembro de 2021, apresentar as soluções encontradas no âmbito da farmácia hospitalar nesse contexto e gerar conhecimentos para aplicação prática pelos profissionais que venham a encarar um cenário epidemiológico semelhante.

MÉTODO

O presente estudo classifica-se como um estudo qualitativo descritivo e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba sob parecer número 5.597.181 e CAAE 61007222.0.0000.0101. Os dados referidos nessa pesquisa foram obtidos através da análise documental de relatórios, gerados por um sistema de gestão hospitalar, no período de junho de 2020 a setembro de 2021.

A partir dos dados obtidos, cada etapa do ciclo da Assistência Farmacêutica será discutida individualmente. Para a discussão sobre as etapas referentes a seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição, sumariamente denominadas como “logística dos medicamentos”, foram coletadas informações sobre a quantidade de itens dispensados, consumo médio no período analisado dos principais medicamentos, quantidade de *kits* de admissão/intubação e de procedimentos montados e dispensados e estratégias utilizadas neste cenário de escassez de determinadas classes medicamentosas.

Quanto às etapas de prescrição, dispensação e uso, foram coletados dados relativos ao número de prescrições analisadas pelo farmacêutico, número e características dos Problemas Relacionados a Medicamentos (PRMs) detectados e aceitabilidade por parte do prescritor das intervenções farmacêuticas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Logística dos medicamentos

Seleção

O processo de escolha de medicamentos seguros, eficazes e custo efetivos em um serviço de saúde é denominado seleção. Esse processo deve ser realizado por uma Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) e é a atividade mais importante da Assistência Farmacêutica. A partir da seleção, deve ser elaborado um formulário terapêutico que reúna as informações relevantes sobre os medicamentos padronizados e sirva de base aos prescritores⁹.

A rapidez com que os casos de COVID-19 aumentaram e se agravaram demandaram uma tomada de decisões rápida e assertiva, apesar da falta de

conhecimento acerca das características da doença e necessidades dos pacientes no início da pandemia. Nestas circunstâncias, a estratégia utilizada para a seleção dos medicamentos a serem padronizados no hospital foi a utilização da seleção e do formulário terapêutico de outro hospital da prefeitura municipal, suprido pelo mesmo Almoxarifado e Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF).

Conforme as características da COVID-19 passaram a ser conhecidas, os protocolos de tratamento foram estabelecidos e a padronização do hospital foi aos poucos modificada. Além disso, alguns medicamentos se tornaram escassos no mercado e precisaram ser substituídos. O anticoagulante enoxaparina, por exemplo, precisou ser substituído pela rivaroxabana para os pacientes de enfermaria e heparina subcutânea para pacientes críticos de UTI. O rocurônio, bloqueador neuromuscular padronizado de início, rapidamente teve falta em âmbito mundial e precisou ser substituído em diversos momentos pelo atracúrio, cisatracúrio e pancurônio. O midazolam, sedativo amplamente utilizado na intubação orotraqueal, também teve estoque crítico, e seu uso precisou ser combinado com diazepam e propofol. Por fim, a falta do antimicrobiano polimixina B levou a substituição pela polimixina E. A substituição de medicamentos em escassez por outros só pode ser levada a cabo através da discussão em equipe multidisciplinar acerca das características terapêuticas dos fármacos em questão, e foi uma estratégia essencial na definição da padronização hospitalar no cenário pandêmico.

Programação

A programação é a estimativa das quantidades de itens que precisam ser adquiridos frente a certa demanda. Uma programação inconsistente gera dificuldades no acesso aos itens necessários, e, portanto, a programação também é fundamental na garantia da Assistência Farmacêutica. A disponibilidade de dados de consumo de cada produto é um requisito fundamental para uma correta programação, bem como conhecimento do perfil epidemiológico⁹. O desafio em meio à pandemia na etapa de programação foi a dificuldade na previsão do consumo, absolutamente variável de mês a mês, bem como do perfil epidemiológico, desconhecido a princípio.

Assim, observou-se um consumo maior de 16 medicamentos dentre os 298 padronizados no hospital. O consumo dos bloqueadores neuromusculares (atracúrio, cisatracúrio e rocurônio) no mês de agosto de 2020 foi de 6080 unidades, enquanto no mês de dezembro do mesmo ano foram consumidas 11469 unidades destes

medicamentos. O consumo do sedativo midazolam em abril de 2021 foi de aproximadamente 14 mil unidades, ao passo que em janeiro do mesmo ano foram consumidas aproximadamente 8 mil unidades. Em novembro de 2020, foram consumidas 844 unidades de propofol e em março de 2021 utilizaram-se 9084 unidades do mesmo medicamento devido à mudança na faixa etária atendida no hospital. No início da pandemia observou-se uma preponderância da população de idosos, enquanto em 2021 predominaram as populações jovens e adulta. O consumo médio mensal (CMM) dos principais medicamentos utilizados, unidades totais e percentual relativo ao total de medicamentos dispensados podem ser observados na tabela 1.

Tabela 1. CMM, total utilizado e percentual dos principais medicamentos dispensados

Medicamento	CMM	Total	%
Midazolam	10090	121078	14
Bloqueador	7524	90293	11
Norepinefrina	5400	64797	8
Morfina	4211	50533	6
Propofol	3196	38352	4
Dipirona	2922	35064	4
Enoxaparina	2587	31040	4
Omeprazol	2554	30653	4
Fentanila	2356	28274	3
Heparina	1981	23772	3
Ceftriaxona	1659	19905	2
Dexametasona	1597	19167	2
Glicose 50%	1530	18351	2
Quetiapina	1390	16681	2
Furosemida	1329	15958	2
Metoclopramida	1283	15398	2

Fonte: Elaborado pelos autores (2020)

De forma geral, a programação era realizada pelo setor de Compras e Licitações, a partir da análise do consumo das unidades. O ressuprimento do estoque

do hospital ocorria de forma informatizada, pelo sistema de gestão hospitalar. Em um primeiro momento, foi necessário o cadastro de estoques mínimos e máximos para todos os itens padronizados. Depois, eram realizadas requisições de transferência para o Almoxarifado e CAF duas vezes por semana, através de uma ferramenta do sistema que encontrava automaticamente todos os itens abaixo do estoque mínimo cadastrado e gerava a requisição da quantidade suficiente para completar o estoque máximo.

Nesse contexto, a estratégia utilizada para contornar a imprevisibilidade do consumo foi a revisão constante dos cadastros de estoque mínimos e máximos. Também foi necessário o monitoramento dos itens em falta no mercado (que se refletia na falta de estoque no Almoxarifado). Quando constatado, eram realizadas reuniões com o comitê técnico do hospital e estabelecidas medidas de controle para diminuição de consumo do item, protocolos de substituição e mudanças nos protocolos de uso dos medicamentos. O comitê técnico era composto por equipe multiprofissional e realizava reuniões periódicas para discussão de processos.

Aquisição

As compras eram realizadas pelo setor de Compras e Licitação e armazenadas no Almoxarifado e na CAF. As aquisições foram em sua maioria por processo licitatório, mas em alguns momentos foi necessária abertura de processo de compra emergencial devido à urgência na chegada do item solicitado. As maiores dificuldades de aquisição de medicamentos ocorreram justamente com os bloqueadores neuromusculares, sedativos, anticoagulantes e o antimicrobiano polimixina B.

Além disso, a Resolução RDC nº483 de 2021 possibilitou que distribuidoras importassem, de forma extraordinária e temporária, medicamentos identificados como prioritários para uso em serviços de saúde, devido à pandemia da COVID-19¹⁰. De acordo com o artigo 2, “os produtos importados nos termos desta Resolução foram dispensados de regularização sanitária pela Anvisa”¹⁰, sendo de responsabilidade do importador a garantia da procedência, qualidade, segurança e eficácia dos medicamentos. Foram adquiridos através desta legislação o anestésico propofol da

China, o bloqueador neuromuscular rocurônio da Turquia, o atracúrio de Portugal, e o anticoagulante enoxaparina, também da China.

Armazenamento

No hospital, todos os medicamentos, materiais médico-hospitalares, materiais de escritório e, inclusive, equipamentos de proteção individual (EPI) eram armazenados na Farmácia Central, pois a CAF e Almoxarifado de referência não se localizavam no mesmo hospital. Sendo a farmácia responsável pela entrega de todos esses itens, foram criadas estratégias de facilitação como cotas fixas diárias de materiais de higiene, EPIs e materiais médico-hospitalares para as enfermarias e UTIs. Vale ressaltar que a criação de cotas também auxiliou no uso racional destes itens, fundamental em tempos de escassez de máscaras e outros.

Além disso, era necessário o armazenamento de grandes quantidades de bloqueadores neuromusculares. A maioria dos medicamentos desta classe utilizados no hospital precisavam ser armazenados entre 2 e 8°C. Entretanto, a farmácia dispunha de apenas uma geladeira. Neste caso, a estratégia utilizada foi a estocagem em geladeira daqueles que não possuem estabilidade nenhuma em temperatura ambiente, como é o caso do atracúrio¹¹, e fora da geladeira daqueles que o fabricante indica alguma estabilidade em temperatura ambiente, pelo tempo recomendado, como é o caso do rocurônio¹²⁻¹⁴.

Distribuição

A distribuição é definida como o suprimento dos itens às unidades, no tempo, quantidade e qualidade adequados. Deve ser rápida, segura, gerenciada por sistemas de informação e com transporte adequado⁹.

Como citado anteriormente, de forma global, o Almoxarifado e CAF eram responsáveis pelo abastecimento do hospital, que realizava requisições semanais. Localmente, a Farmácia Central distribuía às unidades de internação todos os itens requeridos, com o auxílio de cotas diárias de materiais e, no caso dos medicamentos, das prescrições, item discutido no tópico acerca da dispensação, prescrição e uso dos medicamentos.

Devido à elevada ocupação do hospital em diversos momentos durante a pandemia da COVID-19 e insuficiência de recursos humanos, foi utilizada a estratégia de ordenação dos materiais em *kits* pré-definidos, para garantir que a distribuição pudesse ser realizada de forma rápida e efetiva. Estes *kits* ficavam montados e eram prontamente entregues aos setores de internação, conforme a demanda e de forma verbal. Foram criados *kits* de admissão, intubação, drenagem torácica, acesso venoso central, pressão arterial média, sondagem vesical de demora, traqueostomia, sondagem nasoenteral, broncoscopia, hemodiálise e punção hemodiálise. Cada um era sinalizado com uma cor - semelhante a que a equipe de enfermagem utilizava no painel de bordo do setor - e possuía um número de identificação, através do qual o estoque era ajustado posteriormente à dispensação. No período de junho de 2020 a maio de 2021 foram montados e dispensados pela farmácia 4.303 *kits*.

Dispensação, prescrição e uso dos medicamentos

A dispensação de medicamentos ocorreu de acordo com a prescrição médica de forma mista (individualizada e coletiva) e por turnos, utilizando um sistema de leitura de código de barras. O sistema de distribuição coletivo, onde os medicamentos são distribuídos em suas embalagens originais, foi utilizado apenas para medicamentos multidoses como xaropes e soluções orais com a finalidade de evitar desperdícios. O sistema de distribuição por dose individualizada foi utilizado para atendimento aos pacientes específicos de acordo com a prescrição médica. A prescrição de medicamentos era eletrônica e classificada em “agora” e “padrão”. A prescrição “agora” era utilizada para medicamentos de emergência que deveriam ser administrados em até 30 minutos após a prescrição, sendo autorizada somente a prescrição da 1ª dose. A prescrição padrão era a prescrição diária do medicamento e apresentava validade a partir do próximo horário padrão de administração, desde que se tivesse um período mínimo de 2 horas entre a prescrição e o horário padrão, até as 19h59min do dia seguinte ou pela substituição de outra prescrição. As prescrições médicas diárias deveriam ser realizadas até as 14h00min, para possibilitar a análise farmacêutica da prescrição e posteriormente a dispensação dos itens prescritos.

A análise farmacêutica da prescrição médica tinha como objetivo ser uma atividade de dupla checagem, com finalidade de prevenção, identificação e resolução de Problemas Relacionados a Medicamentos (PRMs), melhorando assim a qualidade dos processos de prescrição e preparo dos medicamentos. Além disso, o farmacêutico era responsável pelo aprazamento dos medicamentos de acordo com horários padronizados.

No período de junho de 2020 a setembro de 2021 foram analisadas 149.428 prescrições médicas. Entre as 07h00min e as 23h00min as prescrições eram analisadas previamente à separação e dispensação dos materiais e medicamentos. As prescrições realizadas após as 23h00min durante a semana e após as 19h00min horas no final de semana eram analisadas de forma retrógrada, ou seja: a dispensação dos materiais e medicamentos prescritos não estava atrelada a liberação da prescrição pelo farmacêutico.

Os critérios avaliados pelo farmacêutico durante a análise da prescrição médica foram: dose, de acordo com o peso ou superfície corpórea, função renal e função hepática; intervalo de administração; via de administração; apresentação e/ou forma farmacêutica, adequação com a padronização do hospital e de acordo com as características do paciente (paciente com sonda ou dificuldade de deglutição); medicamento inapropriado, sem indicação para a condição clínica do paciente, duplicidade terapêutica, paciente alérgico ao medicamento, medicamento contraindicado; necessidade de medicamento adicional, condição clínica não tratada, continuação de tratamento, medicamento preventivo ou profilático, medicamentos de uso contínuo; alternativa terapêutica mais adequada, medicamento mais seguro, mais efetivo ou custo efetivo; interações medicamentosas e diluição e incompatibilidade físico-químicas, volume de diluente utilizado, incompatibilidade entre os medicamentos e medicamento diluente.

Nas 149.428 prescrições médicas liberadas foram detectados 4928 PRMs, que resultaram em 6327 intervenções, pois para cada PRM detectado era sugerido uma adequação ou ajuste. Os PRMs/intervenções encontradas representaram 4% da totalidade das prescrições. Os PRMs mais registrados durante o período de junho de 2020 a setembro de 2021 foram os relacionados à: dose (63%) e falta de medicamento

no hospital (14%). Os números de PRMs detectados de junho de 2020 a setembro de 2021 podem ser observados na tabela 2.

Tabela 2. Número de PRMs detectados nas prescrições médicas de junho de 2020 a setembro de 2021

PRM	Quantidade	%
Dose	2972	60,3
Falta de medicamento (Farmácia)	814	16,5
Inconsistência na prescrição	493	10
Outros	234	4,7
Intervalo de administração	145	2,9
Diluição	124	2,5
Medicamento inapropriado	42	0,9
Falta de prescrição	33	0,7
Via de administração	23	0,5
Apresentação / forma farmacêutica	19	0,4
Alternativa terapêutica mais adequada	13	0,3
Incompatibilidade físico-química	8	0,2
Necessidade de medicamento adicional	4	0,1
Interações medicamentosas	4	0,1
Total de PRMs	4928	100

Fonte: Elaborado pelos autores (2020)

O registro do PRM e intervenção eram realizados na prescrição do paciente no sistema eletrônico, que automaticamente encaminhava uma comunicação interna para o médico prescritor informando a inconsistência encontrada. Nos casos em que havia dúvida por parte do farmacêutico, gravidade do PRM, ou necessidade de agilidade na adequação da prescrição, ocorria também o contato telefônico com o médico. Os PRMs e suas intervenções relacionadas podem ser observados no quadro 1.

Quadro 1. PRMs e intervenções farmacêuticas relacionadas

PRM	Intervenção farmacêutica
Dose	Individualizar / corrigir posologia
Falta de medicamento (Farmácia)	Substituir por medicamento mais seguro, disponível, efetivo ou custo efetivo
Inconsistência na prescrição	Corrigir inconsistência na prescrição
Outros	Prover informações / educação aos profissionais da saúde
Intervalo de administração	Individualizar / corrigir posologia
Diluição	Corrigir preparo ou administração pela enfermagem
Medicamento inapropriado	Suspender medicamento
Falta de prescrição	Iniciar medicamento
Via de administração	Substituir por medicamento mais seguro, disponível, efetivo ou custo efetivo
Apresentação/forma farmacêutica	Substituir por medicamento mais seguro, disponível, efetivo ou custo efetivo
Alternativa terapêutica mais adequada	Substituir por medicamento mais seguro, disponível, efetivo ou custo efetivo
Incompatibilidade físico-química	Corrigir preparo ou administração pela enfermagem
Necessidade de medicamento adicional	Iniciar medicamento
Interações medicamentosas	Substituir por medicamento mais seguro, disponível, efetivo ou custo efetivo

Fonte: Elaborado pelos autores (2020)

O medicamento com maior número de PRMs registrados e consequentes intervenções farmacêuticas foi o broncodilatador salbutamol (1801 intervenções). Em geral, a intervenção era relacionada à dose: em vez de constar na prescrição o número de nebulizações por tomada do medicamento era prescrita apenas a dose total do frasco. Depois do salbutamol, o maior número de intervenções farmacêuticas foi registrado para os antimicrobianos meropenem (500 intervenções) e vancomicina (444 intervenções) e relacionava-se a necessidade de ajuste renal da dose para

pacientes nefropatas. Em seguida, foram registradas 308 intervenções para a enoxaparina, relativas à necessidade de substituição pelo medicamento heparina. O quinto medicamento com maior número de intervenções registradas foi a bromoprida (219 intervenções), devido à necessidade de substituição pelo medicamento padrão na instituição. Os medicamentos com maiores registros de intervenções farmacêuticas podem ser observados na tabela 3.

Tabela 3. Quantidade de intervenções farmacêuticas por medicamento e principal intervenção registrada

Medicamento	Intervenções	Principal intervenção farmacêutica
Salbutamol	1546	Individualizar / corrigir posologia
Vancomicina	290	Individualizar / corrigir posologia
Meropenem	247	Individualizar / corrigir posologia
Bromoprida	219	Substituir por medicamento mais seguro,
Ceftriaxona	182	Individualizar / corrigir posologia
Enoxaparina	175	Substituir por medicamento mais seguro,
Piperacilina +	130	Individualizar / corrigir posologia
Colistimetato	127	Individualizar / corrigir posologia
Bicarbonato	104	Prover informação / educação aos
Omeprazol	104	Substituir por apresentação / forma
Midazolam	103	Substituir por apresentação / forma
Rocurônio	101	Substituir por medicamento mais seguro,
Dexametasona	88	Individualizar / corrigir posologia
Norepinefrina	85	Substituir por medicamento mais seguro,
Terbutalina	83	Substituir por medicamento mais seguro,
Outros	1344	Não se aplica

Fonte: Elaborado pelos autores (2020)

Vale ressaltar que, além da detecção do PRM e registro da inconsistência, os farmacêuticos também procuravam corrigir os problemas que fossem possíveis no âmbito da sua atuação. Quando observado um medicamento duplicado na prescrição, por exemplo, além da suspensão pelo prescritor, o farmacêutico retirava a dose duplicada que já estivesse separada e pronta para ser entregue, evitando a administração errônea pela enfermagem ou a necessidade de devolução.

As intervenções farmacêuticas registradas no sistema de gestão hospitalar foram classificadas em: aceitas, não aceitas com justificativa, não aceitas sem justificativa e não aceitas devido à alta ou óbito. Para classificação da aceitabilidade, verificou-se a correção ou não do PRM no prazo de 48 horas após o registro da intervenção. Das 6327 intervenções farmacêuticas registradas no total, 55% (3504 intervenções) foram aceitas, 9% (582 intervenções) não foram aceitas com justificativa (alta, óbito ou outro) e 36% não foram aceitas sem justificativa (2241 intervenções).

A literatura aponta que 30% dos agravos que ocorrem durante a hospitalização dos pacientes estão relacionados a erros de medicação^{15,16}, e a presença do profissional farmacêutico é essencial para a redução dos PRMs¹⁷. No hospital, a análise da prescrição foi uma atividade plenamente desenvolvida pelos farmacêuticos clínicos, apesar dos desafios relacionados ao volume de trabalho e superlotação do serviço de saúde. O grande número de intervenções realizadas e a taxa de aceitabilidade demonstram a importância desta etapa da Assistência Farmacêutica, em especial em um período crítico como o da pandemia, onde é provável que os erros de medicação por desatenção, exaustão dos profissionais e ocupação dos hospitais seja largamente superior à de períodos normais.

CONCLUSÃO

No hospital em questão, diversas estratégias foram utilizadas pela Assistência Farmacêutica para contornar as adversidades encontradas na pandemia, como: revisão constante do estoque, monitoramento dos itens em falta, medidas de controle para diminuição de consumo de itens, protocolos de substituição, mudanças nos protocolos de uso dos medicamentos, criação de cotas de materiais por unidade de internação, estocagem em geladeira apenas dos itens essenciais por limitação de espaço (seguindo literatura sobre estabilidade), dispensação de *kits* pré-definidos de intubação, admissão e procedimentos e análise minuciosa das prescrições, para prevenir erros de medicação por exaustão dos profissionais de saúde. A presença do farmacêutico clínico na equipe multidisciplinar foi essencial para que estas atividades pudessem ser desenvolvidas.

A descrição dos desafios enfrentados neste cenário pandêmico no âmbito da farmácia hospitalar e dos procedimentos utilizados para contorná-los pode ser útil a outros profissionais da área que venham a defrontar-se com um cenário

epidemiológico semelhante, sendo que o acesso aos materiais médico-hospitalares e medicamentos adequados possibilitado pela Assistência Farmacêutica é imprescindível no tratamento da doença.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. A year without precedent: WHO's COVID-19 response [Internet]. 2020 [citado 15 de setembro de 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/spotlight/a-year-without-precedent-who-s-covid-19-response>
2. Organização Mundial da Saúde. Coronavirus disease (COVID-19) [Internet]. 2021 [citado 15 de setembro de 2021]. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1
3. Organização Mundial da Saúde. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard [Internet]. 2021 [citado 15 de setembro de 2021]. Disponível em: <https://covid19.who.int/>
4. Hua X, Gu M, Zeng F, Hu H, Zhou T, Zhang Y, et al. Pharmacy administration and pharmaceutical care practice in a module hospital during the COVID-19 epidemic. *J Am Pharm Assoc* (2003). 2020;60(3):431-438.e1. Disponível em: [https://www.japha.org/article/S1544-3191\(20\)30153-9/fulltext](https://www.japha.org/article/S1544-3191(20)30153-9/fulltext)
5. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução N° 338, de 06 de maio de 2004 [Internet]. Brasília; 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html
6. Sami SA, Marma KKS, Chakraborty A, Singha T, Rakib A, Uddin MG, et al. A comprehensive review on global contributions and recognition of pharmacy professionals amidst COVID-19 pandemic: moving from present to future. *Futur J Pharm Sci* [Internet]. dezembro de 2021 [citado 23 de setembro de 2021];7(1). Disponível em: <https://pmc/articles/PMC8195448/>
7. Mallhi TH, Liaqat A, Abid A, Khan YH, Alotaibi NH, Alzarea AI, et al. Multilevel Engagements of Pharmacists During the COVID-19 Pandemic: The Way Forward. Vol. 8, *Frontiers in Public Health*. Frontiers; 2020. p. 726. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7753011/>
8. Parreiras Martins MA, Fonseca de Medeiros A, Dias Carneiro de Almeida C, Moreira Reis AM. Preparedness of pharmacists to respond to the emergency of the COVID-19 pandemic in Brazil: a comprehensive overview. *Drugs Ther Perspect* [Internet]. 2020;36(10):455–62. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40267-020-00761-7>
9. Brasil. Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização. Ministério da Saúde. 2006. 100 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_15.pdf
10. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Resolução RDC n° 483, de 19 de Março de 2021. Requisitos para a importação de dispositivos médicos novos e medicamentos identificados como prioritários para uso em serviços de saúde, em

- virtude da emergência de saúde pública internacional relacionada ao SARS-CoV-2. Diário Oficial da União 19 mar 2021;Seção 1. Disponível em: http://antigo.anvisa.gov.br/documents/10181/6245812/RDC_483_2021_.pdf/b56d6659-d848-4904-a601-301179ed63f0
11. Tracur (besilato de atracúrio). [Bula]. São Paulo: Cristália Prod. Quím. Farm. Ltda. Disponível em: https://www.cristalia.com.br/arquivos_medicamentos/175/Bula_Tracur_sol.inj.10mg.mL_PS.pdf
 12. Rocuron (brometo de rocurônio). [Bula]. São Paulo: Cristália Prod. Quím. Farm. Ltda. Disponível em: https://www.cristalia.com.br/arquivos_medicamentos/152/Rocuron_BulaPaciente.pdf
 13. Brometo de Rocurônio. [Bula]. São Paulo: Fresenius Kabi. Disponível em: https://www.fresenius-kabi.com/br/documents/Rotulagem_Brometo_Rocuronio.pdf
 14. Brometo de Rocurônio. [Bula]. Índia: Mylan. 2021. Disponível em: https://www.viatris.com.br/-/media/project/common/viatriscombr/pdf/leaflets_legacy_myl_brazil/brometo_de_rocuronio_bula_paciente.pdf
 15. Miasso AI, Grou CR, Cassiani SHB, Silva AEBC, Fakh FT. Erros de medicação: tipos, fatores causais e providências tomadas em quatro hospitais brasileiros. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2006;40(4):524–32. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/reeusp/a/D8nKpL3rZYrB4KhpPnmL78L/abstract/?lang=pt>
 16. Pote S, Tiwari P, D’Cruz S. Medication prescribing errors in a public teaching hospital in India: A prospective study. Pharm Pract (Granada) [Internet]. 2007;5(1):17–20. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25214913/>
 17. Silva AMS. Inpatient’s medical prescription errors. Einstein. 2009;7(3):290–4. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1357-Einstein%20v7n3p290-4.pdf>

RECEBIDO: 14/10/2022
ACEITO: 12/06/2023

Chamada Pública nº6

Chamada para submissão de manuscritos inéditos
para publicação no número temático

“Segurança do Paciente: desafios e conquistas”

A Escola de Saúde Pública do Paraná e a Revista de Saúde Pública do Paraná convida a comunidade científica para submeter manuscritos ao número temático: “Segurança do Paciente: desafios e conquistas”.

O número temático será em fluxo contínuo com **publicação no mês de setembro de 2023**, por ser o mês internacional de **Segurança do Paciente**.

Público-alvo: Profissionais da área da saúde e demais que trabalhem com a temática (ex: profissionais do direito médico, da ética e da gestão em saúde).

Temática: O número temático “Segurança do Paciente: desafios e conquistas” pretende oportunizar aos pesquisadores a divulgação do conhecimento que aborde a Segurança do Paciente nesses 10 (dez) anos de lançamento do Plano Nacional de Segurança do Paciente no Brasil, com foco nas produções oriundas do ensino, da assistência e da gestão tanto no ambiente hospitalar quanto na comunidade.

Categorias de artigos: Artigos originais, Artigos de revisão (sistemática ou integrativa) e Relatos de experiência.

Período de submissão: 18 de maio de 2023 a 30 de julho de 2023.

Plataforma para submissão: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/about/submissions>

Preparo dos artigos: Seguir rigorosamente as Diretrizes para Autores disponíveis em <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/about/submissions#fakediretriz>

Custos para o autor: não há custos para submissão. Após a aprovação do manuscrito para publicação, os autores deverão providenciar a revisão de texto em português do resumo em inglês.

*Informar na **Carta ao Editor** que o manuscrito se destina ao número temático sobre “Segurança do Paciente: desafios e conquistas”.

Divulgue! Participe!

Comissão Editorial