

RSPP

Revista de Saúde Pública do Paraná

VOLUME 6. Nº 3. SETEMBRO | 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 - Tatumã 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.3 (jul./set. 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 ELETRÔNICAS BRASILEIRAS

REDIB | Red Iberoamericana de Innovación y Conocimiento Científico

sumários.org
Sumários de Revistas Brasileiras

LivRe
Periódicos 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

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.3, setembro de 2023

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

1. Fabio André Miranda de Oliveira. <https://orcid.org/0000-0002-4290-7247>
2. Tânia Uchida. <https://orcid.org/0000-0001-8170-1092>
3. Adriana Luiz Sartoreto Mafra. <https://orcid.org/0000-0002-4325-2991>
4. Andressa Larissa Dias Müller Souza. <https://orcid.org/0000-0001-8582-5615>
5. Elenize Losso. <https://orcid.org/0000-0002-7643-4660>
6. Emanuel Marques da Silva. <https://orcid.org/0000-0001-5186-4640>
7. Emerson Carraro. <https://orcid.org/0000-0001-5420-2300>
8. Fábila Fernanda dos Passos da Rosa. <https://orcid.org/0000-0002-4171-9965>
9. Igor Massahiro de Souza Sugiura. <https://orcid.org/0000-0001-7160-319X>
10. Jackeline Lourenço Aristides. <https://orcid.org/0000-0003-2982-2705>
11. Jefferson Wildes da Silva Moura <https://orcid.org/0000-0002-7192-1099>
12. Lismeia Raimundo Soares. <https://orcid.org/0000-0003-2873-077X>
13. Lucas Lima Moraes. <https://orcid.org/0000-0003-1613-5068>
14. Marcieli Borba do Nascimento. <https://orcid.org/0000-0002-8087-0802>
15. Maria Fernanda Larcher de Almeida. <https://orcid.org/0000-0002-6075-6913>
16. Maria Fernanda Pereira Gomes. <https://orcid.org/0000-0003-0577-2264>
17. Renata Cordeiro Fernandes. <https://orcid.org/0000-0002-5278-616X>
18. Rosangela Zigiotti de Oliveira. <https://orcid.org/0000-0001-7789-1719>
19. Sara de Souza Silva. <http://orcid.org/0000-0001-8288-0635>
20. Willian Costa Ferreira. <https://orcid.org/0000-0001-6506-2331>
21. Wuelison Lelis Oliveira. <https://orcid.org/0000-0001-8596-4586>

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

A implementação do acolhimento em um serviço especializado de saúde e as contribuições do serviço social

The implementation of user embracement in a specialized health service and the contributions of social work

Taiara Paim de Almeida¹, Fernanda Fávero Alberti², Gabriela Dutra Cristiano³

1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5524-6663>. Assistente social. Especialista em Dermatologia Sanitária. Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

E-mail: paimtaiara90@gmail.com

2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4049-9902>. Farmacêutica. Mestra em Assistência Farmacêutica. Especialista em Dermatologia Sanitária. Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

E-mail: fernanda-albert@saude.rs.gov.br

3. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9636-8077>. Assistente social. Mestra em Serviço Social. Especialista em Saúde da Família e Comunidade. Doutoranda em Serviço Social. Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

E-mail: gabrieladutracristiano@gmail.com

RESUMO

Foi realizada uma análise dos desafios e potencialidades da prática do acolhimento em um serviço de saúde, elencando as contribuições do Serviço Social. Trata-se de um estudo de sistematização de experiências, de abordagem participativa. Os dados foram sistematizados de acordo com um diário de campo no período de março de 2020 a maio de 2021. Foram realizados 4 encontros e 15 reuniões com uma equipe multiprofissional de saúde composta por 10 participantes. Foram elaboradas nuvens de palavras para sintetizar o contexto das reuniões a partir de perguntas norteadoras. As implicações para a saúde coletiva emergem a partir das reflexões do processo de trabalho, ao passo em que foram observados desafios relacionados às dificuldades da equipe em identificar as atribuições do assistente social, ao

mesmo tempo em que fragmentam e individualizam o acolhimento. Também foi demonstrado que emergiram reflexões estratégicas e propositivas capazes de transformar o atendimento realizado.

DESCRITORES: Serviço Social. Acolhimento. Saúde. Pesquisa participante.

ABSTRACT

An analysis was conducted on the challenges and potentialities of the practice of user embracement in a healthcare service, highlighting the contributions of Social Work. This study involved the systematic compilation of experiences using a participatory approach. The data was organized based on a field diary covering the period from March 2020 to May 2021. Four meetings and 15 sessions were conducted with a multidisciplinary healthcare team consisting of 10 participants. Word clouds were generated to synthesize the context of the meetings using guiding questions. Implications for collective health emerge from reflections on the work process, whereby challenges were observed in the team's difficulties in identifying the responsibilities of the social worker, while simultaneously fragmenting and individualizing the user embracement process. Furthermore, it was demonstrated that strategic and proactive reflections emerged with the potential to transform the care provided.

DESCRIPTORS: Social Work. User embracement. Health. Participatory research method.



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 Lei Orgânica da Saúde (LOS) reafirma o conceito ampliado de saúde, considerando quando a completude das necessidades de bem-estar físico, mental e social são conjuntamente atingidos pela coletividade¹. No Brasil, podem-se destacar dois principais modelos de saúde que sempre estiveram em disputa, mesmo com a consolidação da saúde como um direito constitucional². O primeiro é um Modelo Privatista, sob a ótica da saúde como lucro, e o segundo é o Modelo Sanitário como um direito universal, sob responsabilidade estatal, tendo o setor privado apenas como complementar - modelo este vigente no Brasil através da regulamentação do SUS^{1,3}. Dessa forma, pode-se evidenciar que a saúde no Brasil é atravessada por diversas forças, contextos e fenômenos que lhe causam dificuldades quanto à implementação, gestão e financiamento das políticas de saúde, afetadas pelos representantes políticos e outras expressões dos interesses sociais que estão sempre em disputa³.

Dentre as inúmeras dificuldades em produzir saúde na sua integralidade, nas questões relacionadas ao financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e “desavanços” políticos, pode-se destacar a contrarreforma do Estado implementada através da emenda constitucional (EC) nº 95, que congela as despesas públicas por até 20 anos⁴. A emenda marca o fim do Estado garantidor de direitos, uma vez que a proposta impõe uma inversão de prioridades, impossibilitando o funcionamento dos serviços públicos e da rede de proteção social nos termos previstos na Constituição Federal de 1988^{5,6}. Além disso, a pandemia do novo coronavírus, declarada em março de 2020, também acentuou a crise econômica, social e de saúde já existente no Brasil. Foram necessárias medidas rigorosas para conter o aumento exponencial dos casos, como por exemplo, o isolamento social⁷.

O Brasil é um país periférico e dependente nos circuitos do capitalismo mundial, marcado por iniquidades sociais e de saúde, que concentra muitas favelas, casas superlotadas, sem condições de fazer o isolamento de seus(as) moradores(as), que sequer possuem recursos para sua proteção como água, sabão e o uso do álcool gel⁸. São pessoas com maior vulnerabilidade à contaminação do vírus e que ainda são desassistidas pelas políticas de saúde, sendo, portanto, um país de características periféricas que potencializam a velocidade e a disseminação do vírus⁹. Nesse sentido,

reafirmando que o adoecimento também é determinado por expressões da questão social, a manutenção dos serviços de saúde sob a ótica da integralidade do cuidado requer intervenções que abranjam a prática da humanização do cuidado, fortalecendo os serviços enquanto espaços de assistência integralizada³.

A Política Nacional de Humanização (PNH) surgiu como uma proposta de orientar e qualificar o SUS a partir das relações com usuários/as, gestores/as e trabalhadores/as, norteados pelos princípios da transversalidade, indissociabilidade entre atenção e gestão e protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos¹⁰. Dentre as estratégias elencadas pela PNH, o acolhimento é uma de suas diretrizes e tem como definição uma postura ética que implica na escuta do usuário e no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento. A diretriz do acolhimento tem destaque pelo papel importante de incluir práticas humanizadoras nos serviços de saúde, contrariando a lógica capitalista^{10,11}. Ao mesmo tempo, existem poucos estudos produzidos, principalmente no núcleo do Serviço Social, justificando a relevância do presente estudo.

No âmbito do acolhimento, a humanização do atendimento tem o intuito de valorizar e fortalecer os(as) trabalhadores(as), usuários e as políticas públicas, ou seja, é de cunho coletivo, sendo uma ferramenta capaz de possibilitar que o SUS efetive seus princípios constitucionais. O Serviço Social tem um papel primordial na efetivação desses princípios, indo ao encontro com o Projeto Ético-Político do profissional assistente social, que promove, na perspectiva do acolhimento, o acesso à direitos¹². Neste contexto, o presente estudo analisou os desafios e potencialidades da prática e implementação do acolhimento em um serviço de saúde de caráter ambulatorial e estadual, elencando também as contribuições do serviço social para o campo da saúde coletiva.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de sistematização de experiências, com abordagem participativa e análise de dados qualitativos. O estudo foi conduzido no período de março de 2020 a maio de 2021 em um serviço de saúde estadual, de complexidade secundária e caráter ambulatorial, localizado na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. O público-alvo foi a equipe multiprofissional composta por 10 profissionais de

diferentes núcleos (farmácia, enfermagem, psicologia, nutrição e serviço social), após obtenção do consentimento por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisadora possuía vínculo com a equipe devido a sua participação na Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), considerando que dado o contexto atípico decorrente da pandemia, a pesquisa foi restrita apenas aos profissionais, tutores e preceptores da RMS, não abrangendo outros trabalhadores(as) do serviço, a fim de cumprir os protocolos de segurança.

Optou-se pelo método de pesquisa participante como base para o desenvolvimento deste estudo. A pesquisa participante valoriza a perspectiva de que todos são detentores de saberes, reconhecendo que o envolvimento coletivo e os diversos saberes são fundamentais para a construção de soluções para os problemas que afetam a coletividade¹³. Além disso, utilizou-se o método dialético crítico e suas categorias marxianas como modelo teórico, considerando a realidade dinâmica a partir de sua historicidade, contradição e totalidade. Trata-se de uma análise que parte da realidade social para compreender as múltiplas determinações¹⁴. Assim, esta pesquisa também abordou os diversos elementos que afetam a prática profissional em decorrência da crise econômica, social, política e de saúde, agravada significativamente pela pandemia do novo coronavírus.

Os dados foram coletados por meio do diário de campo, construídos a partir das reuniões da equipe multiprofissional que ocorreram semanalmente e foram registradas pela pesquisadora, que é uma Assistente Social e ficou responsável por conduzir todas as atividades relacionadas à pesquisa. Para realizar tal sistematização, Holliday¹⁵ forneceu o aporte teórico, sendo que para o autor a sistematização consiste em:

(...) o mais característico e próprio da reflexão sistematizadora é que ela busca penetrar no interior da dinâmica das experiências. Algo assim como entranhar-se nesses processos sociais vivos e complexos, circulando entre seus elementos, percebendo a relação entre eles, percorrendo suas diferentes etapas, localizando suas contradições, tensões, marchas e contramarchas, chegando assim a entender estes processos a partir de sua própria lógica, extraindo ensinamentos que possam contribuir para o enriquecimento tanto da prática como da teoria (p. 24)¹⁵.

A sistematização de experiências foi ancorada nos cinco tempos propostos por Holliday¹⁵:

1) O ponto de partida: viver a experiência. Nesta etapa, foi o momento de se envolver ativamente e se imergir no contexto, interagindo com os elementos e atores envolvidos. Neste caso, foram as reuniões iniciais para sensibilização da equipe sobre a temática do acolhimento, que seria abordada nos próximos encontros e a construção das perguntas norteadoras dos encontros.

2) As perguntas iniciais: Nessa etapa, foram formuladas as perguntas que orientaram a reflexão e análise da experiência. Essas perguntas têm o propósito de explorar aspectos específicos da experiência, buscando compreender sua dinâmica, implicações e resultados.

3) Recuperação do processo vivido: Nesta etapa, ocorre a revisão e a recuperação do processo vivido, ou seja, foram coletadas informações, registros e dados relevantes sobre a experiência. Foi o momento de resgatar as informações e evidências relacionadas à experiência, considerando diferentes perspectivas das fontes de informação (atores envolvidos).

4) A reflexão de fundo “Porque é que aconteceu da forma que aconteceu?": Nessa etapa, realizou-se uma reflexão profunda sobre a experiência, buscando compreender as causas, motivações e influências que levaram aos resultados observados. É um espaço de análise crítica, questionamento e busca por respostas que ajudem a compreender o contexto e os fatores que influenciaram a experiência. Aqui podemos compreender como o momento de reflexão após os encontros das perguntas norteadoras.

5) Os pontos de chegada: Nessa etapa, foram identificados os pontos de chegada, ou seja, os resultados, conclusões e aprendizados obtidos a partir da sistematização da experiência. É o momento de extrair ensinamentos, lições e recomendações que possam contribuir para melhorar práticas, políticas ou intervenções futuras relacionadas ao tema da experiência. Nesse caso, gerou produtos a serem desenvolvidos dentro do serviço (projetos).

As questões centrais que estimularam o debate foram consideradas como ponto de partida, visto que elucidaram um diagnóstico situacional do serviço e foram elaboradas pela assistente social considerando os objetivos da sistematização, sendo elas: 1 - O que é entendido por acolhimento em saúde?; 2 - Como é o acolhimento

neste serviço de saúde?; 3 - Dos locais deste serviço de saúde em que se sente acolhido, que palavra descreveria este sentimento de acolhimento?; 4 - Dos locais deste serviço em que não se sente acolhido, por que não se sente acolhido?; e 5 - Que sugestões conseguiriam ser definidas em uma palavra como benéficas para a implementação da prática do acolhimento neste serviço? As perguntas iniciais basearam-se nos objetivos propostos por esse debate, que foi a discussão coletiva dos desafios e potencialidades do acolhimento, com vistas a qualificar o atendimento da população em consonância com a PNH. As fontes de informação utilizadas foram os servidores estatutários e residentes do serviço de saúde, a partir das respostas das perguntas do ponto de partida.

Os debates ocorreram em quatro encontros e 15 reuniões de equipe realizadas com todos os participantes da equipe multiprofissional e com duração média de uma hora cada atividade. Os resultados abordaram as percepções da pesquisadora e os saberes produzidos pelo grupo, todos descritos no diário de campo. Tendo em vista ser um grupo pequeno de participantes, para evitar o risco de exposição e de quebra do anonimato, a pesquisa não apresentou nomes e manterá em sigilo qualquer fala individual ou de núcleo que possa comprometer ou trazer algum dano aos membros que participaram da pesquisa. Após as discussões, foram elaborados projetos como produtos para promover o acolhimento dentro do serviço de saúde, sendo esses os resultados alcançados. Os projetos foram desenvolvidos em conjunto com a equipe multiprofissional e aplicados em cada setor do serviço.

A metodologia utilizada para a análise dos dados teve início com a construção de uma nuvem de palavras, definidas a partir dos encontros de acolhimento realizados em reunião da equipe multiprofissional. Para criar a nuvem de palavras, foi utilizada como ferramenta o site Word Clouds (<https://wordclouds.com>), observando que as palavras em destaque (maiores) nas respectivas nuvens referem-se a citações repetidas pelos membros do grupo. Além disso, foi solicitado aos membros que justificassem o motivo das palavras terem sido citadas, e esses fragmentos de contexto foram anotados no diário de campo.

Ao considerar a pesquisa participante e a sistematização das experiências, os dados foram ponderados na perspectiva de cruzar as informações coletadas em três momentos do diário de campo da assistente social, buscando aprofundar e dar sentido a essas informações a partir dos elementos teóricos e práticos^{13,15}. São esses os três

momentos:

- 1) Nuvem de palavras construída pela equipe multiprofissional;
- 2) Percepções e apontamentos sobre as potencialidades e fragilidades do acolhimento do serviço de saúde em questão, construídas pela equipe multiprofissional;
- 3) Percepções, reflexões e interpretações da pesquisadora acerca do tema do acolhimento.

A pesquisa foi realizada seguindo os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que define as diretrizes e normas regulamentadoras para a pesquisa envolvendo seres humanos¹⁷. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul com o CAAE nº 45994821.8.0000.5312 e Parecer nº 4.908.041.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 10 pessoas pertencentes à equipe multiprofissional de saúde da instituição a qual a pesquisa foi executada. Não houve nenhuma desistência de participação durante todo o período da pesquisa. Os núcleos profissionais participantes foram: enfermagem (n=03), farmácia (n=01), psicologia (n=02), serviço social (n=02) e nutrição (n=02).

Nuvem de palavras construída pela equipe multiprofissional

O ponto de partida buscou compreender a configuração do acolhimento na unidade de saúde em questão, identificando quais eram os locais e os motivos pelos quais os membros da equipe se sentiam ou não acolhidos nos diversos espaços de trabalho, além das potencialidades e fragilidades identificadas (Quadro 1).

Quadro 1. Ponto de partida - Resultados da nuvem de palavras referentes às questões elencadas nos debates realizados

<p>1 - O que você entende por acolhimento em saúde?</p>
 <p>Centralidade no usuário Integralidade Empatia Historicização Respeito Sensibilidade Escuta</p>
<p>2 - Como é o acolhimento neste serviço de saúde?</p>
 <p>Heterogêneo Defasado Insensível Fragilizado Apático Fraco Obstáculo Fragmentado Ineficaz Ignorado</p>
<p>3 - Dos locais desse serviço de saúde em que você se sente acolhido, que palavra descreveria esse sentimento de acolhimento?</p>
 <p>Comunicação Protegida Parceria Inseririda Conforto Respeito Pertencimento Confiança</p>
<p>4 - Dos locais desse serviço em que você não se sente acolhido, por que você não se sente acolhido?</p>
 <p>Disfuncional Individualismo Grito Desorganizado Fragmentação Hierarquização Desumanizada Constrangimento Hostilidade Invisível Ambivalência</p>

5 - Que sugestões você conseguiria definir em uma palavra como benéficas para a implementação da prática do acolhimento nesse serviço?

Desacreditada
Gestão
Educação permanente
Integralidade
Respeito
Oxigenação (Re)construir

Fonte: Dados da autora.

Percepções e apontamentos sobre as potencialidades e fragilidades do acolhimento do serviço de saúde em questão, construídas pela equipe multiprofissional

O grupo sintetizou que o acolhimento significava compreender as demandas e necessidades do usuário, buscando saná-las através de orientações construídas conjuntamente, reconhecendo que o acesso à saúde é um direito humano fundamental.

A equipe descreveu que o serviço apresentava dificuldades na organização dos fluxos de atendimento e falhas de comunicação que impactaram a organização das demandas do serviço, interferindo negativamente no acolhimento ao usuário. Pode-se destacar como falha na organização e planejamento dos serviços a falta de reuniões de equipe regulares naquela unidade de saúde, o que desencadeou as falhas de comunicação, a falta de reflexão e engajamento coletivos, prejudicando a qualidade do serviço e reforçando as relações hierarquizadas, incentivando a tomada de decisões parciais, verticais e imediatistas.

A equipe multiprofissional considerou que a maioria dos trabalhadores não obteve informações e orientações suficientes para refletir sobre as práticas de acolhimento, apontando a falta de planejamento estratégico para isso, justificando, assim, as fragilidades e divergências em relação à aplicabilidade do dispositivo no cotidiano daquele serviço de saúde. A falta de comunicação entre os setores resultou em desconhecimento sobre a realidade e sobre o acolhimento na instituição. Muitos dos trabalhadores demonstraram não saber o que é acolhimento e, conseqüentemente, não se sentiam envolvidos com essa problemática no referido serviço. A equipe elencou a desarticulação entre os setores como a grande

problemática do serviço, o que dificultou o processo de trabalho coletivo, observando-se ainda que muitos profissionais confundem triagem com acolhimento e recepcionar com ser acolhedor.

Percepções, reflexões e interpretações da pesquisadora acerca do tema do acolhimento

Pode-se inferir que as complexidades apresentadas demonstraram as fragilidades de se constituírem enquanto coletivo, sendo compreensível que o acolhimento ocorra na mesma lógica e dinâmica: fragmentado, individualizado e desorganizado. Dessa forma, o acolhimento constituiu-se conforme a idealização de cada setor ou cada indivíduo, não existindo um modelo institucional de acolhimento como premissa. De acordo com a análise abordada pela equipe, isso decorreu também pela falta de engajamento da gestão em colocar em prática e oportunizar espaços de reflexão que se atrelam à lógica do acolhimento, ou seja, é um elemento ignorado por muitos sujeitos desse serviço de saúde. Nesse contexto, observou-se então a limitação e fragmentação do serviço de saúde, que precisa construir um espaço mais resolutivo.

Ao elencar as principais fragilidades e potencialidades apresentadas pelo serviço em questão, fez-se necessário pensar em ações estratégicas que pudessem trazer benefícios ao serviço e, sequencialmente, aprimorar o acolhimento e o atendimento aos usuários. Dentre as sugestões do grupo para melhorar o acolhimento, as palavras mais citadas foram: "gestão", "educação permanente" e "integralidade". A equipe sintetizou que seria necessário integrar os setores dos serviços, os profissionais e a gestão para tornar o acolhimento uma diretriz de trabalho nessa instituição. Além disso, ressaltou a importância de reuniões de equipe regulares para abarcar as reflexões e desenvolver o trabalho em conjunto. E, para viabilizar tais mecanismos, compreende-se a real necessidade de desenvolver a educação permanente com o objetivo de qualificar e fortalecer os profissionais.

Com vistas nesses processos, foram realizados pequenos projetos e ações, organizados pela equipe multiprofissional, buscando atingir objetivos relacionados ao fomento do acolhimento no serviço de saúde, levando em consideração as fragilidades apontadas pela equipe de saúde representativa. Os projetos foram abordados no quadro abaixo:

Quadro 2. Ponto de chegada - Projetos e ações propostas e realizadas pela equipe multiprofissional

AÇÃO	OBJETIVOS	MÉTODO	RESULTADOS
SUS ¹ 30 Anos: Trabalhadores(as) da Saúde, Você Faz Parte Desta História	Acolher, fortalecer, integrar, conhecer e estabelecer um diálogo possibilitando incluir os trabalhadores(as), estimulando a reflexão sobre a importância do trabalho realizado em defesa do Sistema Único de Saúde.	Foram realizadas atividades de entrega de brindes aos trabalhadores do serviço, com tema alusivo aos 30 anos do SUS, com ênfase na importância destes para a construção dessa história, tendo em vista, também, o momento de diálogo com eles acerca de suas autopercepções sobre o tema	Esta atividade ampliou a discussão da importância dos trabalhadores da saúde para a valorização do SUS enquanto sistema universal, público e gratuito. Além disso, também estimulou a participação dos servidores para a construção de processos de trabalho, desencadeando a organização da reunião de equipe no referido serviço.
Gestão em Saúde: Competências do Cotidiano Institucional e Incentivo para a Participação dos Trabalhadores nos Processos de Gestão em Saúde	Acompanhar atividades de Gestão Participativa e Controle Social, propiciando espaços de debates que estimulem a participação social.	Foram realizadas ações de sensibilização dos trabalhadores(as) para incentivar a sua participação em reuniões de equipe, de forma contínua e permanente, possibilitando que tenham consciência da importância de uma gestão em saúde participativa e transparente. Foram realizadas ao total 06 reuniões de equipe que contaram, em média, com a participação de pelo menos 02 trabalhadores de cada setor. Salientando que anteriormente o serviço não realizava reuniões de equipe mensais com a participação de todos os setores. Também foram realizados 02 seminários de gestão em saúde.	As movimentações geradas através da participação dos trabalhadores e usuários na gestão em saúde foi fundamental para estabelecer o compartilhamento de demandas e necessidades que o serviço, os usuários e os trabalhadores vêm observando. Incluir os trabalhadores na gestão é fundamental para que eles, no dia a dia, reinventem seus processos de trabalho e sejam agentes ativos das mudanças no serviço de saúde. Incluir usuários e suas redes sociofamiliares nos processos de cuidado é um poderoso recurso para a ampliação da corresponsabilização no cuidado de si.
Oficinas Pedagógicas: Acolhimento em saúde.	Identificar as principais fragilidades encontradas para a garantia do Acolhimento. Identificar as principais potencialidades em relação ao Acolhimento.	As oficinas pedagógicas foram a estratégia metodológica, pois reúne características favoráveis à construção de novos conhecimentos, proporcionando horizontalidade, reflexão, descoberta, estímulo, criação e participação entre os envolvidos.	As oficinas resultaram em educação acerca do tema. Além disso, contribuiu para a sistematização dos dados relacionados nesta pesquisa, gerando conhecimento para toda a comunidade.

Fonte: Dados da autora.

¹ SUS: Sistema Único de Saúde.

Ficou evidenciado, através das reuniões de equipe, que os trabalhadores do serviço direcionaram os problemas do acolhimento para o serviço social, confundindo as atribuições desses profissionais. No início do estudo, foi observado que o tema trazia de forma individualizada falas de culpabilização, personificação e desconforto dos problemas referentes ao acolhimento entre os profissionais. Observou-se que a partir da construção de discussões sobre o tema pela assistente social que conduziu os debates, houve a superação da culpabilização, pois esses sujeitos conseguiram identificar as problemáticas enquanto responsabilidade coletiva, emergindo assim, as ações que visaram a transformação dessa realidade. Notou-se, principalmente, que a articulação entre a equipe multiprofissional ultrapassou as barreiras e atingiu demais setores do serviço de referência especializada, através da composição das reuniões de equipe.

A atuação em equipe também contribuiu para direcionar as competências de cunho coletivo, antes abordadas ou encaminhadas apenas para o setor do serviço social da unidade. Porém, notou-se que muitos dos trabalhadores(as) apresentaram dificuldades em identificar o que seriam as atribuições do serviço social, surgindo a necessidade de trabalhar e desenvolver tais questões nesse serviço. Entretanto, a partir do projeto “SUS 30 anos” e através da construção das reuniões de equipe, foi mais viável propor esclarecimentos e estabelecer melhores ações e relações que evidenciam também o trabalho do(a) assistente social.

Pode-se afirmar que as principais contribuições do serviço social nessa pesquisa foram articular e estimular a partir da pesquisa participante, a construção de uma educação coletiva e transversal, na perspectiva de criar resistências e resgatar os princípios da saúde. Neste momento histórico, de crise, pandemia e de grandes ameaças às políticas públicas, se fez ainda mais necessário criar movimentos e estimular debates que visem a mobilização da sociedade. Deste modo, observou-se através das ações apresentadas, as inúmeras estratégias coletivas que reforçaram e potencializaram a reestruturação e qualidade do acolhimento e dos serviços de saúde, assim como, a retomada da identidade dos trabalhadores(as), o trabalho coletivo e conseqüentemente, o fortalecimento e a defesa do SUS.

Além dos fatores que visam a mobilização, destacou-se como trabalho do assistente social, um profissional que se aproxima da realidade e da totalidade, realizando mediações, buscando compreender o movimento real. Com base nessas

informações, verificou-se a preocupação desses profissionais em se apropriar e se aproximar da realidade, partindo da particularidade do acolhimento no serviço de saúde, ampliando sua visão através da análise de conjuntura e da configuração da saúde pública no Brasil.

DISCUSSÃO

A PNH define que acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde¹⁰. Nesta perspectiva, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário(a) com sua rede socioafetiva^{10,11}. Ao olhar para o conceito de acolhimento, pode-se contrapor a compreensão do grupo quanto ao tema. As palavras mais citadas e que definiram o acolhimento foram: “empatia” e “respeito ao usuário”. No debate em grupo, observou-se que os argumentos sobre o que é acolhimento estavam centralizados no(a) usuário(a), na escuta qualificada, na sensibilidade e na empatia. A equipe multiprofissional produziu entendimentos e sínteses alinhadas com o que é preconizado na PNH, e para o grupo o acolhimento está fundamentado no preceito da integralidade do cuidado.

O acolhimento tem múltiplos conceitos, para além de apenas uma diretriz operacional do SUS, e é de responsabilidade de todos os(as) profissionais de saúde, pressupondo um conjunto de atividades como a escuta, a identificação e a resolutividade das demandas apresentadas, sendo, portanto, um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde¹¹. É importante ressaltar o papel da gestão no processo de implementação do acolhimento, que deve ser pautada em princípios democráticos e de interação com a equipe, visto que a mudança de processo de trabalho necessita de adesão dos trabalhadores à nova diretriz¹⁸.

Considerando a implementação da PNH, notou-se que o serviço de saúde em análise não apresentou um planejamento que estruture o acolhimento e que possa balizar as ações dos(as) trabalhadores(as). Conforme afirmado por Paim (2006), o conceito de planejamento é transversal à teoria, sendo comprometido com a ação. Ainda, para o autor, o planejamento consiste em pensar e analisar, antecipadamente,

a ação. A literatura aponta que o acolhimento tem potencial de redução da demanda reprimida, oferecendo maior acesso aos serviços e responsabilizando toda a equipe pelo cuidado e pela satisfação ao usuário^{19,20}, mas, para a sua efetividade é necessário planejamento e organização, com cautela para não ultrapassar os limites dos processos de trabalho individuais. Autores já destacaram que existe uma lógica de atribuição exclusiva do acolhimento a um grupo de recepção, o que sobrecarrega o processo de trabalho individual e conseqüentemente desencadeia baixa adesão dos demais profissionais da saúde a esta diretriz^{18,19}.

Este espaço também se configura como um lugar de hierarquia e de centralidade no atendimento médico na prestação da assistência, causando a invisibilidade de outras profissões, como apontado na análise grupal. A organização e decisões do serviço partiram em sua grande maioria de uma categoria profissional, sendo eles os horários e fluxos, por exemplo. Dessa forma, os demais profissionais e usuários(as) precisavam se adequar a esta organização. Muitos dos(as) trabalhadores(as) estavam atrelados pela lógica de atendimento do modelo biomédico, que se desenvolve buscando o entendimento de problemas de saúde objetivos, explicados por modelos biológicos, menosprezando a repercussão da subjetividade do(a) usuário(a) e suas demais queixas²¹.

Com isso, pode-se considerar que o modelo de atenção à saúde ainda reflete a centralidade na figura do médico, como profissional central na lógica vigente, na doença como foco das intervenções, ou seja, no modelo biomédico hegemônico²². Portanto, a lógica do modelo biomédico e a articulação com os interesses do capitalismo, determinam os grandes desafios a serem enfrentados para garantir a integralidade em saúde, sendo que esta integralidade depende de um trabalho interdisciplinar que considere os diversos contextos socioculturais dos que demandam cuidado e tenham em seu núcleo o trabalho vivo, ou seja, as relações e o vínculo entre profissionais e usuários/pacientes²².

Em uma revisão integrativa, destacou-se que o acolhimento, na prática, se restringe em ações pontuais de atendimentos e a ações de atendimento às urgências, resumido a uma mera triagem e descaracterizado de sua principal função: a humanização¹⁹. Estudo destaca que a partir da adoção da PNH, os profissionais se tornaram mais sensíveis às necessidades e à responsabilização com a saúde dos usuários¹⁸. Para tanto, além da importância de se fomentar a implantação do

acolhimento, percebe-se a necessidade de fomentar espaços de educação permanente com as equipes de saúde para alinhamento de conceitos sobre o acolhimento.

Os parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde apresentam que esses profissionais são chamados constantemente para viabilizar e esclarecer as diversas concepções de humanização, devido às características da profissão que visa à defesa dos direitos sociais²³. O desafio da humanização é a criação de uma nova cultura de atendimento, pautada na centralidade dos sujeitos na construção coletiva do SUS. E, por isso, o assistente social deve participar na elaboração de protocolos assistenciais e rotinas de trabalho, investindo na educação permanente das equipes, com vistas a repensar o modelo de atenção à saúde e avaliar, constantemente, as dificuldades que se apresentam no processo coletivo de trabalho em saúde, sendo de suma importância a participação dos(as) usuários(as) nesse processo²⁴.

O assistente social trabalha numa perspectiva que visa ir além da imediatividade expressada na demanda, além da aparência dos fatos, e que, portanto, visa o mediato (concreto), pois, ao ir além do imediato, é possível superar a invisibilidade dos processos sociais, a fragmentação e o pragmatismo do trabalho coletivo em saúde, tornando, assim, o trabalho mais integral^{25.26}.

Desta forma, as contribuições do serviço social romperam com o trabalho fragmentado, propondo processos coletivos, numa perspectiva de totalidade, incentivando as práticas e o trabalho interdisciplinar como uma alternativa para superar também a invisibilidade do trabalho do(a) próprio assistente social. Assim, demonstra-se a importância desse profissional que atua nas expressões da questão social, como agente formulador e proponente de estratégias para enfrentá-la. Tais mobilizações são necessárias, pois evidenciou-se por meio desta pesquisa, a importância dos espaços coletivos e da interdisciplinaridade, que resistem ao caos sistêmico que ignora as relações sociais tão importantes para a manutenção dos indivíduos. Isso exemplifica a capacidade e a importância do coletivo, visto que a realização dessa pesquisa só foi possível com a efetiva participação de diversos atores que compõem esse serviço de saúde.

Este estudo apresenta algumas limitações. O estudo foi conduzido em um único serviço de saúde estadual localizado na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Portanto, os resultados e conclusões obtidos podem não ser generalizáveis para

outros contextos ou serviços de saúde. A amostra foi restrita à equipe multiprofissional composta por 10 profissionais de diferentes núcleos, o que também limita a representatividade e a aplicabilidade dos resultados. Além disso, o estudo esteve sujeito a um viés de seleção, visto que a pesquisadora tinha vínculo com a equipe. Outros trabalhadores do serviço não foram incluídos, o que pode afetar a diversidade de perspectivas e limitar a compreensão abrangente do tema estudado. O estudo também envolveu um grupo pequeno de participantes, o que pode limitar a diversidade de opiniões e experiências representadas. Um número maior de participantes poderia fornecer uma visão mais abrangente e aprofundada sobre o tema do acolhimento no serviço de saúde. Por fim, embora a pesquisa participante e a sistematização de experiências sejam abordagens válidas, elas têm suas próprias limitações. A pesquisa participante pode ser suscetível a vieses, pois os participantes podem influenciar uns aos outros durante as discussões. Além disso, a coleta de dados por meio do diário de campo pode ser subjetiva e depender da interpretação individual do pesquisador.

CONCLUSÃO

O desenvolvimento do presente estudo, de forma inédita e inovadora, possibilitou a reflexão sobre os diversos aspectos que caracterizam o acolhimento em saúde, partindo da singularidade de um serviço de referência estadual do estado do Rio Grande do Sul. O acolhimento é tido como um pilar fundamental para a construção de um novo modelo de saúde, definido por critérios técnicos, éticos e humanos, no qual os profissionais devem ser resolutivos com as questões demandadas pelo território. Observou-se que as principais fragilidades constatadas foram as dificuldades da equipe em identificar as atribuições do assistente social, ao mesmo tempo em que fragmenta e individualiza o acolhimento no serviço de saúde. Além disso, a equipe apresentou dificuldades em relação à política de humanização e consequentemente sobre o acolhimento em saúde.

As contribuições do serviço social partiram do entendimento que o acolhimento era uma barreira de acesso, e, portanto, o papel da assistente social foi buscar estratégias para viabilizar direitos. Essa reflexão contribuiu de forma significativa para a qualificação da prática multiprofissional, desenvolvendo uma análise participativa

sobre o processo de trabalho através da construção de espaços de escuta e acolhimento aos trabalhadores, visando a sua valorização, viabilizando o seu pertencimento social e a tomada de consciência enquanto classe trabalhadora de um sistema público de saúde.

Contudo, as fragilidades apontadas pela pesquisa também direcionam as potencialidades do serviço de saúde em questão. Compreende-se que identificar as fragilidades pode significar otimizar os caminhos a serem percorridos para atingir as potencialidades. O estudo demonstrou que aprofundar-se no tema do acolhimento não evidenciou apenas os problemas no serviço de saúde, mas emergiu reflexões estratégicas e propositivas, capazes de transformar o atendimento mais humanizado e acolhedor.

A partir da análise das experiências e das reflexões realizadas pela equipe multiprofissional, foi possível identificar a importância do trabalho coletivo, da interdisciplinaridade e da superação do individualismo na construção de um acolhimento mais efetivo. O serviço social desempenhou um papel crucial ao romper com o trabalho fragmentado e propor processos coletivos, contribuindo para a visibilidade e reconhecimento da sua atuação na abordagem das expressões da questão social.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Lei 8.080 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1990.
2. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.
3. Fertoni HP, Pires DEP, Biff D. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, p. 1869-1878, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília: DF, 2016.
5. Brasil. Constituição Federal de 1988. Artigos 169 a 200. Brasília, DF: 1988.

6. Menezes APR, Moretti B, Reis AAC. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública–austeridade versus universalidade. *Saúde em Debate*, v. 43, p. 58-70, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S505>
7. Aquino E, Silveira IE, Pescarini JM. et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. suppl 1, p. 2423-2446, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10502020>
8. Fleury S. Menezes P. Pandemia nas favelas: entre carências e potências. *Saúde em Debate*, v. 44, p. 267-280, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E418>
9. Lole A, Stampa I, Gomes RLR. Para além da quarentena: reflexões sobre crise e pandemia. *Mórgula Editorial*, 2020.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cartilha: Política Nacional de Humanização. Brasília, DF: 2013.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 4 ed. 72p.
12. Brasil. Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. - 10ª. ed. rev. e atual. - [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, 2012.
13. Brandão CR, Streck DR. Pesquisa participante: o saber da partilha. Editora Ideia e Letra, 2006. p. 295-295.
14. Pimentel e Silva C. O método em Marx: a determinação ontológica da realidade social. *Serviço Social & Sociedade*, p. 34-51, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.164>
15. Holliday OJ. Para sistematizar experiências. Brasília: MMA, v. 2, p. 1-128, 2006.
16. World Clouds. Disponível em: <https://wordclouds.com>. Acesso em: 11 de novembro de 2021.
17. Brasil, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, v. 150, n. 112, p. 59-62, 2012.
18. Mitre SM, Andrade ELG, Cotta RMM. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, p. 2071-2085, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000800018>
19. Coutinho LRP, Barbieri NA, Santos MLM. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. *Saúde em debate*, v. 39, p. 514-524, 2015. DOI:

<https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002018>

20. Santana JC, Fortes NM, Andrade AV. et al. Acolhimento em um serviço da Atenção Básica à Saúde de Minas Gerais. Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro, São João del-Rei, v. 2, n. 2, p. 166-176, 2012. DOI: <https://doi.org/10.19175/recom.v0i0.199>
21. Barbosa MS, Ribeiro MMF. O método clínico centrado na pessoa na formação médica como ferramenta de promoção de saúde. Rev Med Minas Gerais, v. 26, n. Supl 8, p. S216-S222, 2016.
22. Ribeiro ACL, Ferla AA. Como médicos se tornaram deuses: reflexões acerca do poder médico na atualidade. Psicologia em revista. Belo Horizonte. Vol. 22, n. 2 (ago. 2016), p. 292-312, 2016. DOI: <https://doi.org/10.5752/P.1678-9523.2016V22N2P294>
23. Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). Parâmetros de atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Grupo de Trabalho “Serviço Social na Saúde”. Brasília, 2010. 82 p.
24. Fortuna SLA, Guedes OS. A produção do conhecimento e o projeto ético-político do Serviço Social. Revista Katálysis, v. 23, p. 34-42, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-02592020v23n1p25>
25. Fagundes AS, Wünsch DS. Processos de trabalho coletivo em saúde e o trabalho do/a assistente social: os fios (in) visíveis que materializam o conceito ampliado de saúde. Serviço Social e Saúde, v. 19, p. e020009-e020009, 2020. DOI: <https://doi.org/10.20396/sss.v19i0.8665367>
26. Chupel CP, Miotto RCT. Acolhimento e Serviço Social: contribuição para a discussão das ações profissionais no campo da saúde. Serviço Social e Saúde, v. 9, n. 2, p. 37-59, 2010. DOI: <https://doi.org/10.20396/sss.v9i2.8634882>

RECEBIDO: 10/11/2022
APROVADO: 17/08/2023

Perfil de morbidade e sobrevida em pessoas com acidente vascular encefálico no Paraná (2017-2021)

Morbidity and survival profile in people with stroke in Paraná (2017-2021)

Ana Beatriz Flores¹, Ana Carolina Aredes Goulart², Beatriz Boufleur Marcon³,
Guilherme Welter Wendt⁴, Lirane Elize Defante Ferreto⁵

1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0915-1441>. Acadêmica de medicina. Universidade Estadual do Oeste do Paraná, UNIOESTE, Francisco Beltrão, Paraná, Brasil.

E-mail: flores.anabeatriz22@gmail.com

2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9211-4579>. Acadêmica de medicina. Universidade Estadual do Oeste do Paraná, UNIOESTE, Francisco Beltrão, Paraná, Brasil.

E-mail: anacarolina.a.goulart@gmail.com

3. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9638-9297>. Acadêmica de medicina. Universidade Estadual do Oeste do Paraná, UNIOESTE, Francisco Beltrão, Paraná, Brasil.

E-mail: beatrizbmarcon@hotmail.com

4. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9014-6120>. Docente. Doutor. Universidade Estadual do Oeste do Paraná, UNIOESTE, Francisco Beltrão, Paraná, Brasil.

E-mail: guilherme.wendt@unioeste.br

5. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0757-3659>. Docente. Doutora. Universidade Estadual do Oeste do Paraná, UNIOESTE, Francisco Beltrão, Paraná, Brasil.

E-mail: lirane.ferreto@unioeste.br

RESUMO

O artigo apresenta dados da morbidade e sobrevida em pessoas com acidente vascular encefálico no Paraná, de 2017 a 2021, coletados por meio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. O estudo é observacional, retrospectivo e descritivo-quantitativo, e analisa o número de internações hospitalares, de óbitos e taxa de mortalidade, de acordo com variáveis faixa etária, sexo e etnia. Os resultados denotam queda do número

de internações e aumento do número de óbitos por acidente vascular encefálico no Paraná. Há maior prevalência e óbitos para idade avançada, sexo masculino e etnia branca. A taxa de mortalidade foi maior para idade acima de 80 anos, mulheres e etnias indígena e amarela. Isso pode ser explicado pela maior longevidade das mulheres, maior risco para doenças cerebrovasculares em idosos e grande diversidade étnica no Brasil. O perfil epidemiológico traçado possibilita organização de ações para a prevenção e promoção da saúde populacional.

DESCRITORES: Epidemiologia. Acidente Vascular Cerebral. Prevalência.

ABSTRACT

The article presents morbidity and survival data on people who have had a stroke in Paraná, between 2017 and 2021, obtained from the Brazilian Health System Department of Informatics. The study is observational, retrospective and descriptive-quantitative, and analyzes the number of hospital admissions, deaths and mortality rate, according to age, sex and ethnicity variables. The results denote a decrease in the number of hospital admissions and an increase in the number of deaths due to stroke in Paraná. Higher number of deaths and prevalence in older adults, males, and Caucasians. The mortality rate was higher for people over 80 years of age, women and indigenous and Asian ethnic groups. This can be explained by the greater longevity of women, higher risk for cerebrovascular diseases in older adults and great ethnic diversity in Brazil. The epidemiological profile traced allows elaborating actions for population health prevention and promotion.

DESCRIPTORS: Epidemiology. Stroke. Prevalence.



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 Acidente Vascular Encefálico (AVE), também conhecido pelo termo Acidente Vascular Cerebral (AVC), refere-se a uma condição cerebrovascular caracterizada por um déficit neurológico focal causado por um distúrbio circulatório no cérebro. O AVE pode ser classificado como isquêmico ou hemorrágico¹. O Acidente Vascular Cerebral isquêmico (AVCi) difere do Acidente Vascular Cerebral hemorrágico (AVCh) pelo mecanismo fisiopatológico subjacente, sendo uma obstrução na circulação arterial cerebral, no primeiro caso, e a ruptura de vasos sanguíneos e extravasamento de sangue, no segundo. O AVCi possui, ainda, duas subdivisões, de acordo com a natureza do objeto obstrutivo, podendo ser formado por um trombo (massa derivada da coagulação de elementos hematopoiéticos aderida ao endotélio do vaso) ou êmbolo (quando parte do trombo se desprende e transita pela corrente sanguínea)².

Existem fatores de risco evitáveis para a ocorrência do AVE, principalmente aqueles adquiridos ou agravados por maus hábitos de saúde, tais como tabagismo, sedentarismo, uso excessivo de álcool ou drogas, obesidade e alimentação rica em carboidratos e lipídios³. A causa evitável mais comum é a Hipertensão Arterial Sistêmica; contudo, outras condições de risco são identificadas em vítimas de AVE, como é o caso de portadores de diabetes *mellitus*, dislipidemia e fibrilação arterial⁴. Além disso, deve-se atentar para o fato que o uso de certos medicamentos e terapias que aumentam o risco de trombose são fatores de risco, como anticoncepcionais e outras terapias hormonais⁵.

Nota-se, dessa forma, que o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, circulatórias e hematológicas possui forte relação com a ocorrência do AVE⁶. É importante pontuar que existem causas genéticas que também aumentam as chances do indivíduo ser acometido por AVE, como o histórico familiar e a anemia falciforme, além de questões de idade, sexo e etnia. Assim, em relação à epidemiologia, observa-se uma maior incidência do AVE em pessoas do sexo masculino, idosos, pessoas de pele escura, pessoas com histórico familiar de AVE ou história pregressa de Ataque Isquêmico Transitório e baixo peso ao nascer⁷.

De acordo com as Diretrizes de Atenção da Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral do Ministério da Saúde, a reabilitação de um paciente após AVE deve ser realizada por uma equipe interdisciplinar, sendo essa responsável

por orientar e conscientizar a família da vítima, a fim de estreitar os vínculos com a equipe de saúde e, conseqüentemente, melhorar a adesão ao tratamento⁸. Nesses casos, o apoio emocional é fundamental para o sucesso do tratamento e da possível reintrodução desse indivíduo na sociedade; por isso, o fortalecimento dos laços familiares deve fazer parte do programa de reabilitação.

Além disso, medidas como a educação permanente dos recursos humanos dentro das Unidades Básicas de Saúde tornam-se importantes, a fim de identificar os fatores de risco e garantir a prevenção do AVE e de futuras internações pela doença⁹. Uma estratégia interessante do ponto de vista da saúde da família seria o incentivo à formação de programas de Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC), uma vez que a realidade de muitas famílias brasileiras, por motivos financeiros ou de baixa escolaridade, não permite que uma reabilitação adequada seja garantida para a pessoa com AVE¹⁰.

As sequelas do AVE podem comprometer uma vasta gama de funções cerebrais, desde a ocorrência de um déficit no sistema sensorio-motor (disfagia, paralisia facial, limitação de atividades motoras e funcionais) até a limitação de atividades de vida diária (alimentação, banho, higiene), comunicação (afasia, dispraxia oral, disartria), déficit cognitivo e distúrbios de humor¹¹. Estimam-se as capacidades do paciente pós-AVE através do modelo da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), uma ferramenta biopsicossocial, criada em 2001, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que avalia as funções fisiológicas, psicológicas e sociais dos indivíduos, sendo que os termos de funcionalidade e incapacidade norteiam essa classificação. Conceitos como participação, atividade, funções e estruturas corporais, condições de saúde e fatores ambientais e pessoais são avaliados para determinar as facilidades, dificuldades e demandas da pessoa com deficiência¹².

Segundo os últimos levantamentos dos cartórios de registro civil, o número de óbitos decorrentes de AVE no Brasil flutua em torno de 100 mil mortes por ano: é a segunda maior causa de morte no Brasil e no mundo, ficando atrás somente das Doenças Cardiovasculares Agudas¹³. Contudo, sendo o AVE a principal causa de incapacidade no Brasil, deve-se atentar para as inúmeras sequelas que afetam a pessoa pós-AVE¹⁴. A morbidade, dessa forma, apresenta-se como uma condição diferencial que deve ser considerada ao realizar um estudo epidemiológico sobre o AVE.

Os impactos sociais e psicológicos que envolvem as doenças encefálicas, tanto para as vítimas quanto para os seus próximos, familiares e amigos, são informações subjetivas de difícil coleta e interpretação. Apesar de medidas como uma alimentação equilibrada e a prática regular de exercícios físicos poderem reduzir as chances da ocorrência de AVE, esse geralmente ocorre de maneira súbita e causa um enorme impacto na rotina e no futuro desses indivíduos⁹. No caso de pessoas que residem em países em desenvolvimento, esse impacto psicossocial é ainda maior. As dificuldades financeiras, de acesso a recursos de saúde e a falta de conhecimento sobre autocuidado são questões enfrentadas por uma grande parte da população desses países.

É dever dos órgãos públicos a garantia de adequadas condições de saúde aos cidadãos portadores de doenças permanentes e às respectivas famílias. No caso do Brasil, o papel do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente na área da atenção primária, bem como na Estratégia Saúde da Família e comunidade, demonstra ser, assim, indispensável. Logo, o presente estudo buscou compreender o cenário dos casos de AVE no estado do Paraná (2017–2021), com o objetivo de identificar o perfil epidemiológico acerca da morbidade e sobrevida nas pessoas com AVE, analisando os dados em relação à faixa etária, ao sexo e à etnia.

Dessa forma, sendo este o primeiro estudo epidemiológico sobre a morbidade e a sobrevida do AVE no estado do Paraná, o presente artigo pode contribuir para o preenchimento de lacunas na ciência e na saúde sobre o AVE na população paranaense e, também, no Brasil. As contribuições com a divulgação de dados e estatísticas podem servir como ferramenta norteadora para ações nos três níveis de atenção à saúde no estado do Paraná, além de fazer parte de um possível panorama comparativo da incidência e da morbidade do AVE entre as unidades federativas brasileiras.

MÉTODO

Foi realizado um estudo observacional, retrospectivo e descritivo-quantitativo, a partir da coleta de dados no Departamento de Informática do SUS (DATASUS), os quais estão presentes no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Essas variáveis epidemiológicas estão disponibilizadas *online* por meio da plataforma

TABNET, do Ministério da Saúde, disponível no endereço eletrônico: <<https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>>.

Dados referentes à epidemiologia dos pacientes internados por AVE, segundo o CID G45, acidentes vasculares cerebrais isquêmicos transitórios e síndromes correlatas, CID I63, infarto cerebral, e CID I64, acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico, foram coletados no estado do Paraná. Com o objetivo de representar o quadro epidemiológico atual, o período analisado compreende janeiro de 2017 até dezembro de 2021.

As variáveis número de internações hospitalares, número de óbitos e taxa de mortalidade foram analisadas, as quais foram avaliadas de acordo com faixa etária, sexo e etnia, e organizadas segundo o ano de processamento, com o objetivo final de avaliar a morbidade e a sobrevida nos pacientes com AVE.

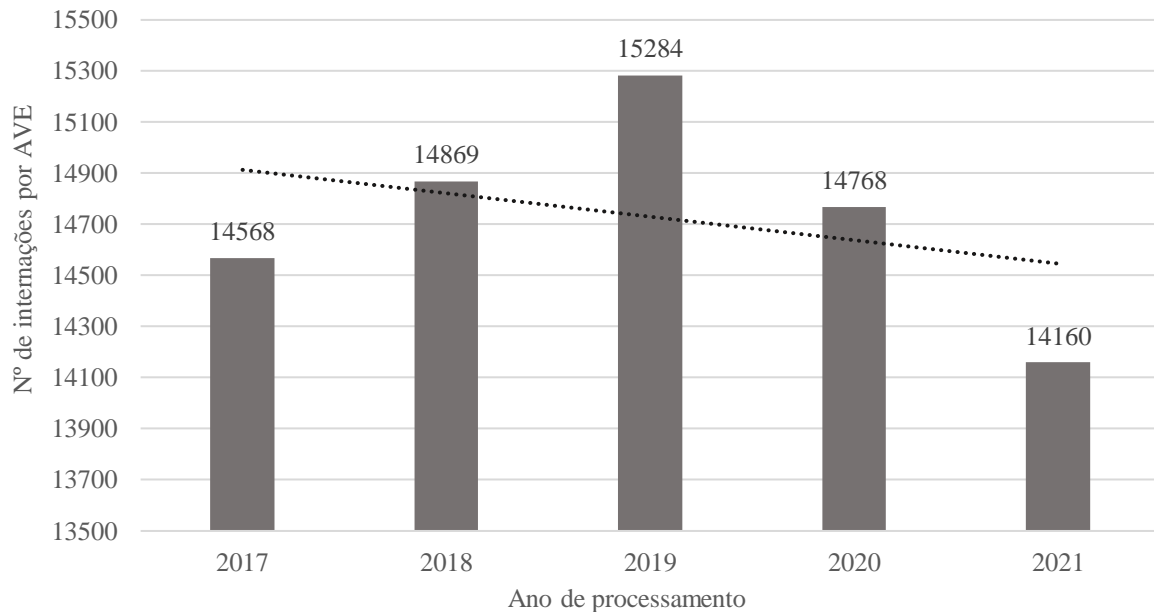
Os dados foram tabulados em planilha do *Microsoft Office Excel*, versão 16.0 (Office 2016), e análises descritivas foram conduzidas de modo a atingir os objetivos da investigação. Testes de normalidade (Shapiro-Wilk) indicaram que as variáveis não possuíam distribuição normal ($p < 0.05$). Logo, as variáveis dependentes (internações, óbitos e taxa de mortalidade) foram comparadas através do Teste de Kruskal-Wallis, conforme os respectivos anos (2017, 2018, 2019, 2020 e 2021). As associações entre variáveis dependentes e as variáveis independentes (faixa etária, sexo e etnia) foram comparadas por meio do Teste Qui-Quadrado. Todas as análises estatísticas foram feitas no programa JASP (v. 0.17.1). O estudo, por ter sido desenvolvido utilizando dados secundários e bases de coleta de domínio público, não necessitou da avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), estando de acordo com os preceitos éticos.

RESULTADOS

No período de janeiro de 2017 a dezembro de 2021, 73.649 pacientes foram internados por AVE no estado do Paraná. Desses, 14.568 foram internados em 2017, 14.869, em 2018, 15.284, em 2019, 14.768, em 2020, e 14.160, em 2021, revelando a aparente tendência de decaimento no número de internações por essa doença nos últimos anos (Figura 1). Ao contrário, é notada uma tendência de aumento no número de óbitos por AVE. Verifica-se, no mesmo período, um total de 8.122 óbitos por AVE no estado do Paraná (taxa de mortalidade de 11,03%), sendo que 1.596 ocorreram em 2017, 1.599, em 2018, 1.543, em 2019, 1.598, em 2020, e 1.786, em 2021 (Figura

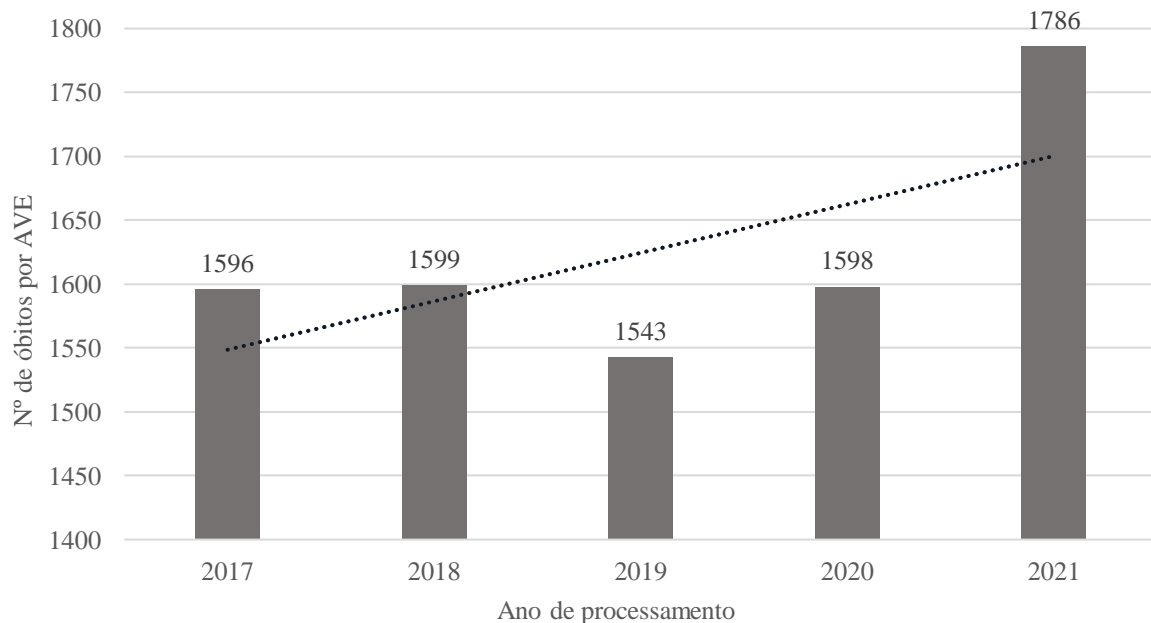
2). O Teste de Kruskal-Wallis revelou não haver diferenças significativas ($p > 0.05$) na comparação das internações, óbitos e taxa de mortalidade durante os anos de 2017, 2018, 2019, 2020 e 2021.

Figura 1. Distribuição dos casos de pacientes internados por Acidente Vascular Encefálico, ao longo do período de 2017 a 2021, no estado do Paraná



Fonte: elaborado pelos autores (2022).

Figura 2. Distribuição da quantidade de óbitos por Acidente Vascular Encefálico, ao longo do período de 2017 a 2021, no estado do Paraná



Fonte: elaborado pelos autores (2022).

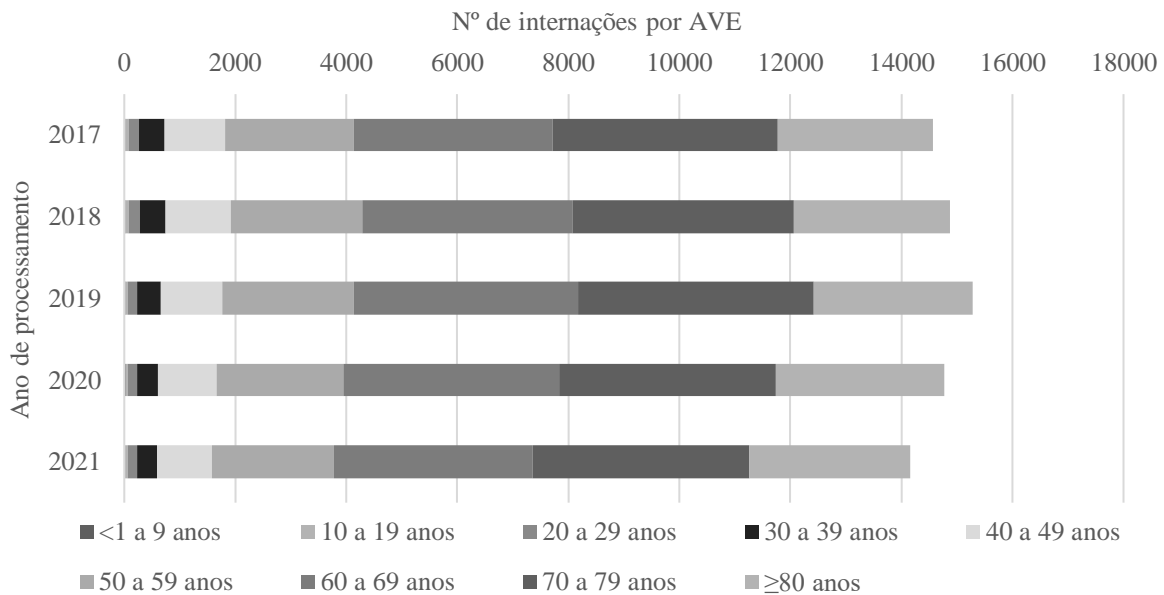
Quanto à faixa etária dos pacientes internados por AVE, foi verificada uma maior prevalência (27,29%) na faixa etária de 70 a 79 anos (20.102 internações), a qual foi seguida pelas faixas etárias de 60 a 69 anos, com 25,61% (18.860 internações), e de 80 anos ou mais, com 19,55% (14.399 internações), respectivamente (Tabela 1). Esse padrão sequencial de prevalências, observado ao longo desses 5 anos, também é verdadeiro para cada ano separadamente (Figura 3). Semelhantemente, notou-se que, no período em questão, essas três faixas etárias obtiveram as maiores taxas de mortalidade por AVE no Paraná: 80 anos ou mais, com 17,92%; 70 a 79 anos, com 11,78%; e de 60 a 69 anos, com 9,08% (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição das internações e dos óbitos por Acidente Vascular Encefálico, por faixa etária dos pacientes, ao longo do período de 2017 a 2021, no estado do Paraná

Faixa etária	Nº de internações	Prevalência (%)	Nº de óbitos	Taxa de mortalidade (%)
<1 a 9 anos	79	0,11	-	-
10 a 19 anos	267	0,36	11	4,12
20 a 29 anos	881	1,20	36	4,09
30 a 39 anos	2.080	2,82	127	6,11
40 a 49 anos	5.434	7,38	375	6,90
50 a 59 anos	11.547	15,68	910	7,88
60 a 69 anos	18.860	25,61	1.712	9,08
70 a 79 anos	20.102	27,29	2.369	11,78
≥80 anos	14.399	19,55	2.581	17,92
Total	73.649	100	8.122	11,03

Fonte: elaborado pelos autores (2022).

Figura 3. Faixa etária dos pacientes internados por Acidente Vascular Encefálico, ao longo do período de 2017 a 2021, no estado do Paraná



Fonte: elaborado pelos autores (2022).

O Teste Qui-Quadrado revelou diferenças estatisticamente significativas entre o número de internações, óbitos e taxa de mortalidade em relação à faixa etária dos indivíduos em todos os anos analisados, sendo maiores os indicadores naqueles com 50 anos ou mais (p 's < 0.05).

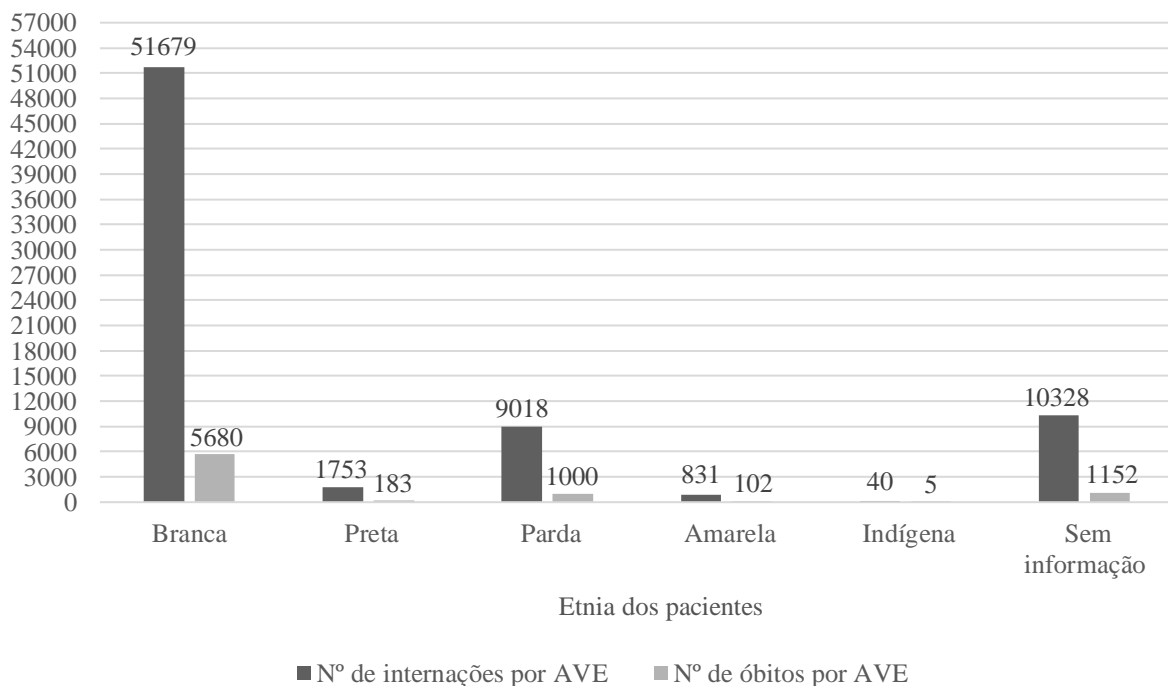
Quanto ao sexo dos pacientes internados por AVE no estado do Paraná, notou-se que, no período analisado, os pacientes do sexo masculino apresentaram uma maior prevalência (53%), em comparação aos pacientes do sexo feminino (47%), com 39.186 e 34.463 internações, respectivamente. Comparado ao feminino, o sexo masculino também apresenta maior prevalência de internações por AVE em cada ano isoladamente. De maneira semelhante, considerando-se o período de janeiro de 2017 a dezembro de 2021, o sexo masculino revelou um maior número de óbitos por AVE (4.172) em relação ao feminino (3.950), embora tenha sido observada uma tendência contrária na taxa de mortalidade por AVE, a qual foi maior para as mulheres (11,46%) e menor para os homens (10,65%).

Por fim, analisou-se a etnia dos pacientes internados por AVE. Foram observadas maiores prevalências em brancos, pardos e pretos, com 70% dos pacientes sendo de etnia branca (51.679 internações), 12%, de etnia parda (9.018 internações), e 3%, de etnia preta (1.753 internações). As etnias amarela

(descendentes de asiáticos) e indígena tiveram baixas prevalências, sendo que os amarelos apresentaram mais casos de pacientes internados por AVE do que os indígenas (831 e 40, respectivamente) (Figura 4). Tal padrão sequencial de prevalências, observado ao longo desses 5 anos, também é verdadeiro para cada ano em separado.

De modo parecido, o número de óbitos por AVE no Paraná, em todo esse período e em cada ano isoladamente, mostrou que brancos, pardos e pretos apresentam, nessa sequência e decrescentemente, os maiores valores (5.680, 1.000 e 183, respectivamente), seguidos pelos amarelos e pelos indígenas (Figura 4). Além disso, notou-se que essa mesma ordem não é válida para a taxa de mortalidade, visto que essa foi maior para as etnias indígena (12,50%) e amarela (12,27%), sendo seguida, de maneira decrescente, pelas etnias parda, branca e preta (11,09%, 10,99% e 10,44%, respectivamente). Também vale ressaltar que os casos sem informação da etnia do paciente, tanto no que se refere às internações e aos óbitos quanto à taxa de mortalidade (11,15%), apresentaram valores elevados no período estudado (Figura 4).

Figura 4. Distribuição das internações e dos óbitos por Acidente Vascular Encefálico por etnia dos pacientes, ao longo do período de 2017 a 2021, no estado do Paraná



Fonte: elaborado pelos autores (2022).

O Teste Qui-Quadrado não revelou diferenças estatisticamente significativas entre o número de internações, óbitos e taxa de mortalidade em relação ao sexo dos indivíduos em todos os anos analisados ($p > 0.05$). Ademais, quando comparadas as variáveis número de internações, óbitos e taxa de mortalidade em relação à etnia (branca/outras), não se encontraram diferenças estatisticamente significantes no tocante às internações conforme o teste X^2 ($p > 0.05$). Porém, houve diferença entre brancos e não brancos em relação à morbidade hospitalar e taxa de mortalidade ($p < 0.05$). Todavia, em relação aos dois últimos achados, cabe ponderar que uma quantia significativa de casos não continha a informação detalhada sobre etnia, sendo classificadas pelo Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) como “sem informação”. Logo, cautela é necessária na interpretação destes achados.

DISCUSSÃO

O objetivo do presente estudo foi de compreender o cenário dos casos de AVE no estado do Paraná (2017-2021), a fim de identificar o perfil epidemiológico acerca da morbidade e sobrevida nas pessoas com AVE, analisando os dados em relação à faixa etária, ao sexo e à etnia. Dessa forma, sendo este o primeiro estudo epidemiológico sobre a morbidade e a sobrevida do AVE no estado do Paraná, o presente artigo contribuiu para o preenchimento de lacunas na ciência e na saúde sobre o AVE na população paranaense e, também, no Brasil. As contribuições com a divulgação de dados e estatísticas podem servir como ferramenta norteadora para ações nos três níveis de atenção à saúde no estado do Paraná, além de fazer parte de um possível panorama comparativo da incidência e da morbidade do AVE entre as unidades federativas brasileiras.

Ao avaliar o número de internações por AVE referente à variável sexo, os resultados apontam para maior prevalência e número de óbitos do sexo masculino. Isso corrobora com dados de estudos epidemiológicos brasileiros recentes de Minas Gerais e do Piauí, os quais apontam a maioria masculina tanto para prevalência quanto para número de óbitos por AVE, quando comparado à população feminina^{15,16}.

Em contrapartida, outros estudos epidemiológicos, como um realizado na Paraíba¹⁷ e outro na Amazônia¹⁸, ambos publicados no ano de 2016, divergem dos resultados obtidos neste estudo, pois descrevem a maioria feminina na prevalência do AVE. Essas publicações fundamentam-se no fato de que as mulheres

proporcionalmente vivem por mais anos do que os homens, sendo, dessa maneira, expostas por um maior período a riscos para o desenvolvimento de hipertensão e outras doenças associadas, que ocorrem pela progressiva perda das capacidades fisiológicas e imunológicas que acompanham o avanço da idade, e geram, como consequência, maior probabilidade de desenvolver AVE^{17,18}.

Já em relação à faixa etária dos pacientes acometidos por AVE, o estudo mostrou uma maior prevalência, tanto no número de internações quanto no número de óbitos, a partir dos 60 anos de idade. Esses dados convergem com estudos epidemiológicos que relacionam a idade avançada ao desenvolvimento de doenças cerebrovasculares, ou seja, isso evidencia um importante fator de risco para AVE, além de piores prognósticos¹⁹⁻²¹.

Acerca da análise da epidemiologia étnica do AVE, percebe-se que os resultados deste estudo apontam brancos, pardos e pretos - nessa sequência e decrescentemente - com os maiores valores de prevalência e número de óbitos. Além disso, os cálculos expressam contrapontos, uma vez que a taxa de mortalidade se mostrou mais acentuada para as etnias amarela e indígena. Diante disso, é necessário ressaltar que se notam diversos obstáculos para uma obtenção de resultados com segurança conclusiva.

Tais obstáculos se devem à vasta pluralidade e heterogeneidade da população brasileira, bem como à diversidade de abrangência dos direitos sociais dentro dela. Assim, a variável “etnia” é de difícil interpretação, ao se considerar uma amostra grande como o estado do Paraná, em um país dotado de diversidade étnica, socioeconômica e cultural como o Brasil. Nesse sentido, outro estudo, realizado em Belém-Pará, no ano de 2021, também discute a questão da pluralidade étnica no Brasil e sua associação com os casos de AVE.

Além disso, observa-se que, no estado do Paraná, a partir do ano de 2020, as internações por AVE decaíram de forma significativa, enquanto que os óbitos aumentaram consideravelmente, principalmente no ano de 2021. Nesse período, ocorria a pandemia de COVID-19, fato que poderia justificar esses números discrepantes, como também sugere um estudo realizado pela OMS²².

Assim, é notória a falha dos órgãos públicos de saúde em alcançar a população com estratégias de prevenção e tratamento para doenças cardiovasculares, sobretudo durante o período de isolamento social. Isso se aliou à indisponibilidade de leitos de Unidade de Terapia Intensiva por alguns períodos, como também ao temor da

população em contrair o vírus em locais de alta circulação de pessoas, como hospitais e Unidades Básicas de Saúde. Tais fatores foram decisivos para que a procura por assistência médica decaísse, tendo por consequência o agravamento das condições de saúde dos pacientes com AVE, além dos pacientes que necessitam de acompanhamento médico contínuo, de uma forma geral²³.

CONCLUSÃO

A análise epidemiológica do AVE no estado do Paraná permite traçar seu perfil de apresentação na população, evidenciando contrapontos e possibilitando melhor direcionamento das estratégias de intervenções em saúde pública. As melhorias na saúde tornam-se viáveis, pois, ao compreender as estatísticas de números de internações, números de óbitos e taxa de mortalidade, bem como a sua distribuição de acordo com o sexo, faixa etária e etnia dentro do estado paranaense, é possível entender os aspectos da morbidade e da sobrevida dos pacientes com AVE.

Dessa forma, o entendimento do tema, somado aos dados da pesquisa, pode contribuir para uma atuação pensada e direcionada do SUS na atenção às pessoas que sofreram sequelas e incapacidades resultantes do acometimento por AVE, salientando-se a importância das autoridades governamentais com relação a essa doença tão frequente na sociedade. Assim, também é importante a análise da mortalidade, a fim de investigar possíveis fatores de risco envolvidos com as populações mais acometidas, tais como etnia indígena e amarela, mulheres e faixa etária compreendida a partir dos 80 anos ou mais.

Além disso, destaca-se que os dados de domínio público fornecidos pelo Ministério da Saúde são uma fonte segura e eficiente para a obtenção de informações acerca do quadro epidemiológico no Brasil, todavia sempre é válido ressaltar a possibilidade de subnotificações de dados nesses sistemas.

Por fim, sendo este o primeiro estudo epidemiológico sobre a morbidade e sobrevida do AVE no estado do Paraná, indica-se o desenvolvimento de estudos futuros mais aprofundados acerca do perfil epidemiológico e dos impactos físicos e psicológicos dos pacientes acometidos por AVE no estado do Paraná e no Brasil. Tem-se como objetivo corroborar com o presente estudo e apresentar dados que sirvam para fomentar ações cada vez mais direcionadas e bem-sucedidas na saúde

e na ciência do AVE, buscando o bem-estar da população paranaense e da população brasileira.

REFERÊNCIAS

1. Jauch EC, Saver JL, Adams HP Jr, Bruno A, Connors JJ, Demaerschalk BM, et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2013;44(3):870-947. doi: <https://doi.org/10.1161/str.0b013e318284056a>.
2. Kumar V; Abbas A; Fausto N. Robbins e Contran – Patologia – Bases Patológicas das Doenças 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
3. Machado, A. Neuroanatomia funcional. 2ª Ed. Atheneu, Rio de Janeiro, 2006.
4. Brust JCM. *Current diagnosis & treatment neurology*. New York: McGraw-Hill; 2007. p. 100-125. (Lange Current Series).
5. Lima ACS, Martins LCG, Lopes MVO, Araújo TL, Lima FET, Aquino PS, et al. Influence of hormonal contraceptives and the occurrence of stroke: integrative review. *Rev. Bras. enferm.* (online). 2017, v. 70, n. 3 [Acessado 12 janeiro 2022], pp. 647-655. ISSN 1984-0446. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0056>.
6. O'Donnell MJ, Xavier D, Liu L, et al. Risk factors for ischemic and intracerebral hemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study. *The Lancet*. 2010; 376(9735):112-23. doi: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(10\)60834-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(10)60834-3).
7. Almeida SRM. Análise epidemiológica do Acidente Vascular Cerebral no Brasil. *Rev. neurociênc.* (online), 2012 20(4), 481–482. doi: <https://doi.org/10.34024/rnc.2012.v20.8219>.
8. Brasil. Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral. Brasília, DF: Secretária de Atenção à Saúde; 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de rotinas para atenção ao AVC. Brasília, DF: MS, 2013b. Acesso em: 9 fev. 2022 Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_rotinas_para_atencao_avc.pdf.
10. Pontes-Neto OM, Silva GS, Feitosa MR, de Figueiredo NL, Fiorot JA, Rocha TN, et al. Stroke awareness in Brazil. *Stroke* 2008; 39: 292-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1161/STROKEAHA.107.493908>.

11. Scheper VP, Ketela M, Van DPI, Visser-Meily JM, Lindeman E. Comparing contents of functional outcome measures in stroke rehabilitation using the international classification of functioning, disability, and health. *Disabil Rehabil.* 2007; 29(3):221-30. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/09638280600756257>.
12. [WHO] World Health Organization. International Classification of functioning, disability, and health: ICF. World Health Organization; 2001. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42417/9241545445_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
13. Kim J, Thayabaranathan T, Donnan GA, Howard G, Howard VJ, Rothwell PM, et al. Global Stroke Statistics 2019. *International Journal of Stroke.* 2020; 15(8): 819-838. doi: <https://doi.org/10.1177/1747493020909545>.
14. Oliveira GMM, Brant LCC, Polanczyk CA, Malta DC, Biolo A, Nascimento BR, et al. Estatística Cardiovascular – Brasil 2021. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* [online]. 2022, v. 118, n. 1 [Acessado 17 março 2022], pp. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2022000100115
15. Almeida LG, Vianna JBM. Perfil epidemiológico dos pacientes internados por acidente vascular cerebral em um hospital de ensino. *Rev. Ciênc. Saúde.* 2018; 8(1): 12- 17. doi: <https://doi.org/10.34024/rnc.2014.v22.8077>.
16. Damata SRR, Formiga LMF, Araújo AKS, Oliveira EAR, Oliveira AKS, Formiga RCF. Perfil epidemiológico dos idosos acometidos por acidente vascular cerebral. *Revista Interdisciplinar.* 2016; 9(1): 107-117. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6771953.pdf>.
17. Azevedo, GVO, Araújo AHV, Souza TA. Aspectos epidemiológicos do acidente vascular encefálico na Paraíba em 2016. *Fisioterapia Brasil.* 2018; 19(5): 236-241. doi: <https://doi.org/10.33233/fb.v19i5.2628>.
18. Oliveira JG, Damasceno KG, Souza LP, Lima MG. Perfil clínico epidemiológico e os principais rótulos diagnósticos de enfermagem aos pacientes internados com acidente vascular cerebral em um hospital de grande porte na região sul da Amazônia legal. *Revista Amazônia Science & Health.* 2016. 4(3): 3-11. 115-373. Pub. 21 fev. 2022. ISSN 1678-4170. doi: <https://doi.org/10.36660/abc.20211012>.
19. Rezende RWS, Amorim FC, Sousa EJS. Perfil epidemiológico de pacientes Internados por AVC em Belém-PA entre 2016 e 2020. *Revista Amazônia Science & Health.* Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/2628/pdf>.
20. Trigueiro ACQ, Galiardi RJ. Perfil clínico e funcional de pacientes acometidos por acidente vascular cerebral no município de Patos-PB. *Temas em Saúde.* 2019; 19(1). Disponível em: <https://temasensaude.com/wp-content/uploads/2019/01/19106.pdf>.

21. Gaspari AP, Cruz EDA, Batista J, Alpendre FT, Zétola V, Lange MC. Preditores de internação prolongada em Unidade de Acidente Vascular Cerebral. Rev. Latino-Am. 2019; 27(1). doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3118.3197>.
22. WHO. World Health Organization. The impact of the COVID-19 pandemic on noncommunicable disease resources and services: results of a rapid assessment (2020) ISBN: 978 92 4 001029 1. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010291>.
23. Noronha KVMS et al. Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2020, v. 36, n. 6 [Acessado 28 abril 2022], e00115320. Pub. 17 jun. 2020. ISSN 1678-4464. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00115320>.

RECEBIDO: 21/12/2022
APROVADO: 17/08/2023

Perfil epidemiológico dos acidentes causados por serpentes do gênero *Bothrops* atendidos pelo CIATOX-PR

Epidemiological profile of accidents caused by *Bothrops* snakes attended by the CIATOX-PR

Eduardo Bervian¹, Fernanda Silva Hojas Pereira², Gabriel Macedo Ribeiro³, Pedro Henrique Vicari Passos⁴, Daniel Emilio Dalledone Siqueira⁵, Ramon Cavalcanti Ceschim⁶

1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5854-8226>. Médico e ex-estagiário do Centro de Informações e Assistência Toxicológica do Paraná, Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.
E-mail: eduardobervia@gmail.com
2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8260-2878>. Acadêmica de Medicina e estagiária do Centro de Informações e Assistência Toxicológica do Paraná, Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.
E-mail: fernanda.hojas.p@gmail.com
3. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2718-8931>. Médico e ex-estagiário do Centro de Informações e Assistência Toxicológica do Paraná, Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.
E-mail: gmacedo311@gmail.com
4. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9733-6234>. Acadêmico de Medicina e estagiário do Centro de Informações e Assistência Toxicológica do Paraná, Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.
E-mail: pedropassosphvp@gmail.com
5. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4421-3505>. Médico e supervisor de estágio acadêmico do Centro de Informações e Assistência Toxicológica do Paraná, Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.
E-mail: siq_daniel@yahoo.com.br
6. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1089-6360>. Médico, coordenador e supervisor de estágio acadêmico do Centro de Informações e Assistência Toxicológica do Paraná, Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.
E-mail: rcceschim23@gmail.com

RESUMO

Os acidentes ofídicos apresentam grande incidência no Brasil, sendo considerados doença tropical negligenciada e podendo cursar com complicações potencialmente fatais. Este artigo é um estudo epidemiológico

observacional, retrospectivo, transversal sobre os dados registrados pelo DATATOX-2. Foram analisados 1.738 acidentes botrópicos, popularmente conhecidos como acidentes causados por jararacas, registrados entre 2014 e 2021. Por meio desses dados foi possível construir um perfil epidemiológico dos acidentes no Paraná em consonância com levantamentos realizados em âmbito nacional. Houve predominância dos acidentes no verão e primavera, que acometeram homens, na faixa dos 39 anos e moradores de área rural. Tais resultados podem auxiliar na implementação de medidas de saúde pública e enfrentamento desses acidentes, considerando-se a população mais afetada e municípios acometidos, de forma a auxiliar profissionais da saúde e reduzir a morbimortalidade associada a esses agravos.

DESCRITORES: Bothrops. Acidente Ofídico. Venenos de Serpentes. Epidemiologia.

ABSTRACT

Snakebites have a high incidence in Brazil, being considered a neglected tropical disease and able to present with potentially fatal complications. This article is an observational, retrospective, cross-sectional epidemiological study on data recorded by DATATOX-2. A total of 1,738 bothropic accidents, popularly known as accidents from *jararacas*, recorded between 2014 and 2021, were analyzed. These data allowed the creation of an epidemiological profile of accidents in Paraná in line with surveys carried out nationwide. Accidents predominated in the summer and spring, affecting men aged 39 years who lived in rural areas. Such results can help in the implementation of public health measures and in coping with these accidents, considering the most affected population and municipalities, to help health professionals and reduce the morbidity and mortality associated with these conditions.

DESCRIPTORS: Bothrops. Snake Bites. Venom, Snake. 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

Os acidentes ofídicos apresentam grande relevância ambiental, clínica e sanitária, impactando diretamente nos custos investidos na saúde pública e suplementar e na morbimortalidade da população¹. No Brasil, são notificados anualmente cerca de 22.000 casos de acidentes ofídicos em todo território nacional, sendo eles responsáveis por, em média, 268 óbitos². No estado do Paraná, em 2021, ocorreram 485 notificações no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) de acidentes por serpentes peçonhentas, sendo 80,4% acidentes botrópicos, 18,4% acidentes crotálicos e 1,2% acidentes elapídicos³.

A Mata Atlântica é o bioma brasileiro que possui o maior indicativo de acidentes por serpentes peçonhentas (cerca de 37%), provavelmente pela alta densidade populacional (70% da população brasileira habita adentro desse bioma atualmente)⁴. Nesta localidade, na qual o estado do Paraná está inserido, observou-se um aumento dos acidentes causados por cobras do gênero *Crotalus* e *Micrurus* (popularmente conhecidos como cascavéis e corais, respectivamente) nos últimos anos. Porém, os acidentes botrópicos, ou seja, aqueles causados por jararacas, ainda são os mais prevalentes⁴. Além disso, os acidentes são mais frequentes nos períodos mais quentes e úmidos do ano, especialmente entre outubro e abril, sendo que a mata atlântica propicia tais condições ambientais de forma ideal⁵.

Identificar a serpente peçonhenta auxilia na triagem do paciente quanto à gravidade do caso, no manejo clínico e na indicação da soroterapia necessária⁶. Assim, cabe apontar que as cobras do gênero *Bothrops*, popularmente conhecidas como jararaca, jararacuçu, urutu, entre outros, caracterizam-se por cauda lisa, fosseta loreal, ausência de guizo e coloração variada das escamas dependendo da espécie e da região em que habitam. De modo geral, demonstram comportamento agressivo quando se sentem ameaçadas em seu ambiente natural e possuem hábitos noturnos ou crepusculares⁷. Habitam zonas rurais e periurbanas, preferindo ambientes úmidos e locais onde haja facilidade para proliferação de roedores, como paióis, celeiros e depósitos de lenha⁸.

Seu veneno possui quatro ações principais: coagulante, anticoagulante, vasculotóxica e hemorrágica². Clinicamente, o acidente botrópico cursa com manifestações locais e sistêmicas. Naquelas estão inclusas dor, edema e equimose

ao redor da picada, que podem progredir ao longo do membro; bolhas com conteúdo seroso ou sero-hemorrágico podem surgir, dando origem a áreas de necrose. As manifestações sistêmicas levam a sangramentos difusos da pele e mucosas, mais comuns em áreas de gengiva, e equimose pelo corpo. Hematúria, hematêmese, enterorragia e hemorragia intracraniana são mais raras, mas podem progredir para quadros de hipotensão, insuficiência renal aguda (IRA), choque e óbito⁹.

Já as complicações locais incluem síndrome compartimental e infecções secundárias, que podem evoluir para amputação e/ou perda de funcionalidade do membro acometido. Tais complicações estão relacionadas proporcionalmente com os casos moderados ou graves e a associação de comorbidades da vítima⁹.

Quanto ao tratamento, há o envolvimento de medidas gerais e específicas. Os cuidados gerais abrangem manter o paciente em repouso; elevar o membro acometido; fazer analgesia; evitar curativos compressivos; remover adornos, como anéis e relógios; evitar puncionar acesso venoso no membro acometido; manter o paciente hidratado; monitorizar sinais vitais e volume urinário; realizar profilaxia do tétano; e iniciar antibioticoterapia quando houver evidência de infecção³.

Em relação ao tratamento específico, o soro antiofídico (SAB) constitui a principal terapia para o acidente ofídico, sendo que o número de ampolas indicadas varia de acordo com a gravidade do quadro clínico e alterações laboratoriais do paciente³. Pode-se considerar ainda a utilização do soro polivalente em casos nos quais o agente não foi bem definido, uma vez que apresenta eficácia no tratamento das cinco principais espécies de serpentes do gênero *Bothrops* (jararaca, jararacuçu, urutu, surucucu, comboia) em associação com as do gênero *Crotalus* ou *Lachesis*¹⁰.

Apesar de haver um tratamento recomendado e eficaz contra o veneno das serpentes do gênero *Bothrops*, a anamnese inadequada, identificação incorreta do agente, demora no atendimento e erros na instituição precoce de medidas gerais e específicas podem resultar em um pior desfecho.

É fundamental conhecer o perfil epidemiológico e manejo inicial dos acidentes ofídicos, além de reconhecer fatores que resultem na prevenção de novos casos e complicações. Portanto, o objetivo deste estudo é apresentar o perfil epidemiológico dos acidentes ofídicos ocorridos no estado do Paraná e atendidos pelo Centro de Informações e Assistência Toxicológica do Paraná (CIATOX-PR), de forma a

possibilitar a otimização do atendimento das equipes de saúde frente a um acidente ofídico e melhorias nas medidas de saúde pública.

MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional, retrospectivo e transversal de dados epidemiológicos por meio da revisão de 1.802 prontuários médicos, sendo que tais casos foram acompanhados pela central de atendimentos do CIATOX-PR durante o período de Janeiro de 2014 a Dezembro de 2021.

Os prontuários foram acessados por meio do Sistema Brasileiro de Registro de Intoxicações dos Centros de Informação e Assistência Toxicológica (DATATOX-2), sistema informatizado, online e de acesso restrito. Foram selecionados para esta pesquisa prontuários que continham acidentes ofídicos com o gênero *Bothrops*, que ocorreram no Estado do Paraná e foram acompanhados pelo CIATOX-PR. Foram excluídos todos os casos que não apresentaram dados suficientes para a pesquisa, ou seja, solicitaram apenas informações sobre o manejo ou quadro clínico e não aceitaram fornecer dados sobre o acidente em si; tiveram seu acompanhamento realizado por outro Centro de Informações; não tiveram inoculação de veneno após a picada (“dry bite”); não tiveram como agente principal serpentes do gênero *Bothrops*; e casos de outros estados do país. Após tal seleção, a amostra final foi composta por 1.738 prontuários.

Os dados epidemiológicos e clínicos foram tabulados, organizados em planilhas e analisados com o auxílio dos softwares Microsoft Excel™ e Jamovi® versão 0.9. Todas as variáveis qualitativas foram avaliadas por meio do teste de qui-quadrado. O relacionamento entre as variáveis qualitativas mês, estação do ano, horário da picada, local da picada, local de ocorrência do acidente e estadiamento do caso foi avaliado pelo teste de qui-quadrado. Nele, as variáveis tiveram seu comportamento analisado de forma concomitante, comparando-se as suas frequências obtidas e esperadas. Já a relação entre o estadiamento inicial e o final foi avaliada por meio do teste de McNemar, ferramenta não paramétrica na qual os dois grupos foram analisados (antes e após o tratamento), para apontar a significância das mudanças realizadas.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Secretaria de Estado da Saúde e do Hospital do Trabalhador (CEPSH-SESA/HT), conforme a Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, e somente após a obtenção do parecer favorável, pelo CAAE, de número 51659921.3.0000.5225, aprovado em 14/10/2021, os dados da pesquisa foram coletados.

RESULTADOS

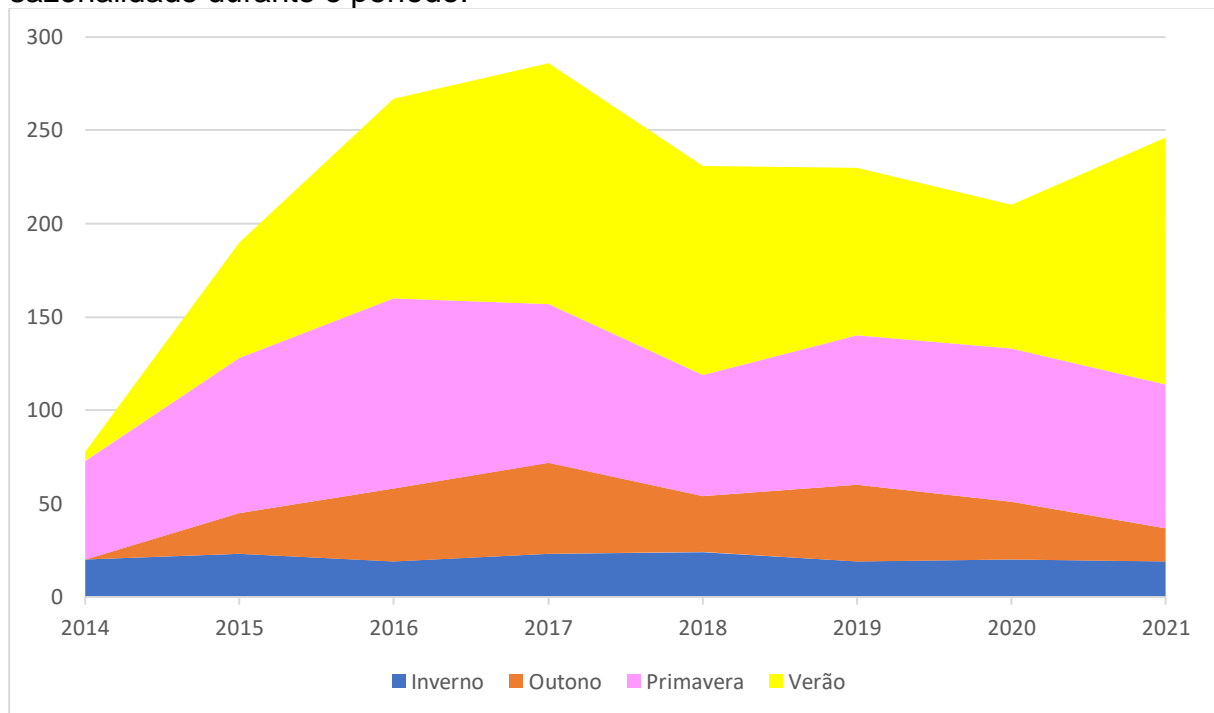
Para a análise dos resultados, foram considerados 1738 prontuários levantados pelo CIATOX-PR no período de Janeiro de 2014 a Dezembro de 2021. Destes, 393 (22,67%) eram pacientes do sexo feminino, os outros 1344 casos (77,33%) eram do sexo masculino. A idade média da amostra foi de 39,16 anos (1 - 88 anos).

A maioria dos acidentes ocorreu em área rural, em 84,4% dos casos ($p < 0.05$). Além disso, considerando-se os 399 municípios presentes no Estado do Paraná, houve prevalência de casos em Prudentópolis (101), Morretes (65) e Paranaguá (57), com consistência nos números em todos os anos avaliados no estudo. Os três municípios destacados estão localizados na macrorregional leste do Paraná.

Em relação ao contato inicial com o CIATOX-PR, foi possível estabelecer que 1317 casos (75,77%) tiveram origem hospitalar, 375 (21,57%) vieram das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e 19 (1,09%) das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Já os responsáveis pela comunicação com o centro foram: 1215 (69,90%) médicos, 486 (27,96%) enfermeiros, 15 (0,86%) acadêmicos de medicina, 12 (0,69%) técnicos ou auxiliares de enfermagem, 3 (0,17%) profissionais que não são da área da saúde, 1 (0,057%) farmacêutico e 1 (0,057%) familiar. Não se encaixaram em tais categorias 5 (0,28%) casos.

Houve predominância dos acidentes nos meses de dezembro ($n = 262$; 15,07%), janeiro ($n = 269$; 15,48%), fevereiro ($n = 244$; 14,04%) e março ($n = 201$; 11,57%). Considerando a sazonalidade do período analisado, houve predominância no verão com 41,1% dos casos, primavera com 36,1%, outono totalizando 13,2% e o inverno 9,6%. Foi ainda observada a manutenção da mesma relação sazonal durante os períodos de 2014 a 2021 ($p < 0.05$), conforme observado no Gráfico 1.

Gráfico 1. Variação de casos de acidente botrópico no Paraná conforme a sazonalidade durante o período.



Fonte: elaborado pelos autores (2022).

A maioria dos acidentes ocorreu no período vespertino (das 12h às 18h; n = 734; 42%), seguidos pelo turno matutino (das 6h às 12h; n = 541; 31%) e noturno (das 19h às 00h; n = 404; 23%). A menor incidência dos casos aconteceu durante a madrugada (das 00h às 6h), com 32 casos apenas.

As áreas anatômicas mais acometidas nos acidentes foram: pé (n = 600; 34,62%), perna (n = 380; 21,92%), pododáctilos (n = 246; 14,19%), quirodáctilos (n = 237; 13,67%) e mãos (n = 179; 10,32%). Ao identificarmos os principais territórios anatômicos, pôde-se verificar o predomínio de picadas nos membros inferiores ($p < 0.001$), quando comparado com outras regiões do corpo.

Em média, o tempo decorrido do acidente até o primeiro atendimento em um serviço de saúde foi de aproximadamente 289,44 minutos (4,82 horas), com tempo mínimo de 3 minutos e máximo de 12.960 minutos (9 dias). O estadiamento inicial das lesões causadas pelas jararacas apresentou-se em sua grande maioria com gravidade leve inicialmente (n = 628; 36%), evoluindo para gravidade moderada em seu estadiamento final (n = 650; 37,5%), conforme critérios estabelecidos pelos protocolos e normas técnicas do Ministério da Saúde, havendo significância estatística entre o estadiamento inicial e o final ($p < 0.01$).

Após a chegada do paciente ao serviço de saúde, 129 (7,42%) casos foram manejados como sendo acidente com serpente desconhecida, ou seja, não foi reconhecido o gênero do agente, seja pela falta de registro fotográfico ou da captura do animal para identificação. Quando não havia critérios clínicos confirmatórios para reconhecer o acidente botrópico, o protocolo de “cobra desconhecida” foi aberto, necessitando de exames complementares e observação do paciente. Por outro lado, dos acidentes confirmados com *Bothrops sp.*, 734 (42,23%) casos possuíam o registro fotográfico do agente.

No entanto, vale ressaltar que houve perda de seguimento em 94 (5,41%) casos devido à evasão do paciente (n = 13; 0,75%) ou impossibilidade de obtenção de informações com o serviço de saúde (n = 81; 4,66%) e, portanto, não foi possível conferir o desfecho desses pacientes. Os valores obtidos referentes à evasão do paciente possivelmente podem estar relacionados à necessidade de retornar ao serviço laboral; pouco conhecimento sobre os riscos inerentes ao acidente ofídico; julgar pouco necessário o serviço de saúde quando há quadro clínico leve; e evasão logo após a soroterapia ao se considerar desnecessário o período de observação e exames laboratoriais de controle do quadro.

DISCUSSÃO

Para otimizar a discussão, definiram-se categorias que englobassem dimensões temáticas a partir de duas esferas diferentes, com o objetivo de esquematizar as abordagens e os caminhos apontados pela pesquisa. Nesse sentido, as dimensões temáticas abordadas na análise e discussão dos dados são: esfera ecológica, que compreende o objetivo de demonstrar onde, com quem, quando e como ocorrem os acidentes com serpentes, conferindo elementos importantes para a implementação e controle dos indicativos epidemiológicos; e a esfera clínica, que se refere aos aspectos de importância médica na manifestação e no atendimento às vítimas de acidentes com jararaca.

Esfera ecológica

Quando se avaliam as características epidemiológicas levantadas, fica evidente a similaridade entre os dados coletados neste estudo em comparação com os dados epidemiológicos computados pelo DATASUS no período de 2018, por meio das notificações realizadas nos serviços de saúde^{2,11}. Ao analisar de forma ampla o envolvimento de gênero, idade e local do acidente, é possível notar o mesmo padrão encontrado no perfil do trabalhador rural dessas regiões: homens, adultos, em torno de 20-39 anos e moradores de área agrícola ou periurbana.

O estado do Paraná apresenta seu território majoritariamente coberto pelo bioma de Mata Atlântica, com novos cenários de zonas de transição entre o ambiente rural e urbano¹². Os acidentes ofídicos de fato acometem a população majoritariamente rural, informação em consonância com os dados levantados nesse estudo, que apontam 84% dos agravos ocorrendo nas regiões rurais e periurbanas do estado. As principais atividades econômicas do Paraná, a agricultura e a pecuária, possibilitam ao homem do campo dividir o mesmo território das serpentes do gênero botrópico, justificando sua incidência. Essa compreensão corrobora estudo realizado em 2020 e que relaciona as principais espécies de serpentes do Brasil com os biomas nacionais⁴.

Outro aspecto a ser considerado é que as zonas rurais, periféricas e periurbanas de grandes cidades promovem locais de floresta úmida e tropical associados a ambientes de baixa densidade populacional e que disponibilizam alimentos de presa fácil (roedores que se proliferam em paióis, celeiros e lenha)⁶. Tal cenário proporciona um aumento do número de serpentes em convívio mais próximo com o ser humano.

A concentração desses acidentes em cidades da região leste do estado do Paraná relaciona-se com sua proximidade à Serra do Mar, com grandes áreas preservadas de Mata Atlântica, como é o caso do município de Morretes e Paranaguá. Outro fator é a inserção cada vez mais frequente do ecoturismo nessas regiões, com a população entrando em contato voluntariamente com locais antes restritos a moradores das zonas rurais.

Já a existência de acidentes no setor portuário das áreas urbanas contraria a hipótese da exclusividade de acidentes em áreas rurais ou periurbanas. Entretanto,

justifica-se pela presença constante de roedores nos setores de armazenamento das docas. A relação entre o comportamento humano e o território compartilhado por esses animais justifica a frequência do agravo, tornando a região um importante centro para os estudos epidemiológicos a respeito do tema.

Ao considerar a sazonalidade como uma característica do acidente botrópico, é possível associar um aumento dos números de casos aos meses mais quentes do ano, conforme ilustra o Gráfico 1, ao concentrar 41,1% dos casos nas estações do verão e da primavera ao longo de 2013 a 2021. A ocorrência da sazonalidade é compatível com os hábitos da serpente do gênero *Bothrops*, que apresenta maior atividade em climas quentes e úmidos. A predominância das estações quentes também é responsável por aumentar a atividade do homem do campo, que aproveita o clima favorável para incrementar as práticas agropecuárias, em conformidade com informações disponibilizadas pela Secretaria de Agricultura e Abastecimento do Estado do Paraná¹³.

Segundo o levantamento nacional do Ministério da Saúde², o predomínio dos acidentes deu-se no período diurno, porém não é especificado em qual turno exatamente houve as maiores ocorrências. Com base nos dados coletados durante este estudo, foi possível mensurar e apontar, por meio da distribuição de casos ao longo do dia, o predomínio de acidentes no período crepuscular, com mais de 734 (42,23%) casos do total de 1738. O fato se dá pelas características de caça da serpente, que busca um clima quente, porém com menor incidência da luz do dia. Nesse contexto, o termo crepuscular é definido no estudo como o período do dia referente ao anoitecer, com ambiente em exposição de luz solar transicionando de alta para baixa intensidade.

Esfera clínica

O número de acidentes em ambiente de trabalho rural aumenta a cada dia e, por isso, é essencial uma gestão adequada frente aos perigos do campo¹⁴. Em relação aos acidentes botrópicos, mais especificamente, as regiões anatômicas que tiveram maior incidência de picadas foram os membros inferiores e mãos, somando 94,72% dos casos e demonstrando mais uma vez a relação entre o homem do campo, suas atividades laborais e o domínio territorial dessas serpentes.

É possível ainda notar, com base nesses resultados, a falta da utilização adequada de equipamentos de proteção individual (EPI) por parte desses colaboradores, como o uso de calçados fechados, botas, perneiras, destacados como itens fundamentais pela Comissão Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho Rural do Estado do Paraná (CIPATR)¹⁵.

Outra questão apontada pelo estudo foi a média de tempo decorrido entre o acidente botrópico e o atendimento inicial em serviço de saúde, que foi de aproximadamente 5 horas. O tempo de percurso das localidades rurais até um centro de atendimento médico mais próximo pode estar relacionado com a precariedade no atendimento médico na zona rural, em especial o atendimento de urgência e emergência¹⁶. Assim, mais estudos na área poderiam enriquecer a discussão sobre o tema.

Neste sentido, é razoável esclarecer a preocupação com a assistência em saúde rural, uma vez que esses indivíduos estão expostos a agravos que, se não tratados adequadamente, manifestam agudizações que podem evoluir para sequelas graves e óbito. Tal fato é corroborado pela demora no atendimento médico aos casos inicialmente graduados como leves e que acabaram evoluindo para casos moderados rapidamente, havendo necessidade de acréscimo do número de ampolas para neutralizar o veneno circulante em 37% dos casos atendidos como leves.

Ao explorar o intervalo decorrido entre acidente e assistência médica, pode-se notar que o tempo é um fator que interfere no grau de estadiamento do paciente, sendo que quanto maior o tempo para que haja atendimento no serviço de saúde, maior a mudança de estadiamento final ($p < 0.05$).

CONCLUSÃO

O perfil traçado pelo estudo descreve um acidente típico como sendo em ambiente rural, ao entardecer e nos meses mais quentes do ano. Acomete, em sua maioria, adulto jovem, com cerca de 39 anos e trabalhador ou morador da área rural. Apresenta tempo médio decorrido desde o acidente até busca pelo serviço médico de aproximadamente 5h.

Ainda há de se reconhecer os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde no atendimento das vítimas de acidente ofídico, que não se limitam apenas ao

conhecimento teórico, mas também estão intimamente conectados a problemas de infraestrutura nos serviços de saúde, transporte dos pacientes e questões culturais de cada localidade.

Por outro lado, considera-se que o desenho deste estudo, em conjunto com os dados levantados pelo centro, pode ser fator limitante para compreender a complexidade relativa às questões dos acidentes ofídicos por se restringir a apenas um grande centro de intoxicações do Estado do Paraná. Certamente, a reprodução deste estudo em outros centros de atendimento toxicológico em outras localidades enriqueceria o debate.

Por fim, reconhecer e ampliar o estudo nesse campo de conhecimento e promover o acesso a esse conteúdo para profissionais de saúde, além de dar suporte para que os profissionais saibam reconhecer as características epidemiológicas e clínicas do acidente ofídico, possibilitam um cuidado mais eficaz e efetivo. Dessa forma, será possível reduzir a morbimortalidade envolvida nesse agravo e torná-lo não mais uma doença tropical negligenciada.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. 19/9 – Dia Internacional de Conscientização sobre Picadas de Cobra [Internet]. 2022. [acesso em 05 de junho de 2023]. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/19-9-dia-internacional-de-conscientizacao-sobre-picadas-de-cobra/>
2. DATASUS. Acidentes por Animais Peçonhentos - Notificações Registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Paraná [Internet]. [acesso em 15 de abril de 2022]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/animaispr.def>
3. Secretaria da Saúde do Paraná. Boletim Epidemiológico de Zoonoses e Intoxicações N° 01 [Internet]. 2022. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2022-02/1_boletim-zoonoses.pdf
4. Matos RR, Ignotti E. Incidence of venomous snakebite accidents by snake species in brazilian biomes. *Cienc. e Saude Coletiva* [Internet]. 2020;25(7):2837-46. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020257.31462018>
5. Nicoleti AF, Medeiros CR, Duarte MR, França FOS. Comparison of Bothropoides jararaca bites with and without envenoming treated at the Vital Brazil Hospital of

- the Butantan Institute, State of São Paulo, Brazil. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. [Internet]. 2010;43(6). doi: <https://doi.org/10.1590/S0037-86822010000600011>
6. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Manual de Diagnóstico e Tratamento de Acidentes por Animais Peçonhentos [Internet]. Ministério da Saúde: Brasília, 2001 [acesso em 15 de abril de 2022]. Disponível em: <https://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/Manual-de-Diagnostico-e-Tratamento-de-Acidentes-por-Animais-Pe--onhentos.pdf>
 7. Melgarejo AR. Serpentes peçonhentas do Brasil. In: Cardoso JLC, França FOS, Wen FH, Málaque CMS, Haddad JR. Animais Peçonhentos no Brasil - Biologia, Clínica e Terapêutica dos Acidentes. 2. ed. São Paulo: Sarvier; 2009. p. 42-70.
 8. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de Vigilância Epidemiológica [Internet]. 7. ed. Ministério da Saúde: Brasília; 2009 [acesso em 15 de abril de 2022]. Disponível em: <https://cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201611/03110835-1402342405-guia-de-vigilancia-epidemiologica-7ed-anipecc.pdf>
 9. Secretaria da Saúde do Paraná. Nota Técnica N° 14/2021 - CIATOX-PR/DVVZI/CVIA/DAV/SESA [Internet]. 2021 [acesso em 16 de abril de 2022]. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2021-11/Nota%20t%C3%A9cnica%20n%C2%BA%2014-2021%20CIATOX-PR-DVVZI-CVIA-DAV-SESA%20Acidentes%20of%C3%ADdicos.pdf
 10. Portal do Butantan. Soros [Internet]. [acesso em 04 de junho de 2023]. Disponível em: <https://butantan.gov.br/soros-e-vacinas/soros>
 11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Tabulação de dados - TabNet. Animais peçonhentos: notificações segundo tipo de acidente no período 2010-2019 [Internet]. 2021 [acesso em 05 de abril de 2022]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv /animaisto.def>
 12. Wrege MS, Garrastazu MC, Soares MTS, Fritzsos E, Sousa VA, Aguiar AV. Principais fitofisionomias existentes no estado do Paraná e os novos cenários definidos pelas mudanças climáticas globais. *Ambiência Guarapuava* [Internet]. 2017;13(3):600-15. doi: <https://doi.org/10.5935/ambiencia.2017.03.05>
 13. Governo do Estado do Paraná. Secretaria da Agricultura e do Abastecimento. Diagnóstico Agropecuário Paranaense - SAFRA 2019/2020 [Internet]. 2021. Disponível em: https://www.agricultura.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2022-02/radiografia_4.pdf
 14. Laat EF, Mandalozzo SSN. Perfil dos acidentes de trabalho ocorridos na cidade de Ponta Grossa-PR no quadriênio 2015-2018. *International Journal of Development Research* [Internet]. 2022;12(2):53911-16. doi: <https://doi.org/10.37118/ijdr.23905.02.2022>

15. Biasuz CM. Segurança do trabalho: Comissão Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho Rural – CIPATR. 2. ed. Curitiba: SENAR AR/PR; 2022. Disponível em: https://www.sistemafaep.org.br/wp-content/uploads/2021/11/PR.0301-CIPATR_web.pdf
16. Soares NA, Silva TL, Franco AAAM, Maia TF. Cuidado em saúde às populações rurais: perspectivas e práticas de agentes comunitários de saúde. Physis [Internet]. 2020;30(3). doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300332>

RECEBIDO: 31/01/2023
APROVADO: 17/08/2023

Funcionalidade em pacientes pós-COVID-19

Functionality in post COVID-19 patients

Paola Ingrid dos Santos¹, Rita Aparecida Bernardi Pereira², Renato Nickel³

1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4573-6946>. Terapeuta Ocupacional. Residente do Programa de Atenção à Saúde do Adulto e do Idoso da Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar do Complexo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Complexo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.

E-mail: paolaingridst.o@gmail.com

2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4191-1252>. Terapeuta Ocupacional. Mestre em Educação. Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Paraná. Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.

E-mail: rita.pereira@ufpr.br

3. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1786-1347>. Terapeuta Ocupacional. Doutor em Educação. Mestre em Educação. Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Paraná. Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.

E-mail: nickel@ufpr.br

RESUMO

Indivíduos acometidos pela COVID-19 podem desenvolver incapacidades após a fase aguda da doença, levando a diminuição da funcionalidade. Este estudo identificou o nível de funcionalidade de pacientes pós-COVID-19 e a sua relação com a condição de saúde e tratamento. Os participantes foram pacientes com COVID-19 internados no Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná entre janeiro e dezembro de 2021. Como metodologia foi aplicado um questionário sociodemográfico e a avaliação WHODAS 2.0. Na amostra de 48 participantes a média de idade foi de 42,02 ($\pm 11,05$) anos, 62,5% eram do sexo masculino e 77,1% possuíam comorbidades. A média do nível de funcionalidade foi de 21,88 ($\pm 9,61$)

pontos, sendo mobilidade o domínio mais afetado, correlacionada (0,539) principalmente com sintomas persistentes (sig.0,00). Observou-se que fatores como idade avançada e comorbidades influenciam no tratamento da doença e no processo de recuperação.

DESCRITORES: Estado Funcional. COVID-19. CIF.

ABSTRACT

People affected by COVID-19 may develop disabilities after the acute phase of the disease, leading to decreased functionality. The aim of the study was to identify the level of functionality of post-COVID-19 patients and its relation to health conditions and treatment. Participants were patients with COVID-19 hospitalized at Complexo Hospital de Clínicas at Universidade Federal do Paraná, Brazil, between January and December 2021. A sociodemographic questionnaire and WHODAS 2.0 assessment were used to collect data. In the sample of 48 participants, the mean age was 42.02 (± 11.05) years, 62.5% were men and 77.1% had comorbidities. The mean level of functionality was 21.88 (± 9.61) points, mobility being the most affected domain, correlated (0.539) mainly with persistent symptoms (sig.0.00). It was found that factors such as advanced age and comorbidities influence the treatment of the disease and the recovery process.

DESCRIPTORS: Functional Status. COVID-19. ICF.



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 de COVID-19, causada pelo vírus SARS-CoV gerou no Brasil cerca de 36 milhões de casos confirmados e 697.583 mortes, conforme dados fornecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 10 de janeiro de 2023¹.

A COVID-19 pode se desenvolver de forma assintomática ou leve com sintomas gripais como: febre, mialgia, tosse e fadiga. Contudo, o processo inflamatório causado pelo vírus pode favorecer o desenvolvimento da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). De acordo com a gravidade dos sintomas os indivíduos acometidos são classificados com a forma moderada ou grave da doença, necessitando de internamento hospitalar em enfermarias ou Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Conseqüentemente, são submetidos a intervenções como: posição prona, suporte ventilatório não invasivo, intubação orotraqueal, traqueostomia, ventilação mecânica e uso de bloqueadores musculares, fatores que expõem o paciente a maiores riscos no ambiente hospitalar².

Nos casos da doença moderada a grave, idosos, gestantes, imunodeprimidos e pessoas com comorbidades são os grupos de risco mais suscetíveis. Porém, devido à alta taxa de contaminação da COVID-19, indivíduos jovens em fase produtiva podem também ser afetados e submetidos a internamento e tratamentos invasivos²⁻⁴.

Após a fase aguda da doença, sintomas persistentes, que duram semanas ou meses, têm sido relatados, sendo estes classificados como síndrome COVID longa ou pós-COVID-19, condição de saúde que foi reconhecida como doença pela OMS em outubro de 2021⁵.

Os sintomas informados com maior frequência para a síndrome são: tosse, falta de ar, fadiga, dores no corpo, peso ou pressão no peito, formigamento, alterações no olfato e paladar, além de deficiências no processamento cognitivo e, quando somado ao período de internação, é possível observar transtornos relacionados ao humor, sendo que os indivíduos que passaram pelo processo de internamento são mais suscetíveis a desenvolver a síndrome⁶.

A OMS afirma que: “tão importante quanto identificar a doença é saber se o indivíduo poderá trabalhar e realizar atividades diárias necessárias para o cumprimento de seu papel em casa, no trabalho, na escola ou em outras áreas

sociais”³. Assim, a avaliação de funcionalidade no âmbito da síndrome pós-COVID-19 se torna necessária, uma vez que o diagnóstico, bem como as sequelas, gera informações insuficientes para apontar quais áreas da vida foram afetadas, o quanto o desempenho de uma pessoa em suas ocupações foi limitado, como e quanto tal situação pode afetar a família e, concomitantemente, o sistema de saúde e a sociedade⁷⁻⁹.

Compreendendo a necessidade de entender o quanto a funcionalidade em longo prazo pode estar afetada nos indivíduos que foram acometidos pela COVID-19 o objetivo deste estudo foi avaliar o nível de funcionalidade de pacientes pós-COVID-19 e a sua relação com a condição de saúde e tratamento.

MÉTODO

Este é um estudo exploratório, descritivo, transversal de abordagem quantitativa, sobre a funcionalidade de pacientes pós-COVID-19 que foram internados no Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC-UFPR), entre janeiro e dezembro de 2021. O principal objetivo deste estudo foi identificar se indivíduos que foram acometidos por COVID-19 retornaram às suas atividades do dia a dia com plena funcionalidade, e se esse retorno foi afetado por aspectos relativos à condição de saúde e tratamento.

Os critérios de inclusão foram: pacientes pós-COVID-19, acima de 18 anos, que considerassem sua funcionalidade preservada para atividades do dia a dia antes da doença.

Os critérios de exclusão foram: pacientes incapazes de responder ou não ter um cuidador para responder adequadamente às perguntas do questionário; indivíduos que apresentassem teste de COVID-19 positivo no momento da abordagem para pesquisa; gestantes e puérperas durante o internamento ou no momento de contato para avaliação; pacientes com relato de funcionalidade comprometida antes da internação por COVID-19; e pacientes que contraíram COVID-19 durante internamento.

A amostra foi por conveniência, de pacientes atendidos e/ou em acompanhamento no ambulatório pós-COVID-19 do CHC-UFPR e constituída a partir de dados oriundos dos prontuários físicos e/ou eletrônicos contidos no Aplicativo de

Gestão para Hospitais Universitários (AGHU) da instituição.

A definição da amostra partiu de listagem prévia do Serviço de Epidemiologia do CHC-UFPR, na qual constavam 1496 casos. Para verificação da adequação aos critérios de inclusão, os dados destes pacientes foram incluídos em um questionário elaborado pelos autores, composto por 16 perguntas, com dados sociodemográficos e características da condição de saúde, que foram preenchidos, com base nos prontuários e confirmadas por meio de contato telefônico com o paciente.

Uma vez atendidos os critérios de inclusão/exclusão, foi aplicada com os participantes a avaliação *World Health Organization Disability Assessment Schedule* (WHODAS 2.0), especificamente a versão reduzida de 12 itens, para definir a funcionalidade no momento da entrevista.

O WHODAS 2.0 12 itens é instrumento que avalia o nível de funcionalidade em seis domínios de vida: Cognição, Mobilidade, Autocuidado, Relações interpessoais, Atividades de vida e Participação. O instrumento avalia o nível de dificuldade e a frequência em que as dificuldades ocorrem, tendo como referência os últimos 30 dias. O WHODAS 2.0 12 itens foi desenvolvido com base na Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)⁹.

Para análise dos resultados do WHODAS 2.0 12 itens foi considerada a soma simples da pontuação dos itens, na qual a categoria das variáveis é de progressiva dificuldade, sendo que o escore "1" significa nenhuma dificuldade e "5" dificuldade extrema ou incapaz de fazer. Assim, quanto maior a pontuação pior a funcionalidade, podendo a soma variar de 12 a 60 pontos.

Inicialmente, os dados numéricos como idade, tempo após a alta hospitalar e qualitativos como posição prona, suporte ventilatório, vacinação, comorbidades, emprego, sintomas persistentes, acesso a serviços de reabilitação e nova internação foram obtidos a partir dos instrumentos de coleta foram tabulados em planilha do programa Microsoft Excel versão 18.2210.1203.0. Após a tabulação, os dados numéricos foram submetidos a testes estatísticos através do programa IBM SPSS *Statistics* 29.0.0.0.

Após a análise descritiva e de frequência foi realizada a correlação entre variáveis dos dados sociodemográficos e aspectos relativos ao tratamento, condição de saúde e funcionalidade. Para análise, foi utilizado o coeficiente de correlação não paramétrico de ρ de Spearman, cujo resultados podem ser interpretados da seguinte

forma: 0,00 a 0,19= uma correlação bem fraca; 0,20 a 0,39= uma correlação fraca; 0,40 a 0,69= uma correlação moderada; 0,70 a 0,89 uma correlação forte; e 0,90 a 1,00= uma correlação muito forte¹⁰.

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná e aprovada sob o parecer nº 5.277.191, em 07 de março de 2022.

RESULTADOS

Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram considerados elegíveis para a pesquisa 250 pacientes, dos quais 186 foram excluídos por impossibilidade de contato e 16 por recusa na participação, resultando em uma amostra final de 48 participantes, todos acometidos por COVID-19 no ano de 2021.

A idade média dos participantes foi de 42,02 anos ($\pm 11,05$) com uma variação entre 21 e 60 anos, 62,5% eram do sexo masculino, 77,1% apresentavam alguma comorbidade e 89,6% não foram vacinados antes do internamento.

Entre as comorbidades, as principais identificadas foram: asma, outras doenças respiratórias como rinite e sinusite, diabetes mellitus, obesidade, hipotireoidismo, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, síndromes coronarianas e imunocomprometidos. A obesidade foi a comorbidade mais prevalente com 22 (45,8%) dos casos, seguida de hipertensão arterial com 14 (29,2%) e diabetes com 7 (14,6%).

Dos participantes, 42 (87,5%) relataram que tinham emprego remunerado antes do internamento pela COVID-19, e 100% eram independentes para o desempenho nas atividades do dia a dia. Após a internação hospitalar, no momento da entrevista, o mesmo percentual de participantes 42 (87,5%) relatou possuir algum tipo de emprego remunerado, mas não necessariamente o mesmo participante que antes da COVID-19.

Os dados sobre o processo de hospitalização podem ser visualizados na Tabela 1. A média do tempo de internação foi de 30 dias (± 54), sendo que do total dos participantes, 31 (64,6%) foram submetidos a posição prona, 32 (66,7%) foram internados em UTI, e 29 (60,4%) tiveram que fazer o uso de suporte ventilatório invasivo.

No momento da entrevista, 40 (83,3%) participantes apontaram sintomas persistentes após internamento pela COVID-19, sendo que os principais sintomas citados foram: fadiga, dispneia, dores em geral, neuropatias, hipoestesia em membros, fraqueza muscular, labilidade emocional, tosse, alterações da memória e de atenção. Desses sintomas, a fadiga foi a mais citada, representando 23 (47,9%) casos, seguido da dispneia. As alterações de memória estavam presentes em 18 participantes (37,5%) e a presença de dor em 13 (27,1%).

Após a internação 23 (47,9%), os participantes tiveram acesso a algum tipo de serviço de reabilitação e 10 (20,8%) tiveram novos internamentos (Tabela 1).

Tabela 1. Dados do internamento e pós-alta

Internamento e Pós-Alta		Total N=48	Freq. (%)
Tempo de internação	(média \pm desvio padrão) em dias	30	(\pm 54)
Posição prona	Sim	31	64,6
	Não	17	35,4
Internação UTI	Sim	32	66,7
	Não	16	33,3
Suporte Ventilatório Invasivo	Sim	29	60,4
	Não	19	39,6
Sintomas persistentes pós COVID-19	Sim	40	83,3
	Não	8	16,7

FONTE: Elaborado pelos autores (2023).

Quanto à avaliação WHODAS 2.0 12 itens, a média do nível de funcionalidade com base na soma simples dos itens foi de 21,88 (\pm 9,61). Os principais problemas de funcionalidade estavam relacionados aos domínios de mobilidade e cognição. As frequências dos resultados podem ser verificadas na Tabela 2.

Em primeiro lugar, foi realizada a correlação entre as variáveis numéricas entre o tempo de internamento, a idade e a soma do WHODAS 2.0 (nível de funcionalidade). O tempo de internamento se correlacionou com a idade ($r=0,411$ /sig.,004) e não houve correlação entre as outras duas variáveis numéricas.

Tabela 2. Resultado por domínio (WHODAS 2.0 – 12 Itens)

Domínio	Pergunta	Dificuldade	Freq. N (%)
Mobilidade	Ficar em pé por longos períodos como por 30 minutos	Não	31 (64,6)
		Sim	17 (35,5)
	Andar por longas distâncias como por 1 quilômetro	Não	20 (41,7)
		Sim	28 (58,3)
Atividades do Dia	Cuidar das suas responsabilidades domésticas	Não	26 (54,2)
		Sim	22 (45,8)
	Seu dia a dia no trabalho/escola*	Não	25 (52,1)
		Sim	23 (47,9)
Cognição	Aprender uma nova tarefa	Não	34 (70,8)
		Sim	14 (29,2)
	Concentrar-se em atividade durante dez minutos	Não	29 (60,4)
		Sim	19 (39,6)
Participação	Participar em atividades comunitárias	Não	36 (75,0)
		Sim	12 (25,0)
	Emocionalmente afetado por sua condição de saúde	Não	20 (41,7)
		Sim	28 (58,3)
Autocuidado	Lavar seu corpo inteiro	Não	36 (75,0)
		Sim	12 (25,0)
	Vestir-se	Não	31 (64,6)
		Sim	17 (35,5)
Relações Interpessoais	Lidar com pessoas que não conhece	Não	35 (72,9)
		Sim	13 (27,2)
	Manter uma amizade	Não	37 (77,1)
		Sim	11 (23,0)

*Referente ao n=48

FONTE: elaborado pelos autores (2023)

Na correlação das variáveis numéricas com as 12 variáveis ordinais do WHODAS 2.0, analisadas pela média, foi encontrada correlação entre idade e ficar em pé longos períodos ($r=0,418$ / sig.,003), cuidar das responsabilidades domésticas ($r=0,325$ /sig.,024), atividades comunitárias ($r=0,340$ /sig.,018), e vestir-se ($r=0,347$ /sig.,016).

No que diz respeito ao tempo de internação não houve correlação entre as

variáveis, em relação à soma do WHODAS12 itens, onde é esperado correlação, todas as 12 variáveis ordinais tiveram uma correlação moderada ou forte, sendo a mais forte cuidar das responsabilidades domésticas (,758/sig.,000).

O cruzamento de dados entre as variáveis numéricas e nominais mostrou não haver correlação do tempo de internamento em relação ao sexo e à presença de comorbidades. Em relação à idade foi encontrada fraca correlação com o uso da posição prona (,348/sig.,015) e internação na UTI (,341/sig.,018), e moderada correlação entre a idade e o uso de suporte ventilatório (,492/sig.,000), e manutenção de sintomas persistentes (,522/sig.,000).

O tempo pós-alta não teve correlação com nenhuma das variáveis avaliadas. Já o WHODAS 2.0 12 itens teve fraca correlação com sintomas persistentes (,359/sig.,012) e memória (,345/sig.,016), e moderada correlação com fadiga (438/sig.,002).

DISCUSSÃO

A COVID-19 trouxe consigo grande número de casos de forma rápida e abrangente e com isso sobrecarregou o sistema de saúde. O atendimento a COVID-19 não pode ser resumido ao estágio agudo da doença, durante a internação hospitalar, visto que ao longo do tempo, mesmo nos casos leves e em pessoas jovens, há indivíduos que apresentaram sintomatologia persistente e, mesmo após vários meses de alta hospitalar, a funcionalidade ainda se mostrou comprometida^{4,10,11}.

Neste estudo, a grande maioria dos participantes relatou possuir comorbidades. Em diversas pesquisas, essas comorbidades têm sido associadas aos agravos relacionados à COVID-19, devido ao caráter sistêmico da doença, e às condições preexistentes que afetam a resposta imune do organismo, favorecendo o mau prognóstico¹². Entre as comorbidades citadas na literatura, a obesidade foi a relatada com maior frequência, pois o tecido adiposo favorece a inflamação e aumenta a carga viral^{10,13-14}.

Embora em alguns estudos a obesidade não tenha sido considerada como um fator relevante para a gravidade da doença^{15,16}, outras pesquisas apontam a associação da obesidade com casos graves de COVID-19¹⁷.

Neste estudo, apenas cinco participantes tiveram acesso a vacina contra a COVID-19. Isso porque no Brasil as vacinas contra a COVID-19 passaram a estar

disponíveis para a população somente em janeiro de 2021 e, quando foram distribuídas, houve prioridades para grupos de risco e faixa etária. Devido ao pequeno número de participantes vacinados, não foi possível considerar esse fator no presente estudo.¹⁸

O sexo masculino se apresentou como prevalente, sendo 62,5% dos participantes (30 indivíduos). Fator também observado em outros trabalhos que buscaram traçar o perfil epidemiológico da doença. Prévios estudos¹⁹ demonstraram que o homem tem maior propensão a desenvolver a forma grave da COVID-19 em comparação às mulheres, pois em geral, o organismo feminino demonstra uma melhor resposta imune às infecções²⁰.

A faixa etária demonstrou ser um fator importante no período de internação e no desfecho da doença. Quando correlacionada com outras variáveis, como o tempo de internação e a presença de sintomas persistentes, é possível observar influência entre os fatores. Em algumas pesquisas^{21,22}, o fator idade interferiu no tempo de internação, maior para a maior faixa etária, indicando que a maior idade pode influenciar no tempo de hospitalização. Além do tempo de internação foi observado que pacientes mais velhos apresentaram sintomas mais graves e um período de sintomas pós-COVID-19 mais longo²³.

Embora estudos^{21,22,24} apontem uma relação entre envelhecimento e agravo da COVID-19, devido à presença de comorbidades, neste estudo a correlação entre as variáveis idade e comorbidades não demonstrou significância estatística. Porém, a possibilidade de sintomas iniciais atípicos, alteração do estado mental prévia, mal estado nutricional, mudanças na anatomia dos pulmões, atrofia dos músculos e mudanças fisiológicas devido ao avanço da idade podem ser fatores determinantes para desencadear resposta inflamatória exacerbada no organismo desses indivíduos²⁴.

Os sintomas persistentes mais referenciados no estudo foram fadiga, dispneia e memória. Dispneia, logo após a fase aguda da doença, devido às sequelas pulmonares é o sintoma mais percebido pelo paciente. Mas, com o passar do tempo, devido à recuperação da função pulmonar, os pacientes tendem a voltar a desempenhar as suas atividades do dia a dia e, por consequência, terem a maior percepção da fadiga²⁵.

Os danos ao organismo causados pela COVID-19 somados ao processo do internamento podem contribuir para as perdas funcionais, quando aspectos

emocionais e fatores ligados ao imobilismo estão presentes²⁶.

Ao utilizar o WHODAS 2.0 12 itens como instrumento de avaliação para funcionalidade, foi possível observar a interação entre as funções do corpo, as atividades e a participação, além de mensurar o quanto a funcionalidade foi afetada dentro de cada domínio. Na pesquisa, a média da nota obtida no instrumento com base na soma simples dos itens foi de 21,88 ($\pm 9,61$), salientando que, quanto maior a soma simples das notas da avaliação, menor é o nível de funcionalidade, ou seja, maior dificuldade o indivíduo apresenta no desempenho das atividades e participação social²⁷.

Os resultados levantados pelo WHODAS 2.0 12 itens evidenciaram que as perdas funcionais mais significativas foram nos domínios relacionados à mobilidade, participação e cognição. Esses dados corroboram com os achados de outra pesquisa²⁷ que utilizou o mesmo instrumento na avaliação de 99 participantes pós-COVID-19 grave, cujo resultado apontou que 57,6% tinham dificuldades na mobilidade, e 74,7% algum nível de restrição para atribuições relacionadas à participação.

Um estudo Coorte realizado na Austrália com 212 pacientes internados em hospitais, onde 112 foram avaliados pela WHODAS 2.0 12 itens mostrou que seis meses após a internação um terço dos sobreviventes tinha uma nova deficiência e mantinha três ou mais sintomas contínuos após seis meses da doença. O autor conclui que a incapacidade gerada pela COVID-19 representa um problema de saúde pública²⁸. Quando os participantes foram questionados quanto às dificuldades presentes no dia a dia do trabalho, 47,9% apontaram apresentar dificuldades nessas atividades.

Alguns autores^{27,28} também observaram limitações relativas às atividades laborais dos participantes, relatando que apenas 6% retomaram sem dificuldades extremas suas atividades laborais e que o retorno ao trabalho não foi possível para 50% dos participantes, devido às limitações por conta da fadiga e perda de energia.

No domínio cognitivo, a presente pesquisa encontrou que 29,2% dos participantes têm dificuldade para aprender uma nova tarefa e que 39,6% apresentavam dificuldades para concentrar-se em uma atividade por mais de 10 minutos.

Em uma revisão sistemática sobre o tema os autores indicam, em uma evidência inicial, que as pessoas podem apresentar um comprometimento cognitivo

após a recuperação da COVID-19, mas que pesquisas precisam ser desenvolvidas para esclarecer por quanto tempo esses sintomas persistem e se eles estão associados a características específicas dos pacientes^{29,30}.

A memória é um aspecto determinante no desempenho das atividades do cotidiano e, embora o WHODAS 2.0 12 itens aborde fatores referentes a este tema, para uma maior percepção dessa dificuldade de memória, seria importante o uso de um instrumento de rastreio cognitivo para sua melhor avaliação³¹.

Como limitação deste estudo aponta-se uma amostra pequena para inferências estatísticas mais expressivas e ser referente a apenas um centro de atendimento para o tratamento da COVID-19.

CONCLUSÃO

Este estudo confirma os principais achados na literatura sobre as dificuldades encontradas por pessoas que foram adoecidas pela COVID-19, no que diz respeito principalmente ao retorno às atividades que elas precisam fazer para manter sua independência e autonomia. Fatores como idade mais avançada e a presença de comorbidades influenciam tanto no tratamento da doença como no processo de recuperação. Essas informações ratificam a importância da atenção primária à saúde (promoção a prevenção) no Sistema Único de Saúde (SUS).

A funcionalidade é um indicador chave na saúde da população, apontando aspectos importantes a serem trabalhados em todos os níveis de atenção à saúde. Essa informação é essencial para dar suporte aos pacientes pós-COVID-19 e permitir o melhor retorno as suas atividades do dia a dia, entre elas o trabalho. O WHODAS 2.0 (12 itens) é uma estratégia de fácil e rápida aplicação para avaliar a funcionalidade em pacientes pós-COVID-19.

REFERÊNCIAS

1. Who coronavirus (COVID-19) dashboard [Internet]. [citado 12 de fevereiro de 2023]. Disponível em: <https://COVID19.who.int>
2. Mueller AL, McNamara MS, Sinclair DA. Why does COVID-19 disproportionately affect older people? Aging [Internet]. 29 de maio de 2020 [citado 18 de fevereiro de 2023];12(10):9959–81. Disponível em: <https://www.aging-us.com/lookup/doi/10.18632/aging.103344>

3. Minussi BB, Paludo EA, Passos JPB, Santos MJ, Mocellin O, Maeyama MA. Grupos de risco do COVID-19: a possível relação entre o acometimento de adultos jovens “saudáveis” e a imunidade. BJHR [Internet]. 2020 [citado 18 de fevereiro de 2023];3(2):3739–62. Disponível em: <http://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/9303/7857>
4. Boletim do Observatório COVID-19 - semanas epidemiológicas 20 e 21 de 2021 [Internet]. Fiocruz. [citado 6 outubro de 2022]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/boletim-do-observatorio-COVID-19-semanas-epidemiologicas-20-e-21-de-2021>
5. A clinical case definition of post COVID-19 condition by a Delphi consensus, 6 October 2021 [Internet]. [citado 17 de novembro de 2022]. Disponível em: https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-2019-nCoV-Post_COVID-19_condition-Clinical_case_definition-2021.1
6. Nabavi N. Long COVID: How to define it and how to manage it. BMJ [Internet]. 7 de setembro de 2020 [citado 20 de setembro de 2022];370:m3489. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/370/bmj.m3489>
7. Ustun TB, Kostanjsek N, Chatterji S, Rehm J, World Health Organization. Measuring health and disability : manual for who disability assessment schedule (WHODAS 2.0) / edited by t. B. Üstün, n. Kostanjsek, s. Chatterji, j. Rehm. 2010 [citado 19 de fevereiro de 2023]; 88. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43974>
8. Duarte YAO, Andrade CL, Lebrão ML. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. Rev. esc enferm USP [Internet]. junho de 2007 [citado 20 de outubro de 2022]; 41:317–25. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/reeusp/a/35KzF4DTCvJbfbhs5nFQyVG/?lang=pt>
9. Who disability assessment schedule(WHODAS 2.0) [Internet]. [citado 18 de fevereiro de 2023]. Disponível em: <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health/who-disability-assessment-schedule>
10. Crema CMT, Hummelgen E, Demogalski LCB, Cardoso L, Bauer C, Nickel R. Reabilitação pós-COVID-19: demandas dos pacientes e resultado da intervenção por equipe multidisciplinar. Acta Fisiátrica [Internet]. 31 de março de 2022 [citado 13 de fevereiro de 2023]; 29(1):50–5. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/188822>
11. Carfi A, Bernabei R, Landi F, for the Gemelli Against COVID-19 Post-Acute Care Study Group. Persistent symptoms in patients after acute COVID-19. JAMA [Internet]. 11 de agosto de 2020 [citado 22 de novembro de 2022];324(6):603. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2768351>

12. Silveira MAA, Martins BA, Chamon LSF, Diniz AED, Assis JBD, Ferreira LDT, et al. Aspectos das manifestações da síndrome pós-COVID-19: uma revisão narrativa. *Acervo Saúde* [Internet]. 11 de dezembro de 2021 [citado 19 de fevereiro de 2023];13(12):e9286. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/9286>
13. Miranda EB, Garcia JDS. A influência da pandemia de COVID-19 no aumento da obesidade no Brasil: uma análise de produção científica / the influence of the COVID-19 pandemic on the increase in obesity in Brazil: analysis of scientific production. *ID online* [Internet]. 30 de maio de 2022 [citado 18 de fevereiro de 2023]; 16 (60):987–1000. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/3416>
14. Rocha LFID, Motter AA. Correlação entre a obesidade e o COVID-19: revisão integrativa. *ASSOBRAFIR Ciênc* [Internet]. 2021 [citado 18 de fevereiro de 2023];12:e43015. Disponível em: <https://www.assobrafirciencia.org/doi/10.47066/2177-9333.AC.2020.0019>
15. Zhou Y, Yang Q, Chi J, Dong B, Lv W, Shen L, et al. Comorbidities and the risk of severe or fatal outcomes associated with coronavirus disease 2019: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Infectious Diseases* [Internet]. outubro de 2020 [citado 22 de novembro de 2022]; 99:47–56. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1201971220305725>
16. Silva GM da, Pesce GB, Martins DC, Carreira L, Fernandes CAM, Jacques AE. Obesidade como fator agravante da COVID-19 em adultos hospitalizados: revisão integrativa. *Acta Paulista de Enfermagem* [Internet]. 5 de março de 2021 [citado 2 de novembro de 2022]; 34: e APE02321. Disponível em: <https://acta-ape.org/article/obesidade-como-fator-agravante-da-COVID-19-em-adultos-hospitalizados-revisao-integrativa/>
17. Lopes AB, Furieri LB, Vale MICA. Obesidade e a COVID-19: uma reflexão sobre a relação entre as pandemias. *Revista Gaúcha de Enfermagem* [Internet]. 2021 [citado em 06 de junho de 2023] 42(spe): e20200216. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/4TLQWHNwc6vHmhpGMhx7WCR/?lang=pt>
18. Unasus. Vacinação contra a COVID-19 já teve início em quase todo o país. [internet] 2021 Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/vacinacao-contra-a-COVID-19-ja-teve-inicio-em-quase-todo-o-pais>
19. Ueyama H, Kuno T, Takagi H, Krishnamoorthy P, Vengrenyuk Y, Sharma SK, et al. Gender difference is associated with severity of coronavirus disease 2019 infection: an insight from a meta-analysis. *Critical Care Explorations* [Internet]. junho de 2020 [citado 19 de fevereiro de 2023]; 2 (6): e0148. Disponível em: <https://journals.lww.com/10.1097/CCE.000000000000148>
20. Gadi N, Wu SC, Spihlman AP, Moulton VR. What's sex got to do with COVID-19? Gender-based differences in the host immune response to coronaviruses. *Front*

- Immunol [Internet]. 28 de agosto de 2020 [citado 19 de fevereiro de 2023];11:2147. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fimmu.2020.02147/full>
21. Alves RP, Carvalho JVB, Santos L de ASL e, Souza VR de, Costa AJ da, Luna AA. Perfil dos pacientes adultos com COVID-19 internados em uma unidade de terapia intensiva. Research, Society and Development [Internet]. 12 de abril de 2022 [citado 27 de novembro de 2022];11(5):e43411528481–e43411528481. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/28481>
 22. Buffon MR, Severo IM, Barcellos R de A, Azzolin K de O, Lucena A de F. Critically ill COVID-19 patients: a sociodemographic and clinical profile and associations between variables and workload. Rev Bras Enferm [Internet]. 2022 [citado 29 de novembro de 2022];75 (suppl 1): e20210119. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672022000300212&lng=en
 23. Miranda DAP, Gomes SVC, Figueiras PS, Corsini CA, Almeida NBF, Silva RA, et al. Long COVID-19 syndrome: a 14-months longitudinal study during the two first epidemic peaks in Southeast Brazil. Transactions of The Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene [Internet]. 1o de novembro de 2022 [citado 29 de novembro de 2022];116(11):1007–14. Disponível em: <https://academic.oup.com/trstmh/article/116/11/1007/6581500>
 24. Nascimento VA, Oliveira JA, Moreira MNG, Oliveira JB de, Gonzaga VR, Haddad MF. Características clínicas e efeitos do COVID-19 nos pacientes idosos: uma revisão integrativa. ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION [Internet]. 20 de dezembro de 2020 [citado 19 de fevereiro de 2023];9(6):617–22. Disponível em: <https://www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/5268>
 25. Azevedo HMJ, Santos NWF dos, Lafetá ML, Albuquerque ALP de, Tanni SE, Sperandio PA, et al. Persistência de sintomas e retorno ao trabalho após hospitalização por COVID-19. 2022 [citado 29 de novembro de 2022];48(6): e20220194–e20220194. Disponível em: <https://jbp.org.br/details/3760/en-US/persistence-of-symptoms-and-return-to-work-after-hospitalization-for-COVID-19>
 26. Martins ACM, Oliveira EB de, Cordenonsi ICO. Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Telecondutas: condições pós-COVID-19. 2022 [citado 19 e fevereiro de 2023];66. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/teleconsultoria/0800-644-6543/#telecondutas-0800>
 27. Fontes LC da SF, Costa PJR, Fernandes JCJ, Vieira TS, Reis NC, Coimbra IMM, et al. Impacto da COVID-19 grave na qualidade de vida relacionada com a saúde e a incapacidade: uma perspectiva de follow-up a curto-prazo. Revista Brasileira de Terapia Intensiva [Internet]. 2022 [citado 29 de novembro de 2022];34(1). Disponível em: <https://rbti.org.br/artigo/detalhes/0103507X-34-1-4>
 28. Hodgson CL, et al. The impact of COVID-19 critical illness on new disability,

- functional outcomes and return to work at 6 months: a prospective cohort study. CritCare. 2021 Nov8;25: 382. Doi:10.116/s13054-021-03794-0.PMID:34749756; PMCID:PMC8575157. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34749756/>
29. Melo DM de, Barbosa AJG, Neri AL. Miniexame do Estado Mental: evidências de validade baseadas na estrutura interna. Avaliação Psicológica [Internet]. abril de 2017 [citado 29 de novembro de 2022];16(2):161–8. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1677-04712017000200007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.
30. Crivelli L, Palmer K, Calandri I, Guekht A, Beghi E, Carroll W, Frontera J, García-Azorín D, Westenberg E, Winkler AS, Mangialasche F, Allegri RF, Kivipelto M. Changes in cognitive functioning after COVID-19: A systematic review and meta-analysis. Alzheimers Dement. 2022 May;18(5):1047-1066. doi: 10.1002/alz.12644. Epub 2022 Mar 17. PMID: 35297561; PMCID: PMC9073922. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35297561/>
31. Castro S, Leite CF, Coenen M, Buchalla CM. The world health organization disability assessment schedule 2 (WHODAS 2.0): remarks on the need to revise the whodas. Cad Saúde Pública [Internet]. 2019 [citado 13 de fevereiro de 2023];35(7):e00000519. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000904001&tlng=en

RECEBIDO: 23/02/2023
APROVADO: 17/08/2023

Mortalidade neonatal no sul do Brasil: tendência, componentes e evitabilidade entre 2011 e 2020

Neonatal mortality in southern Brazil: trend, components, and avoidability between 2011 and 2020

Gislaine Camila da Silva Romão de Araújo¹, Fabiane Frigotto de Barros²

1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9314-6599>. Enfermeira. Egressa do Programa de Residência de Enfermagem em Saúde da Criança e do Adolescente - Ministério da Saúde. Faculdades Pequeno Príncipe, Curitiba, Paraná, Brasil).

E-mail: gislainec.dasilva@gmail.com

2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1695-1148>. Enfermeira. Mestre em ensino nas ciências da saúde. Especialista em pediatria e neonatologia. Especializanda em Enfermagem Obstétrica. Docente das Faculdades Pequeno Príncipe. Faculdades Pequeno Príncipe, Curitiba, Paraná, Brasil.

E-mail: fabianefrigottodebarros@gmail.com

RESUMO

Entre 2000 e 2015, houve redução na taxa de mortalidade infantil no Brasil, porém o país ainda enfrenta altas taxas de mortalidade neonatal. Este trabalho objetivou delinear o perfil epidemiológico, tendência e evitabilidade de mortalidade neonatal no sul do Brasil entre os anos de 2011 e 2020. Trata-se de um estudo de levantamento epidemiológico com base nos dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos e Sistema de Informação de Mortalidade. Durante o período neonatal, verificou-se uma maior incidência de óbitos entre os recém-nascidos do sexo masculino, de raça indígena, nascidos de gestações trigemelares ou mais, de parto vaginal, com peso inferior a 500 gramas, pré-termo, com índice acentuado para aqueles nascidos com menos de 27 semanas, filhos de mães adolescentes ou com idade igual ou superior a 45 anos e de mães sem escolaridade. Conclui-se que determinantes sociais em saúde exercem influência significativa nas taxas de mortalidade neonatal.

DESCRITORES: Causas de morte. Mortalidade infantil. Recém-nascido. Saúde pública.

ABSTRACT

Between 2000 and 2015, there was a reduction in the infant mortality rate in Brazil, but the country still faces high neonatal mortality rates. This study aimed to outline the epidemiological profile, trend, and avoidability of neonatal mortality in southern Brazil between the years 2011 and 2020. This is an epidemiological survey study based on data from the Live Births Information System and Mortality Information System. In the neonatal period, a higher incidence of deaths was observed among male newborns of indigenous race, born from triplet or more pregnancies, of vaginal delivery, weighing less than 500 grams, preterm, with high indexes for those born at less than 27 weeks, from adolescent mothers or those aged 45 years or older, and from mothers with no education. It is concluded that social determinants of health have a significant influence on neonatal mortality rates.

DESCRIPTORS: Causes of death. Infant mortality. Infant, newborn. Public health.



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

INTRODUÇÃO

Entre os principais indicadores epidemiológicos para se avaliar a qualidade de vida da população, destaca-se o indicador de mortalidade neonatal, conceituado como o número de óbitos de 0 a 27 dias de vida por 1.000 nascidos vivos. Constitui-se um importante indicador, visto que evidencia as condições de saúde da população, condições socioeconômicas e a efetividade das políticas públicas, além de expressar as desigualdades de saúde entre grupos e regiões^{1,2}.

No Brasil, constatou-se que a taxa de mortalidade em crianças menores de 5 anos foi de 24,8/1.000 nascidos vivos no ano de 2000, tendo caído para 14,3/1.000 nascidos vivos em 2015. As melhorias nas condições socioeconômicas da população, maior acesso aos serviços e bens de saúde, aumento da escolaridade, inserção da mulher no mercado de trabalho e a implementação de programas sociais e de saúde voltadas para o público infantil e feminino são responsáveis por essas repercussões³.

No entanto, apesar da redução da taxa de mortalidade infantil, o Brasil ainda registra índices elevados quando comparado a nações desenvolvidas, como os Estados Unidos, Canadá e Japão, bem como a países subdesenvolvidos, como Chile, Uruguai e a Costa Rica, nos quais também se observa uma menor incidência de óbitos na faixa etária infantil. Além disso, no componente neonatal, o país não tem apresentado mudanças expressivas e, entre o ano de 2018 e 2019, foi responsável por 70% dos óbitos em crianças menores de um ano¹.

As desigualdades sociais ainda persistentes entre as populações do Brasil reproduzem-se nas taxas de mortalidade infantil, constituindo um problema de relevância pública de saúde a ser enfrentado por toda a sociedade. Em vista disso, dados apontam maiores taxas de mortalidade infantil nas regiões Norte e nordeste do Brasil, evidenciando as persistentes desigualdades sociais e econômicas entre as regiões e grupos, com maior concentração dos óbitos nas populações mais vulneráveis^{4,5}.

Conforme estudos, há evidências de que tanto os fatores biológicos relacionados à gestação e ao recém-nascido quanto fatores relacionados à assistência prestada a gestantes e parturientes são considerados os principais

determinantes dos óbitos neonatais, os quais poderiam ser evitados^{6,7}. Consoante a isso, a prematuridade, o baixo peso ao nascer, a baixa escolaridade materna, as malformações congênitas e o baixo escore de Apgar destacam-se como principais fatores de risco associados à mortalidade neonatal⁸.

Nesse sentido, partos prematuros ocorrem antes das 37 semanas de gestação e recém-nascidos com peso inferior a 2.500g são considerados de baixo peso, o que se associa a fatores maternos, econômicos e sociais⁹. A baixa escolaridade materna está relacionada ao nível socioeconômico e ao acesso limitado aos serviços de saúde. As malformações congênitas são influenciadas por fatores nutricionais, econômicos e culturais^{8,9}.

Tendo em vista que os óbitos neonatais são considerados evitáveis na sua maioria, intervenções para sua redução podem estar ligadas a mudanças estruturais nas condições de vida da população, mas também a ações diretas definidas pelas políticas públicas de saúde, como o adequado manejo durante o período de pré-concepção, gestação e neonatal¹⁰.

Assim sendo, delinear o perfil de mortalidade neonatal é essencial para fazer o diagnóstico situacional das condições de saúde da população e evidenciar as lacunas ainda existentes no processo de trabalho e na organização das ações voltadas à atenção à saúde das mulheres e crianças. Além disso, proporciona dados essenciais para o planejamento de intervenções que visem à redução de óbitos nesse grupo populacional.

Dessarte, em decorrência das altas taxas de mortalidade, este estudo objetivou delinear o perfil epidemiológico, tendência e evitabilidade de mortalidade neonatal no sul do Brasil entre os anos de 2011 e 2020.

MÉTODO

Este estudo refere-se a uma pesquisa epidemiológica, observacional e descritiva do tipo levantamento epidemiológico. As bases de dados utilizadas foram coletadas da Diretoria de Vigilância Epidemiológica, as quais estão disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Foram acessados o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) e o Sistema de Informação de

Mortalidade (SIM). A coleta e análise dos dados foram realizadas no período de janeiro a junho de 2022¹.

O estudo buscou os registros de mortalidade neonatal na Região Sul do Brasil, que engloba os estados do Rio Grande do Sul (RS), Santa Catarina (SC) e Paraná (PR), referentes ao período de 2011 a 2020. A população do estudo foi composta por todos os óbitos neonatais precoces (0 a 6 dias de vida) e tardios (7 a 27 dias de vida), de ambos os sexos, e todos os nascimentos registrados no mesmo período e região. Registros sem informações sobre o ano do óbito foram excluídos.

Para a seleção das características a serem avaliadas neste estudo, foram consideradas as variáveis presentes na ficha de declaração de nascidos vivos e na ficha de investigação de óbitos infantis, relacionadas tanto ao neonato quanto ao período gestacional. Dentre essas variáveis, foram incluídas informações referentes ao número de nascidos vivos por região, idade e escolaridade materna, idade gestacional ao nascimento, peso, via de parto, sexo e cor/raça. É importante destacar que os dados foram selecionados ano a ano¹.

Os dados relativos ao índice de mortalidade foram classificados quanto às causas dos óbitos e sua evitabilidade. As causas de óbitos e evitabilidade caracterizadas no período neonatal foram descritas conforme a classificação da (10^a) edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) e a Lista de Tabulação de Causas Evitáveis¹.

Para a extração dos dados, foi elaborado um instrumento estruturado pelos próprios autores, utilizando o programa de planilha Microsoft Excel[®]. Os dados coletados foram organizados por meio de distribuição de frequência, que permitiu a observação, comparação, descrição e categorização dos dados em relação ao tema explorado neste estudo. Posteriormente, os dados foram analisados por meio de estatística descritiva.

A análise dos dados foi realizada por meio da localização temporal (distribuição conforme os anos), espacial (distribuição geográfica dos casos) e pessoal (características dos nascidos vivos, período gestacional e características dos óbitos), permitindo traçar o perfil de mortalidade neonatal na Região Sul do Brasil durante o período estudado.

Para o cálculo do coeficiente de mortalidade neonatal, segundo as diferentes categorias, a partir da obtenção do número de óbitos neonatais e do número de nascidos vivos residentes no período estudado, pertencentes à mesma região para compor os numeradores e denominadores respectivamente, calculou-se a taxa de mortalidade segundo a equação (1):

$$\text{Equação (1): Taxa de mortalidade} = \frac{\text{Número de óbitos}}{\text{Número de nascidos vivos}} \times 1.000$$

Para análise da tendência dos coeficientes ano a ano, foram empregados modelos de regressão linear. Além disso, todas as análises foram conduzidas no ambiente R 4.0.4 (R Core Team, 2021)¹¹. No que diz respeito à análise das causas evitáveis, foi empregada a regressão linear e, adicionalmente, foi avaliada a taxa de mortalidade neonatal por evitabilidade a cada 1.000 nascidos vivos.

Devido à natureza do estudo, não foi necessário submetê-lo ao Comitê de Ética em Pesquisa, em consonância com a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, uma vez que os dados analisados são de domínio público¹².

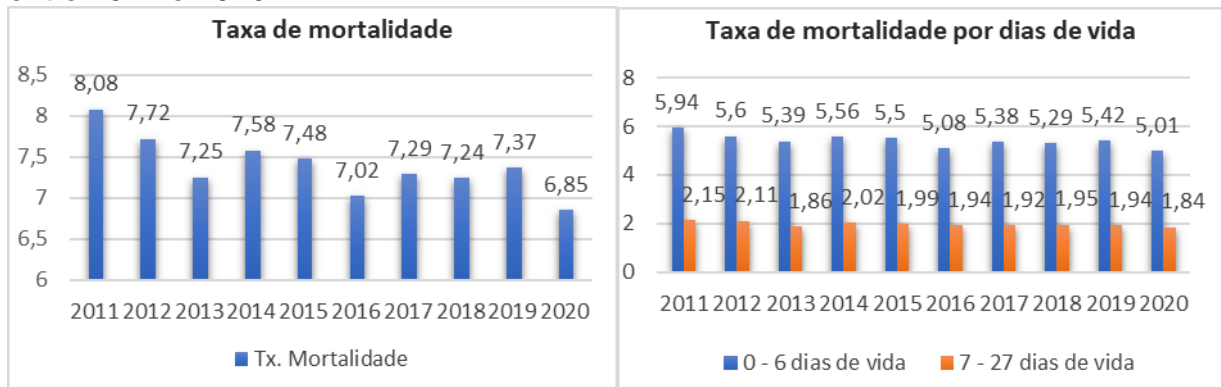
RESULTADOS

Durante o período de 2011 a 2020, na Região Sul do Brasil, 28.768 recém-nascidos evoluíram para óbito no período neonatal, sendo 73% no pré-natal precoce (0 a 6 dias de vida) e 27% no período neonatal tardio (7 a 27 dias de vida).

A maior taxa de mortalidade foi registrada em 2011, enquanto o menor índice ocorreu no ano de 2020. Ao comparar os dois anos, é possível observar uma queda de 15% na mortalidade neonatal. A análise dos dados aponta tendência de redução na mortalidade neonatal ao longo dos anos, apresentando decréscimo de 0.1 óbito para cada 1.000 nascidos vivos (Figura 1).

O estado do Paraná apresentou o maior índice de mortalidade por mil nascidos vivos, apresentando taxa de 7,8, seguido pelo Rio Grande do Sul com 7,2 e Santa Catarina com 7,0. Denotou-se uma elevada mortalidade em crianças que nasceram em vias públicas (6%), seguidas pelo domicílio (4%), outros estabelecimentos de saúde (1%) e hospitais (<1%), respectivamente.

Figura 1 – Taxa de mortalidade neonatal por 1.000 nascidos vivos no sul do Brasil entre 2011 e 2020.



FONTE: Elaborado pelos autores (2023).

Durante o período neonatal, verificou-se uma maior incidência de óbitos entre os recém-nascidos do sexo masculino, pertencentes à etnia indígena, provenientes de gestações iguais ou maiores que trigemelares, de parto vaginal, com peso inferior a 500 gramas, pré-termo, com índice acentuado para aqueles nascidos com menos de 27 semanas, filhos de mães adolescentes ou com idade igual ou superior a 45 anos e de mães sem escolaridade (Tabela 1).

Foi observada tendência de queda na taxa de mortalidade neonatal na maioria das variáveis. Entretanto, a tabela 2 aponta tendência de aumento da taxa em neonatos com idade gestacional ao nascimento entre 22 e 27 semanas, em gestações de trigêmeos ou mais, em mulheres com idade entre 10 e 14 anos, mães sem nenhuma escolaridade ou com escolaridade entre 1 e 7 anos e em crianças de cor/raça preta e indígenas (Tabelas 1 e 2).

A tendência de queda na mortalidade de neonatos foi significativa ($p < 0,05$) para aqueles nascidos de parto vaginal, com idade gestacional ao nascimento entre 32 e 41 semanas, gestações de feto único, de ambos os sexos e nascidos com peso entre 500g e 1.499g e entre 3.000g e 3.999g (Tabela 2).

Tabela 1. Taxa de mortalidade neonatal por 1.000 nascidos vivos na região sul do Brasil entre 2011 e 2020

Taxas		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Via de Nascimento	Vaginal	8,6	8,2	8,1	8,3	7,9	7,4	7,6	7,3	7,6	7,4	7,9
	Cesariana	7,3	6,9	6,3	6,6	7,0	6,4	6,8	6,9	6,7	6,1	6,7
Idade gestacional (em semanas)	22 a 27	547,8	471,0	449,6	509,2	541,9	531,3	538,1	533,4	532,5	504,5	516,5
	28 a 31	153,5	121,0	119,2	120,4	130,1	106,3	126,4	123,8	127,3	100,1	122,6
	32 a 36	18,2	13,7	14,3	14,2	15,1	13,3	12,9	13,9	13,1	13,3	14,1
	37 a 41	2,1	2,1	1,9	1,8	2,1	1,9	1,8	1,8	1,7	1,7	1,9
	≥ 42	2,3	1,0	1,0	0,8	1,8	1,1	0,0	0,9	0,2	0,9	1,0
Feto	Único	7,0	6,7	6,3	6,5	6,5	6,1	6,3	6,2	6,1	5,9	6,4
	Duplo	41,4	37,6	36,4	41,6	41,7	33,7	37,0	41,5	40,6	36,5	38,8
	Triplo ou mais	125,0	116,8	126,5	122,7	136,4	176,7	197,2	164,1	162,3	86,7	141,6
Idade da mãe (em anos)	10 a 14	13,8	15,4	14,4	19,2	14,9	17,6	17,4	14,0	19,0	15,6	16,1
	15 a 19	9,7	8,9	8,3	8,3	7,3	7,9	8,0	8,2	8,3	7,9	8,3
	20 a 24	7,1	7,3	6,3	6,5	7,2	6,4	7,0	6,8	6,7	6,6	6,8
	25 a 29	6,8	6,2	6,5	6,4	6,5	6,0	6,5	6,0	6,6	5,7	6,3
	30 a 34	6,6	6,6	6,2	6,3	6,8	6,0	6,8	6,5	6,0	5,7	6,3
	35 a 39	8,3	7,7	7,0	7,3	8,5	7,4	6,7	7,8	6,8	7,0	7,4
	40 a 44	11,4	9,1	9,1	10,3	10,5	8,6	7,2	10,6	10,2	9,4	9,6
	45 a 49	18,4	11,6	15,3	15,8	18,1	10,0	16,5	14,7	8,3	13,6	14,1
≥ 50	0,0	0,0	0,0	0,0	114,3	57,1	0,0	0,0	0,0	25,6	20,5	
Escolaridade da mãe (em anos)	Nenhuma escolaridade	69,6	60,6	79,3	71,6	56,0	68,8	77,5	91,4	82,0	173,0	77,1
	1 a 3	12,2	13,5	13,7	12,8	15,0	15,8	20,1	13,8	15,8	11,7	14,0
	4 a 7	8,0	7,3	7,5	8,3	8,6	8,8	9,0	8,9	8,4	8,1	8,2
	8 a 11	6,9	6,5	5,9	6,1	6,3	5,6	6,1	6,2	6,3	5,5	6,1
	≥ 12	5,7	6,2	5,2	5,3	6,3	5,6	5,5	5,8	5,3	4,8	5,6
Sexo do neonato	Masculino	8,7	8,3	7,8	8,1	8,0	7,6	8,0	7,8	8,0	7,4	8,0
	Feminino	7,4	7,0	6,5	7,0	6,8	6,3	6,5	6,6	6,6	6,2	6,7

Peso do neonato (em gramas)	< 500	599,2	583,6	613,6	676,6	639,9	486,0	526,2	695,3	658,4	554,7	600,6
	500 a 999	571,0	541,5	511,2	530,8	525,4	501,6	505,1	512,3	507,1	457,5	516,3
	1000 a 1499	151,6	150,7	123,4	144,6	128,5	123,7	130,2	124,4	133,0	115,2	132,5
	1500 a 2499	19,6	19,3	19,8	19,3	21,5	16,0	19,0	18,2	17,8	17,8	18,8
	2500 a 2999	3,2	3,5	3,1	3,1	3,5	3,7	2,8	3,3	3,1	3,4	3,3
	3000 a 3999	1,7	1,6	1,5	1,6	1,5	1,5	1,5	1,4	1,4	1,2	1,5
	≥ 40	2,1	2,1	2,2	1,5	1,8	2,0	1,9	1,6	1,7	1,9	1,9
Cor/raça do Recém-nascido	Branca	8,0	8,2	7,9	8,2	8,1	7,4	7,8	7,8	7,9	7,4	7,9
	Preta	6,3	3,9	3,2	3,1	4,3	4,3	3,8	5,1	5,0	5,5	4,4
	Amarela	16,8	4,6	0,0	3,4	9,0	8,4	2,8	2,3	1,1	3,0	4,4
	Parda	6,2	3,6	3,1	4,0	3,9	4,1	4,1	4,1	4,4	3,7	4,0
	Indígena	10,9	10,7	11,0	9,6	7,3	15,2	10,9	8,1	13,8	11,0	10,8

Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

Tabela 2. Modelos de regressão linear com cada uma das taxas

Y= Taxa de Mortalidade		Regressão Linear ano a ano										
		Coeficientes		IC (95%)		P-Valor	R ²	Coeficientes		IC (95%)		P-Valor
Via de Nascimento	Vaginal	β _α	260,12	148,54	371,70	<0,001	0,77	β ₁	-0,13	-0,18	0,07	<0,001
	Cesariana	β _α	122,35	-49,57	294,27	0,139	0,23	β ₁	-0,06	-0,14	0,03	0,159
Idade gestacional (em semanas)	22 a 27	β _α	-6029,93	-22935,80	10875,95	0,435	0,09	β ₁	3,25	-5,14	11,64	0,398
	28 a 31	β _α	5236,51	-1305,87	11778,90	0,102	0,29	β ₁	-2,54	-5,78	0,71	0,109
	32 a 36	β _α	686,00	54,68	1317,31	0,037	0,43	β ₁	-0,33	-0,64	-0,02	0,040
	37 a 41	β _α	83,95	42,38	125,51	0,002	0,72	β ₁	-0,04	-0,06	-0,02	0,002
	≥ 42	β _α	281,87	-8,82	572,56	0,056	0,38	β ₁	-0,14	-0,28	0,005	0,057
Feto	Único	β _α	197,60	110,29	284,92	<0,001	0,76	β ₁	-0,09	-0,13	-0,05	<0,001
	Duplo	β _α	288,12	-1270,44	1846,68	0,681	0,02	β ₁	-0,12	-0,90	0,65	0,722
	Triplo ou mais	β _α	-5058,96	-22431,04	12313,12	0,521	0,06	β ₁	2,58	-6,03	12,20	0,510
Idade da mãe (em anos)	10 a 14	β _α	-426,20	-1459,59	607,19	0,369	0,11	β ₁	0,21	-0,29	0,73	0,353
	15 a 19	β _α	267,75	-10,51	546,02	0,057	0,37	β ₁	-0,13	-0,27	0,009	0,064
	20 a 24	β _α	69,71	-105,52	244,95	0,386	0,08	β ₁	-0,03	-0,12	0,06	0,432
	25 a 29	β _α	123,72	-33,74	281,19	0,108	0,27	β ₁	-0,06	-0,14	0,02	0,124
	30 a 34	β _α	131,95	-39,90	303,80	0,115	0,26	β ₁	-0,06	-0,15	0,02	0,130

	35 a 39	$\beta\alpha$	216,86	-67,47	501,19	0,117	0,27	$\beta 1$	-0,10	-0,24	0,04	0,128
	40 a 44	$\beta\alpha$	181,61	-453,84	817,07	0,528	0,05	$\beta 1$	-0,09	-0,4	0,23	0,55
	45 a 49	$\beta\alpha$	935,70	-733,06	2604,46	0,232	0,17	$\beta 1$	-0,46	-1,29	0,37	0,239
Escolaridade da mãe (em anos)	Nenhuma escolaridade	$\beta\alpha$	-14235,88	-28015,38	-456,38	0,044	0,42	$\beta 1$	+7,10	2,68	13,94	0,043
	1 a 3	$\beta\alpha$	-408,86	-1682,65	864,93	0,480	0,07	$\beta 1$	0,21	-0,42	0,84	0,465
	4 a 7	$\beta\alpha$	-215,85	-470,15	38,45	0,086	0,34	$\beta 1$	0,011	-0,01	0,24	0,078
	8 a 11	$\beta\alpha$	158,48	-21,41	338,37	0,077	0,32	$\beta 1$	-0,08	-0,16	0,01	0,087
	≥ 12	$\beta\alpha$	150,53	-62,88	363,95	0,142	0,23	$\beta 1$	-0,07	-0,18	0,03	0,156
Sexo do neonato	Masculino	$\beta\alpha$	182,00	53,57	310,43	0,011	0,55	$\beta 1$	-0,09	-0,15	-0,02	0,014
	Feminino	$\beta\alpha$	195,14	72,31	317,98	0,006	0,61	$\beta 1$	-0,09	-0,15	-0,03	0,008
Peso do neonato (em gramas)	< 500	$\beta\alpha$	1504,13	-35015,40	38023,65	0,927	0,00	$\beta 1$	-0,45	-18,57	17,67	0,956
	500 a 999	$\beta\alpha$	17106,18	8501,12	25711,25	0,002	0,71	$\beta 1$	-8,23	-12,50	-3,96	0,002
	1000 a 1499	$\beta\alpha$	6171,43	1562,18	10780,68	0,014	0,53	$\beta 1$	-3,00	-5,28	-0,70	0,017
	1500 a 2499	$\beta\alpha$	516,02	-168,25	1200,31	0,120	0,26	$\beta 1$	-0,25	-0,58	0,09	0,132
	2500 a 2999	$\beta\alpha$	16,49	-126,22	159,20	0,797	0,01	$\beta 1$	-0,006	-0,08	0,06	0,836
	3000 a 3999	$\beta\alpha$	85,36	49,28	121,43	<0,001	0,78	$\beta 1$	-0,04	-0,06	-0,02	<0,001
	≥ 4000	$\beta\alpha$	71,06	-43,03	185,17	0,189	0,2	$\beta 1$	-0,03	-0,09	0,02	0,2
Cor/raça do Recém-nascido	Branca	$\beta\alpha$	129,08	10,74	247,43	0,036	0,41	$\beta 1$	-0,06	-0,12	-0,001	0,046
	Preta	$\beta\alpha$	-136,12	-679,39	407,13	0,579	0,04	$\beta 1$	0,07	-0,20	0,34	0,567
	Amarela	$\beta\alpha$	1717,55	-623	4058,1	0,129	0,26	$\beta 1$	-0,85	-2,01	0,312	0,130
	Parda	$\beta\alpha$	137,20	-294,91	569,31	0,485	0,06	$\beta 1$	-0,07	-0,28	0,15	0,498
	Indígena	$\beta\alpha$	-241,67	-1505,61	1022,26	0,671	0,03	$\beta 1$	0,13	-0,50	0,75	0,657

Legenda:

$\beta\alpha$: Intercepto do Modelo

$\beta 1$: Coeficiente de regressão

IC: Índice de confiança de 95%

P-Valor: Probabilidade de significância

R²: Coeficiente de determinação

Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

Entre as treze principais causas de óbitos no período neonatal destacaram-se as afecções originadas no período perinatal, seguidas de malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas. Esses dois grupos corresponderam a 98% dos óbitos observados, enquanto as doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos, juntamente com os transtornos imunitários e as doenças do aparelho geniturinário foram responsáveis por menos de 1% dos óbitos (Tabela 3).

Tabela 3. Classificação das causas básicas de óbitos no período neonatal na região sul do Brasil, entre 2011 e 2020.

CID-10^a – Causas de óbitos	n^b (28.768)	n (%)^c
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	200	0,7
II. Neoplasias (tumores)	33	0,1
III. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	2	0,0
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	31	0,1
VI. Doenças do sistema nervoso	25	0,1
IX. Doenças do aparelho circulatório	9	0,0
X. Doenças do aparelho respiratório	66	0,2
XI. Doenças do aparelho digestivo	7	0,0
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	2	0,0
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	21.077	73,3
XVII. Malformações congênitas deformidades e anomalias cromossômicas	6.989	24,3
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais	133	0,5
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	194	0,7

Legenda:

a) classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde 10^a edição

b) Número de Óbitos neonatais

c) Porcentagem de óbitos

Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

Na subcategoria das afecções originadas no período perinatal, destacaram-se as relacionadas com o feto e recém-nascido afetados por fatores maternos e por

complicações da gravidez, do trabalho de parto e do parto (38%), seguidos por transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal (31%).

Na subcategoria de doenças de malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas, as malformações do aparelho circulatório foram responsáveis por 35% dos óbitos, enquanto as malformações do sistema nervoso apresentaram um percentual de 14%.

A maioria das causas de morte no período neonatal, cerca de 72%, foram consideradas evitáveis. Entre esses óbitos, houve predomínio daqueles que poderiam ser prevenidos por meio de ações direcionadas às mulheres durante a gravidez e parto e pela atenção adequada aos recém-nascidos. Já os óbitos considerados não claramente evitáveis representaram uma taxa de 28% (Tabela 4).

Ao analisar a tendência de mortalidade por causas evitáveis ano a ano, foi possível identificar decréscimo em todos os componentes de evitabilidade, exceto nas taxas de evitabilidade por ações de imunização, que se mantiveram estáveis ao longo do período. A tendência de queda foi significativa ($p < 0,05$) para os óbitos reduzíveis por ações adequadas ao recém-nascido e nos óbitos reduzíveis por ações de promoção à saúde, enquanto nos demais componentes não houve significância.

Tabela 4. Classificação da evitabilidade dos óbitos, segundo a lista de causas de morte evitáveis na região sul do Brasil, entre 2011 e 2020.

Evitabilidade ^a	Taxa de mortalidade		
	n ^b	n (%) ^c	Taxa ^d
Ações de imunização	14	0,1	0,0
Atenção à mulher na gestação	12.079	42,0	3,1
Atenção à mulher no parto	3.254	11,3	0,8
Atenção ao recém-nascido	4.840	16,8	1,2
Ações diagnóstico e tratamento adequado	147	0,5	0,0
Ações promoção à saúde	299	1,0	0,1
Causas Mal definidas	343	1,2	0,1
Demais causas não claramente evitáveis	7.793	27,1	2,0

Legenda:

a) Lista de causas de mortes evitáveis em neonatos^a

b) Número de óbitos neonatais entre o período de 2011 a 2020 por evitabilidade.

c) Porcentagem dos óbitos neonatais por evitabilidade.

d) Taxa de mortalidade neonatal por evitabilidade por cada 1 mil nascidos vivos.

Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

DISCUSSÃO

O estudo aponta tendência de redução da mortalidade neonatal na Região Sul do Brasil ao longo de uma década. Foi possível observar que a taxa de óbitos ocorreu de forma mais acentuada nos primeiros seis dias de vida. Além disso, fatores como gênero, cor/raça, via de parto, prematuridade, baixo peso, idade e escolaridade materna constituíram fatores de risco para ocorrência dos óbitos neonatais.

Identificou-se uma maior taxa de mortalidade entre indivíduos do sexo masculino, o que está em consonância com estudos prévios^{3,4}. Uma das hipóteses para explicar esse resultado, segundo estudos, está relacionada a uma maior suscetibilidade a anomalias congênitas e deficiências imunológicas relacionadas aos cromossomos sexuais. A presença de um único cromossomo X nos homens e genes específicos do cromossomo Y pode desempenhar um papel nessa diferença, juntamente com a maior propensão dos meninos a desenvolver doenças infecciosas infantis e a nascer prematuros, o que pode contribuir para essa discrepância^{13,14}.

Observa-se uma tendência de redução na sobremortalidade neonatal com um percentual acentuado no sexo masculino. Uma das hipóteses para esse desfecho pode estar relacionada à melhoria das condições de vida e saúde da população, bem como ao avanço das condições socioeconômicas e à implementação de políticas públicas de saúde. Além disso, a melhoria dos cuidados com a saúde pré e pós-natal contribuiu significativamente para a redução da mortalidade neonatal, especialmente no sexo masculino, em virtude de sua maior vulnerabilidade^{13,14}.

Embora o número de nascimentos por cesarianas tenha sido maior, os dados apontam maior índice de mortalidade neonatal em crianças nascidas por parto vaginal. Neste contexto, outros estudos também apontam para o mesmo resultado^{7,15}. Entre as principais causas que explicam a associação entre a mortalidade e via de parto vaginal, segundo a literatura, destaca-se a má qualidade de atenção ao parto e o elevado número de cesarianas^{7,15}. Frente a isso, o Brasil ocupa o segundo lugar no mundo em que as cesarianas superam os partos vaginais¹⁶.

As cirurgias cesarianas são procedimentos essenciais para garantir a segurança e a sobrevivência da mãe e do recém-nascido em situações em que o parto vaginal apresenta riscos. No entanto, observam-se incongruências nas condutas relacionadas ao parto, uma vez que partos vaginais são realizados em situações de alto risco para a mortalidade neonatal, enquanto cesarianas são realizadas

indiscriminadamente em situações de risco habitual^{16,17}.

As taxas de mortalidade para crianças indígenas apresentaram-se substancialmente superiores às observadas para as demais raças. Embora a cor/raça não possa ser considerada, isoladamente, um fator de risco à mortalidade neonatal, é importante destacar que, quando associada a outros marcadores sociais, como educação, renda e gênero, a raça torna-se um fator decisivo para a vulnerabilidade social e, conseqüentemente, para um maior risco de mortalidade neonatal nesses grupos^{2,18}.

Diversos estudos abordam a mortalidade neonatal segundo o recorte étnico-racial. Contudo, há evidências de que ainda existem lacunas na cobertura dos serviços de saúde direcionados aos diferentes grupos étnicos, o que resulta nas desigualdades persistentes nos indicadores de saúde².

Os estudos convergem em um consenso de que a prematuridade e o baixo peso são fatores determinantes na mortalidade neonatal, estando relacionados a questões socioeconômicas, portanto, mais frequente nas populações mais vulneráveis. Além disso, algumas condições obstétricas, como diabetes mellitus (DM), hipertensão arterial sistêmica (HAS) e infecção do trato urinário (ITU), também são fatores de risco para a prematuridade¹⁹.

Embora a taxa de nascidos vivos prematuros no período tenha sido, em média, de 11% dos nascimentos, eles foram responsáveis por 76% das mortes perinatais. No entanto, considera-se que quanto mais prematuro for o nascimento, maior será o risco de mortalidade, visto que a chance de óbito em RN com 22 a 27 semanas de gestação chega a ser quatro vezes maior do que entre 28 a 31 semanas¹.

O baixo peso ao nascer é o fator de risco isolado mais importante para a mortalidade neonatal, podendo estar associado a outros fatores além da prematuridade, como a restrição do crescimento intrauterino e atenção à mulher na gestação. Estudos apontam que os recém-nascidos com baixo peso ao nascer e prematuros possuem maior suscetibilidade em apresentar morbidades como asfixia perinatal, síndrome do desconforto respiratório, sequelas neurológicas e outras condições relacionadas à vulnerabilidade neonatal que podem levar à morte¹⁹.

A sobrevivência dos recém-nascidos com baixo peso está atrelada à qualidade da atenção prestada durante a gestação, trabalho de parto e a adequada atenção ao recém-nascido²⁰. Assim, compreende-se que melhorias nos serviços de saúde para a gestante, durante o parto, e ao recém-nascido, são essenciais na redução da

mortalidade nessa população.

No presente estudo, os filhos de mães sem escolaridade apresentaram risco de mortalidade quinze vezes maior em comparação com as mães com 12 anos de estudo. Quando a falta de escolaridade e a idade materna avançada coexistem, o risco é ainda mais elevado²¹. Os resultados de diferentes estudos convergem para a mesma conclusão, apontando maior taxa de mortalidade neonatal em mulheres adolescentes, com idades acima de 40 anos e naquelas sem escolaridade²¹⁻²³.

É importante ressaltar que, ao longo da vida, a falta de escolaridade e a idade materna são fatores que podem resultar em condições socioeconômicas desfavoráveis e no aumento da vulnerabilidade, o que, por sua vez, repercute nas disparidades sociais de saúde²¹. Outrem, a idade materna avançada é fator determinante de complicações durante o período gravídico, como ocorrência de pré-eclâmpsia, prematuridade, baixo peso e outros desfechos que podem levar o RN ao óbito²⁴.

No Brasil, tem-se observado o aumento no índice de gestações em mulheres com idade superior a 35 anos e escolaridade entre 4 e 11 anos. Esse fenômeno decorre de diversos fatores, como o maior acesso aos métodos contraceptivos, os avanços da medicina reprodutiva e o aumento da expectativa de vida da população^{1,25}. No entanto, fatores sociais, culturais, comportamentais e individuais, como baixo nível educacional, estrutura familiar e falta de acesso a informações, desempenham papel preponderante na ocorrência de gestações precoces^{26,27}.

Os resultados deste estudo apontaram para uma tendência de queda nas mortalidades neonatais por meio de ações direcionadas à saúde. No entanto, observou-se que as mortes evitáveis por meio de medidas relacionadas à imunização mantiveram-se estáveis ao longo dos anos. As vacinas são consideradas uma das intervenções mais eficazes para prevenir doenças infecciosas, e sua ampla utilização tem sido crucial para proteger recém-nascidos contra uma série de patologias potencialmente fatais²⁸.

A discussão da evitabilidade dos óbitos tem levantado indagações no meio científico acerca das lacunas e fragilidades encontradas na organização dos serviços de saúde e no processo de trabalho direcionados à saúde materno-infantil, indicando a necessidade de maiores investimentos na infraestrutura e na qualificação dos profissionais²⁹.

Entre as limitações deste estudo, ressaltam-se as incompletudes e

inconsistências no preenchimento dos registros de informações na declaração de nascidos vivos e nas declarações de óbitos, o que pode resultar em possíveis vieses. Enfatiza-se também a falta de registros de nascimentos de neonatos com idade gestacional ao nascimento inferior a 22 semanas, o que impede uma análise da taxa de mortalidade por idade gestacional nesse grupo. Essas restrições devem ser consideradas em pesquisas futuras, visando aprimorar a avaliação dos resultados.

Sugere-se que futuras pesquisas avaliem a eficácia de intervenções específicas de saúde pública, como o acesso a cuidados pré-natais e monitoramento das condições de risco durante a gravidez, além de realizar estudos sobre as disparidades socioeconômicas e de saúde que podem estar relacionadas à mortalidade neonatal.

Os resultados apresentados neste estudo fornecem subsídios essenciais para o planejamento de ações estratégicas visando à redução da mortalidade neonatal. As informações também podem orientar a implementação de programas de intervenção precoce e aprimoramento da assistência pré-natal e neonatal. Assim, este estudo é uma contribuição importante para a promoção da saúde e para obtenção de melhores resultados em saúde pública.

CONCLUSÃO

A partir da condução do presente estudo, foram identificados os principais fatores de risco associados à mortalidade neonatal na Região Sul do Brasil ao longo de uma década. Os determinantes sociais em saúde, como as condições socioeconômicas, culturais, étnicas/raciais, sexuais e comportamentais, foram apontados como exercendo influência significativa nas taxas de mortalidade neonatal. Além disso, ficou claro que a grande maioria dos óbitos poderia ter sido evitada por meio de ações relacionadas à atenção adequada à saúde.

Para mitigar a mortalidade neonatal, destaca-se a importância da implementação de medidas, como o aprimoramento da assistência obstétrica e neonatal com ênfase no parto humanizado; programas de prevenção e tratamento de patologias neonatais; aumento da acessibilidade aos cuidados de saúde; aumento da acessibilidade aos cuidados de saúde; educação em saúde; e programas que visem a redução das disparidades sociais entre grupos e gêneros.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Brasil). Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS. TabNet Win32 3:0: Mortalidade – Brasil; 2015 [Internet] [citado 05 Jan 2022]. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/menu_tabnet_php.htm
2. Pícoli RP, Cazola LH, Nascimento DD. Mortalidade infantil e classificação de sua evitabilidade por cor ou raça em Mato Grosso do Sul. Ciênc. Saúde Colet. [Internet]. 2019 [citado 07 fev 2022];24(9):3315-24. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.26622017>.
3. Alves TF, Coelho AB. Mortalidade infantil e gênero no Brasil: uma investigação usando dados em painel. Ciênc. Saúde Colet. [Internet]. 2021 [citado 11 fev 2022];26(4):1259-64. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.04022019>
4. Teixeira JAM, Araújo WRM, Maranhão AGK, CortezEscalante JJ, Rezende LFM, Matijasevich A. Mortalidade no primeiro dia de vida: tendências, causas de óbito e evitabilidade em oito Unidades da Federação brasileira, entre 2010 e 2015. Epidemiol. Serv. Saúde. [Internet]. 2019 [citado 11 fev 2022];28(1). doi: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742019000100006>
5. Castro EC, Leite ÁJ, Guinsburg R. Mortality in the first 24h of very low birth weight preterm infants in the Northeast of Brazil. Rev. Paul. Pediatr. [Internet]. 2016 [citado 11 fev 2022];34(1):106-13. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rppede.2015.12.008>
6. Paiva CM, Costa VD, Farias Silva WR, Moreno FG, Macêdo AE, Macêdo CG. Neonatal mortality profile in the county of Santarém - Pará. Rev. Bras. Pesq. Saúde. [Internet]. 2020 [citado 15 fev 2022];3(1):518-37. doi: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n1-040>
7. Gaiva MA, Fujimori E, Sato AP. Fatores de risco maternos e infantis associados à mortalidade neonatal. Texto Contexto Enferm. [Internet]. 2016 [citado 20 Mar 2022];25(4). doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016002290015>
8. Florêncio V, Souza W, Lima A, Velasco W. Factors associated with infant mortality rate. Secretaria de Estado da Saúde – Goiás. [Internet]. 2021 [citado 04 mar 2022];10(1). Disponível em: <https://www.saude.go.gov.br/files//conectasus/produtos-tecnicos/l%20l-%202021/Mortalidade%20-%20Fatores%20Associados%20a%20Taxa%20de%20Mortalidade%20Infantil.pdf>
[9](#)
9. Kropiwiec MV, Franco SC, Amaral AR. Factors associated with infant mortality in a Brazilian city with high human development index. Rev. Paul. Pediatr. [Internet]. 2017 [citado 15 fev 2022];35(4):391-8. doi: <https://doi.org/10.1590/1984-0462;2017;35;4;00006>
10. Lansky S, Friche AA, Silva AA, Campos D, Bittencourt SD, Carvalho ML, et al. Investigación Nacer en Brasil: perfil de mortalidad neonatal, evaluación de la

maternidad y cuidado del recién nacido. Cad. Saúde Pública. [Internet]. 2014 [citado 20 fev 2022];30(suppl 1):S192—S207. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00133213>

11. R Core Team. R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. 2021.
12. Ministério da Saúde (Brasil). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial da União 2013; 13 jun. [Internet] [citado 05 Mar 2022] Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
13. Costa JC, Victora C. Determinants of childhood mortality sex ratios in low- and middle-income countries. Int. J. Epidemiol. [Internet]. 2021 [citado 11 Ago 2022]:50 (suplemento da edição 1) 168-142. doi: <https://doi.org/10.1093/ije/dyab168.142>
14. Vallin J. Mortalidade, sexo e gênero. Associação brasileira de estudos populacionais. Séries Demográficas. [Internet]. 2015 [citado 11 Ago 2022];2(1)15-54. Disponível em: <http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/series/article/view/7>
15. Paixão AB, Martins MM. Perfil de óbitos neonatais em uma região do estado da Bahia. Revista Saúde.com. [Internet]. 2021 [citado 14 ago 2022];17(2). doi: <https://doi.org/10.22481/rsc.v17i2.7993>
16. Andrade MLM. A realidade das cesarianas no Brasil: reflexões há cerca de duas décadas de registro [Monografia] [Internet]. Cajazeiras. Universidade Federal de Campina Grande; 2020 [citado 15 ago 2022]. Disponível em: <http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/xmlui/handle/riufcg/19325?show=full>
17. Santos CSA. Os partos cesáreos e sua influência na mortalidade neonatal nos espaços regionalizados do estado da Paraíba de 2009 a 2017 [Tese] [Internet]. Paraíba. Universidade Federal da Paraíba; 2021. [citado 15 ago 2022]. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/20917>
18. Bernardino FB, Gonçalves TM, Pereira TI, Xavier JS, Freitas BH, Gaíva MA. Tendência da mortalidade neonatal no Brasil de 2007 a 2017. Ciênc. Saúde Colet. [Internet]. 2022 [citado 15 Ago 2022];27(2):567-78. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.41192020>
19. Santos NC, Zanin L, Oliveira AM, Flório FM. Factors associated with neonatal mortality of very low birth weight preterm infants in an Intensive Care Unit. RSD. [Internet]. 2021 [citado 16 Ago 2022];10(2):e39110212402. doi: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12402>
20. Gaíva MA, Lopes FS, Mufato LF, Ferreira SM. Fatores associados à mortalidade neonatal em recém-nascidos de baixo peso ao nascer. REAS. [Internet]. 2020 [citado 16 Ago 2022];12(11):e4831. doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e4831.2020>
21. Fonseca SC, Flores PVG, Camargo Jr KR, Pinheiro RS, Coeli CM. Escolaridade e

- idade materna: desigualdades no óbito neonatal. RSP. [Internet]. 2017 [citado 19 Ago 2022];51(94). Doi: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007013>
22. Sampaio Neto AM. Perfil da mortalidade neonatal na cidade de Manaus [Monografia] [Internet]. Manaus. Universidade do Estado do Amazonas. 2018 [citado 19 Ago 2022]. Disponível em: <http://repositorioinstitucional.uea.edu.br/handle/riuea/1014>
23. Garcia LP, Fernandes CM, Traebert J. Risk factors for neonatal death in the capital city with the lowest infant mortality rate in Brazil. J. Pediatr.. [Internet]. 2019 [citado 19 Ago 2022], 95(2), 194- 200. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jped.2017.12.007>
24. Moura BL, Alencar GP, Silva ZP, Almeida MF. Fatores associados à internação e à mortalidade neonatal em uma coorte de recém-nascidos do Sistema Único de Saúde, no município de São Paulo. Rev. Bras. Epidemiol. [Internet]. 2020 [citado 30 Ago 2022];23. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200088>
25. Martinelli KG. Advanced maternal age implications for maternal and perinatal outcomes [tese] [Internet]. Rio de Janeiro. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. 2018 [citado 04 Set 2022];138. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34066>
26. Farias RV, Soares CF, Araújo RD, Almeida VR, Leitão DD, Santos JS, et al.. Gravidez na adolescência e o desfecho da prematuridade: uma revisão integrativa de literatura. REAS. [Internet] 2020. [citado 04 Set 2022];(56):3977. Doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e3977.2020>
27. Pinheiro YT, Pereira NH, Freitas GD. Factors associated with pregnancy among adolescents of a municipality of northeast of Brazil. Cad. Saúde Colet.. [Internet] 2019. [citado 04 Set 2022];27(4):363-7. doi: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201900040364>
28. Silva HUP, Paiva LD, Cartaxo M, Fleury RMG, Barbosa JDSP. Fatores de risco e pontos conexos associados à mortalidade neonatal no Brasil: uma revisão integrativa. Rev. Bras. Interdiscip. Saúde – ReBIS. [Internet] 2021. [citado 19 Abr 2023]; 3(3):1-9. Disponível em: <https://revistarebis.rebis.com.br/index.php/rebis/article/view/209>
29. Gaíva MA, Fujimori E, Sato AP. Neonatal mortality: analysis of preventable causes. Rev. Enferm. UERJ. [Internet] 2015. [citado 10 Nov 2022];23(2). doi: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.5794>

RECEBIDO: 23/02/2023
APROVADO: 17/08/2023

Desenvolvimento e validação de modelo lógico de avaliação da qualidade em saúde materna e infantil

Development and validation of a logical model for assessing quality of care in maternal and child health.

Michelle Thais Migoto¹, Rafael Pallisser de Oliveira²,
Reginaldo Thuler Torres³, Márcia Helena de Souza Freire⁴

1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8546-8694>. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná. Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: michellemigoto@gmail.com

2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6997-399X>. Analista de Sistemas. Especialista em Business Analytics e Business Intelligence. Universidade Positivo. Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: rafaelpallisser@gmail.com

3. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7619-0395>. Farmacêutico. Mestre em Farmácia. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: thulertorres@yahoo.com.br

4. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4788-3221>. Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: marciahelenafreire@gmail.com

RESUMO

Desenvolver e validar um modelo lógico de avaliação da qualidade em saúde materna e Infantil. Estudo metodológico, realizado com 11 especialistas em saúde pública, ou avaliação, ou saúde materna e infantil. Elaborado com recomendações da Fundação Kellogg. A taxa de concordância entre os juízes especialistas para clareza foi de 91,6% e pertinência, 93,8%. O Índice de Validade de Conteúdo foi de 0,92 para clareza, 0,94 para pertinência e 0,98 para abrangência, para as dimensões assistenciais foi de 0,91, com validade de conteúdo para atendimento ao pré-natal, parto, puerpério e atendimento ao recém-nascido. A confiabilidade apresentou Alfa de Cronbach de 0,92. Modelo lógico com validade e confiabilidade de conteúdo contribui para avaliação da qualidade em saúde na assistência materna e infantil, aplicado

nos diversos níveis assistenciais. Os procedimentos estruturados por este modelo subsidiarão ajustes na estrutura e nos processos da linha de cuidado desta população.

DESCRITORES: Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. Avaliação de Processos e Resultados em Cuidados de Saúde. Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde. Serviços de Saúde Maternoinfantil. Estudos de Validação.

ABSTRACT

This study aimed to develop and validate a logical model for evaluating Quality of Care in Maternal and Child Health. It was a methodological study conducted with 11 specialists in public health, or evaluation, or maternal and child health, designed following the Kellogg Foundation's guidelines. The Agreement Rate among expert judges was 91.6% for clarity and 93.8% for pertinence. The Content Validity Index was 0.92 for clarity, 0.94 for pertinence, 0.98 for comprehensiveness, and 0.91 for the care dimensions, with content validity for prenatal care, childbirth, puerperium, and newborn care. Reliability presented Cronbach's Alpha of 0.92. It constitutes a logical model with content validity and reliability that contributes to the assessment of Quality of Care in maternal and child health, applied at different levels. The procedures structured by this model will support adjustments in the structure and processes in the care for this population.

DESCRIPTORS: Program Evaluation. Outcome and Process Assessment, Health Care. Quality Indicators, Health Care. Maternal-Child Health Services. Validation Study.



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 sistemas de saúde, de maneira geral, buscaram ampliar a cobertura da saúde reprodutiva para o acesso universal, conforme recomendou os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio, na perspectiva de melhores resultados de saúde. Em desdobramento a esta mudança, foram estabelecidos os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, os quais conduzem para necessidade de estabelecimento de estratégias de mensuração dos processos implantados por políticas públicas de saúde, bem como dos resultados obtidos¹. A qualidade em saúde pode ser entendida pela tríade estrutura, processo e resultado², que consiste no modo como todos estes elementos são colocados em prol da assistência para resolução dos problemas de saúde, elucidando os desfechos de saúde, considerando a restauração da função, sobrevivência e mortalidade no nível individual e comunitário.

A estrutura é compreendida por elementos que compõem o arranjo físico, os recursos humanos e a qualificação, além dos equipamentos disponíveis, recursos financeiros e insumos. O processo descreve a maneira na qual esta estrutura é colocada em prática, como a assistência é realizada para atender à necessidade do indivíduo. Já os resultados refletem os processos aplicados no desenvolvimento da assistência. Esta tríade configura o paradigma da avaliação em saúde²⁻³.

Destarte, almeja-se a melhoria da qualidade da assistência à população materna e infantil, conforme as políticas públicas vigentes, pois consiste em importantes indicadores do estado de saúde de uma população, sobretudo por serem grande parte dos óbitos evitáveis, neste segmento⁴. Estudo *Global Burden of Disease* apontou redução de 30,0% da Mortalidade Materna, de 1990 a 2015, contudo, ainda ocorrem 196 óbitos por cem mil nascidos vivos, considerando 186 países desenvolvidos e em desenvolvimento⁵. Esse mesmo estudo mostrou Taxa de Mortalidade Neonatal, que variou de 7 a 35 óbitos por mil nascidos vivos em países subdesenvolvidos. Esses dados justificam a relevância de estudos que proponham a avaliação da qualidade em saúde materno-infantil. Neste mesmo período, outro estudo *Global Burden of Disease*, analisou dados Mortalidade na Infância, considerando ser a prematuridade a principal causa de óbitos⁶. Assim, por se constituírem os desfechos da assistência em saúde materna e infantil, um problema de saúde pública em

quaisquer sistemas de saúde, almeja-se a melhoria da qualidade, visando pré-natal, parto e puerpério, e atendimento ao recém-nascido.

No Brasil, a assistência à saúde materna e infantil está organizada na lógica de Redes de Atenção à Saúde, visando acesso universal e integralidade do cuidado no Sistema Único de Saúde. Nesta, o acesso é regionalizado, articulando os serviços de diversos municípios, para a oferta da assistência às diversas complexidades. Esta organização foi estabelecida pela Rede Cegonha que apresenta as diretrizes para o atendimento pré-natal, parto, puerpério e ao recém-nascido⁷.

A Rede Cegonha é uma linha de Cuidado à Saúde Materna e Infantil constitui como política de Estado, presente nos planos de governos. A implantação, no estado do Paraná, apresenta-se como linha de cuidado do Sistema Único de Saúde (SUS), que compreende a articulação dos serviços disponíveis⁸. Acredita-se que para contribuir com a gestão do cuidado de forma eficiente, faz-se necessária a elaboração de procedimentos de avaliação da qualidade em saúde dessa população⁹.

À vista do exposto, avaliar a qualidade em saúde materna e infantil, a partir da formulação de evidências científicas, contribuirá para eficácia, efetividade, eficiência, otimização, acessibilidade, legitimidade e equidade¹⁻² dessa linha de cuidado. Para tanto, o processo de desenvolvimento e validação de um modelo lógico é apontado como o primeiro passo para uma avaliação.

Portanto, objetivou-se desenvolver e validar um modelo lógico de avaliação da qualidade em saúde materna e infantil.

MÉTODO

Este trabalho se caracteriza como estudo metodológico, para o desenvolvimento de instrumento sustentado por aspectos teóricos e estatísticos que favorecem a manipulação dos dados em obtenção, organização e análise¹⁰⁻¹¹. Organizou-se em cinco etapas: 1) Investigação bibliográfica para seleção de evidências científicas; 2) Construção da primeira versão do instrumento; 3) Coleta de dados para validação; 4) Análise dos dados para a validação; e 5) Remodelagem do instrumento elaborado¹⁰.

Levantamento bibliográfico¹² possibilitou a definição das premissas e dos itens que compuseram o modelo lógico, partindo da identificação de um arcabouço de documentos legais, como Constituição Federal, Leis, Resoluções, Portarias, Instruções Normativas e documentos do Ministério da Saúde. Esses documentos foram localizados em sites oficiais do Governo Federal e analisados segundo o referencial teórico de Avaliação da Qualidade em Saúde, considerando a tríade estrutura, processo e resultado. Ainda, conforme a Rede Cegonha, analisaram-se as relações entre as dimensões assistenciais do pré-natal, parto, puerpério e atendimento ao recém-nascido.

Para elaboração do instrumento adotou-se o modelo lógico do tipo *Theory Approach Model*, este propõe a definição das premissas da política pública de saúde organizado em cinco domínios: 1) Entradas; 2) Atividades; 3) Saídas; 4) Resultados; e 5) Impacto. Estes domínios contêm itens que são indicadores para avaliação da saúde propostos pelas resoluções ou citados como importantes para o cumprimento da política pública. Esses domínios e itens foram organizados conforme a dimensão assistencial identificadas por diferentes cores, a saber: pré-natal, na cor rosa; parto e puerpério, em laranja; e atendimento ao recém-nascido, em verde. Assim, elaborou-se representação gráfica, na qual a leitura destes domínios procede-se da esquerda para a direita, considerando a interdependência entre eles¹³.

Após a construção do modelo lógico, convidaram-se 20 profissionais de saúde, para procederem à validação de conteúdo. Destes, sete recusaram-se em participar apresentando como motivo pouca disponibilidade de tempo, dentre os 13 participantes restantes, dois não completaram o preenchimento do questionário de coleta de dados e foram excluídos. Por fim, a população do estudo foi composta por 11 participantes que participaram do Comitê de Juízes Especialistas, número que atende às recomendações do referencial metodológico de validação de conteúdo, ou seja, número de participantes maior que dez e ímpar para evitar o empate.

Em relação aos critérios de inclusão, os participantes do estudo foram selecionados de forma intencional, sendo considerados os profissionais com experiência na assistência, na gestão, no ensino ou na pesquisa em saúde materna e infantil, de diversas áreas de formação e, ainda, que tivessem alguma experiência

profissional nesta linha de cuidado. Excluíram-se aqueles que não completaram todas as respostas do instrumento de coleta de dados, no prazo de 60 dias.

Encaminhou-se e-mail contendo a explicação dos objetivos da pesquisa, a justificativa e os procedimentos de coleta de dados para validação de conteúdo. Ao apresentar resposta positiva ao aceite, os participantes assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantindo os direitos éticos da pesquisa. Foi entregue o Modelo Lógico de Avaliação da Linha de Cuidado a Saúde Materna e Infantil, para análise do conteúdo, no formato digital, juntamente com o formulário de coleta de dados, em que eles respondiam às perguntas para validação de conteúdo do modelo lógico construído.

Os participantes eram do estado do Paraná, localizado na Região Sul do Brasil. Nele, a implantação da Rede Cegonha ocorreu, em 2012, considerando a lógica das Redes de Atenção à Saúde, atualmente, denominada de Linha de Cuidado a Saúde Materna e Infantil⁸. Composto por 399 municípios, agrupados em 22 regionais de saúde que articulam os serviços, por meio consórcios e contratos, para possibilitar o acesso universal e integral à assistência em saúde. Ao considerar as necessidades de atendimentos mais complexos, os encaminhamentos são organizados em quatro Macrorregiões de Saúde: Leste, Norte, Noroeste e Oeste.

A coleta de dados para validação do conteúdo aconteceu entre os meses de junho a dezembro de 2020, via on-line pela disponibilização de um link de acesso ao formulário de coleta de dados. As respostas geraram base de dados, posteriormente importada para análise, na ferramenta Software IBM SPSS.

Os dados e a análise seguiram as etapas de validação¹⁴, em que o instrumento de coleta de dados, adaptado¹⁵ para o conteúdo desta pesquisa, consistiu-se em duas fases, a primeira apresentou perguntas fechadas, aplicando a escala *Thurstone* de dois pontos: concordo e discordo. Procedeu-se ao cálculo da Taxa de Concordância (TC), com o número de participantes que concordaram entre si, multiplicado por 100 e dividido pelo número total de participantes. A TC do modelo lógico consiste na média entre a TC dos domínios, que resultou na média das TC dos itens que o compunha. Na ocorrência de valores de TC $\geq 90\%$, o conteúdo foi considerado adequado. De outro lado, em caso de valores de TC abaixo desse valor, o conteúdo dos itens era

readequado, conforme as sugestões do Comitê de Juízes Especialistas¹⁵.

Para a segunda fase, utilizou-se da escala tipo *Likert* de quatro pontos, a saber: 1) Não; 2) Pouco; 3) Bastante; e, 4) Muito. Estes julgamentos foram relativos à clareza, pertinência ou abrangência dos itens e dos domínios do modelo lógico. Calculou-se o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), conforme a soma das respostas “bastante” e “muito”, e o produto da soma foi dividido pelo total de respostas. O IVC do modelo lógico foi calculado a partir da média dos domínios, que consistiu na média do IVC dos itens que o compunha. O valor considerado para concordância aceitável foi de 0,78 ou mais. Para concordância mínima, foi de 0,80; e para concordância preferencial, maior ou igual a 0,90¹⁵.

Para análise da confiabilidade da consistência interna do modelo lógico, calculou-se o Coeficiente Alfa de Cronbach, considerado como confiabilidade excelente quando valor calculado fica acima de 0,90. Este teste buscou medir a correlação entre os juízes especialistas quanto à concordância, em relação aos itens, domínios e à estrutura do modelo lógico¹⁵⁻¹⁶.

Para elaboração deste estudo, seguiram-se as recomendações *Standards for Quality Improvement Reporting Excellence (SQUIRE)*¹⁷ que orienta a estrutura para o relato de novos conhecimentos sobre como melhorar os cuidados de saúde. Obteve-se aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, conforme parecer consubstanciado nº 3.912.101, de 2020.

RESULTADOS

Dos 20 participantes convidados, 11 (55%) participaram. A predominância foi de mulheres, enfermeiras, com mais de 20 anos de formação profissional, todas com título de especialista, podendo ser em Saúde Pública, ou Saúde da Mulher ou Saúde da Criança, e cursaram pós-graduação *stricto sensu*, com predomínio ligeiramente maior, em que seis concluíram doutorado (54,5%). Apresentaram com maior frequência, atuação profissional no ensino e pesquisa (45,5%), seguido da Gestão em Serviços de Saúde (36,4%) (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização do Comitê de Juízes Especialistas. Paraná, Brasil - 2021.

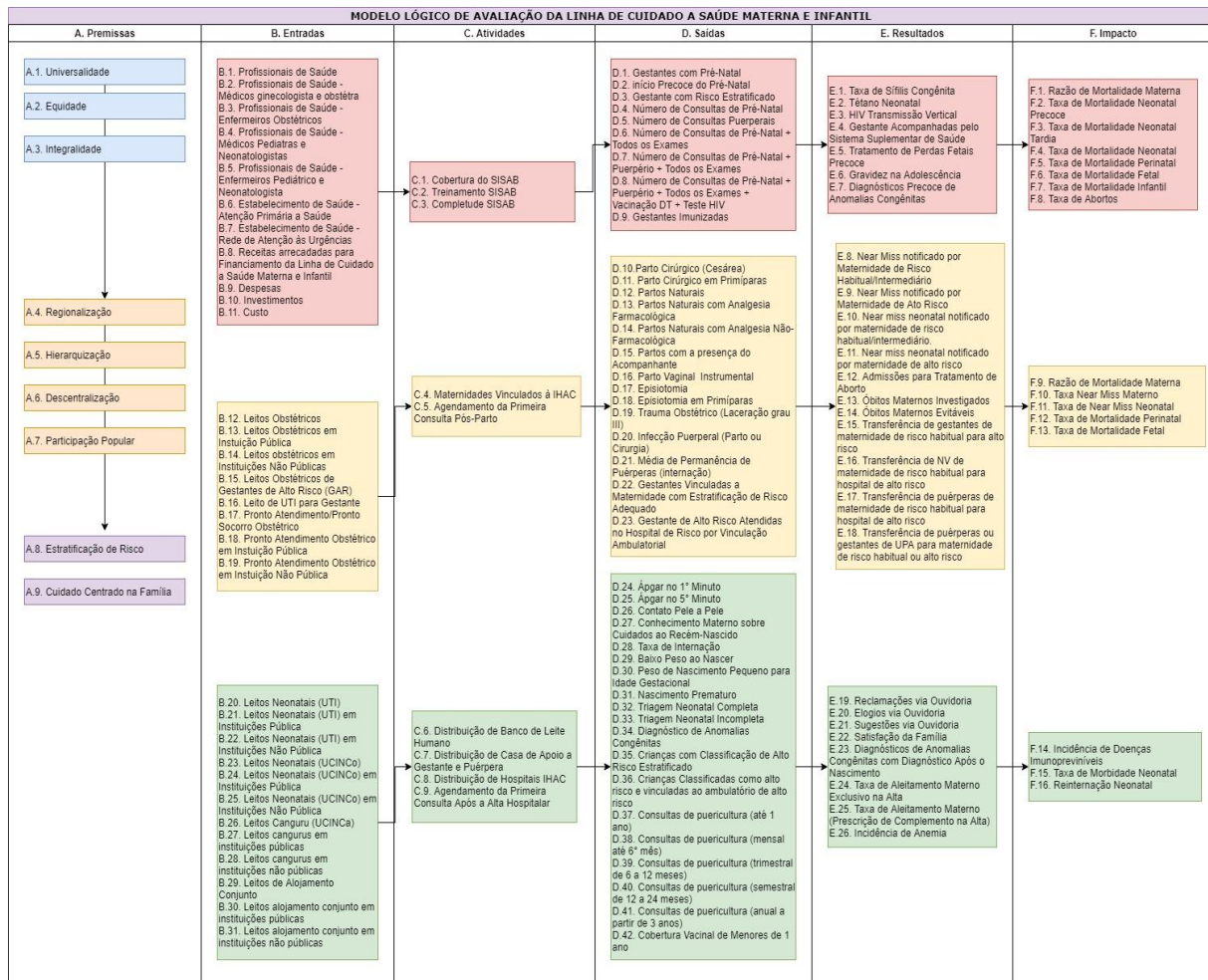
Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	9	81,8
Masculino	2	18,2
Formação Profissional		
Enfermeiro	9	81,8
Outros	2	18,2
Tempo de Formação		
≤ 20 anos	4	36,4
Entre 20 e 30 anos	5	45,5
> 30 anos	2	18,2
Especialização		
Saúde da Criança	3	27,3
Saúde da Mulher	4	36,4
Saúde Pública ou Coletiva	4	36,4
Titulação		
Mestrado	5	45,5
Doutorado	6	54,5
Área de Atuação		
Ensino e Pesquisa	5	45,5
Gestão em Serviços de Saúde	4	36,4
Gestão em Sistema de Saúde	2	18,2

Fonte: Elaborado pelos autores (2023)

Na Figura 1, elucida-se a representação gráfica do Modelo Lógico de Avaliação da Linha de Cuidado à Saúde Materna e Infantil, organizado com título, premissas e os cinco domínios (entradas, atividades, saídas, resultados e impacto). Para cada domínio, estabeleceram-se os itens que o compõem os indicadores que possam medir a qualidade da estrutura, do processo e do resultado. Estes itens foram selecionados e propostos, conforme a revisão de literatura, sobretudo embasada pelo arcabouço jurídico de legislação do SUS. Esses itens compõem os domínios e foram agrupados e identificados por cores, de acordo com as dimensões assistenciais, a saber:

dimensão assistencial do pré-natal, os indicadores estão apresentados na cor rosa; dimensão assistencial do parto e puerpério, na cor laranja; e, dimensão assistencial do atendimento ao recém-nascido, na cor verde (Figura 1).

Figura 1. Modelo Lógico de Avaliação da Linha de Cuidado à Saúde Materna e Infantil, proposto segundo a Fundação Kellogg, Paraná, 2021.



Fonte: Elaborado pelos autores (2023)

Domínios: entradas, atividade, saídas, resultados e impacto. Itens: cada indicador apresentado nos domínios, foram organizados em cor para indicar a dimensão assistencial que contemplam. Cor rosa: itens que abordam a dimensão assistencial do pré-natal; cor laranja: itens que compõem a assistência ao parto e puerpério; e, cor verde: itens que compõem a assistência ao recém-nascido.

Assim, os dados de validação de conteúdo compreendem o julgamento da clareza, pertinência e abrangência, pelo Comitê de Juizes Especialistas, em relação aos itens, domínios e à estrutura do modelo lógico. Calculou-se a TC pela média da taxa de cada domínio (entradas, atividades, saídas, resultados e impacto), resultando em 91,6% para clareza e 93,8% para pertinência. Para validação de conteúdo, calculou-se o IVC, quanto aos critérios de clareza (0,92), pertinência (0,94) e

abrangência (0,98). Também, avaliou-se pelo IVC a estrutura: título com validade ideal (1,00); formato e organização com validade preferencial (0,91); e redação das premissas com concordância mínima (0,82). Em relação às dimensões assistenciais pré-natal, parto e puerpério e atendimento ao recém-nascido, obteve-se IVC de 0,91, dado que pode sugerir um modelo lógico abrangente para avaliação da saúde maternoinfantil.

Na análise de confiabilidade da consistência interna do Modelo Lógico de Avaliação da Linha de Cuidado à Saúde Materna e Infantil, examinaram-se conjuntamente título, formato, premissas, dimensões assistenciais (pré-natal; parto e puerpério; e, atendimento ao recém-nascido) e abrangência dos domínios (entradas; atividades; saídas; resultados; e, impacto). Aplicou-se o teste do Coeficiente Alfa de Cronbach que apresentou o valor de 0,92, indicando excelente confiabilidade para modelo lógico construído (Tabela 2).

Tabela 2. Confiabilidade do Modelo Lógico de Avaliação da Linha de Cuidado à Saúde Materna e Infantil, teste do Coeficiente Alfa de Cronbach. Paraná, Brasil - 2021.

Estatística da Escala	Itens*
Coeficiente Alfa de Cronbach	0,92
Média	31,64
Variância	19,65
Desvio Padrão	4,43

Fonte: Elaborado pelos autores (2023)

*Itens: título, formato, premissas, dimensões assistenciais (pré-natal; parto e puerpério; e, atendimento ao recém-nascido) e abrangência de cada domínio (entradas, atividades, saídas, resultados e impacto).

DISCUSSÃO

A amostra de 11 juízes especialistas foi adequada, pois número maior do que 10 favorece a concordância, e quantidade ímpar favorece o desempate no consenso, conforme recomenda o referencial metodológico¹⁵. Evidenciaram-se elevadas Taxas de Concordância com a validade de conteúdo do Modelo Lógico de Avaliação da Linha de Cuidado de Saúde Materna Infantil em relação aos critérios de clareza, pertinência, abrangência, validade de conteúdo em sua estrutura, organização, título e dimensões assistenciais (pré-natal; parto e puerpério; e, atendimento ao recém-nascido). Além de excelente confiabilidade em relação à consistência interna, corroborando avaliação

baseada em evidências científicas¹⁸.

A elaboração gráfica deste modelo lógico afirma-se como a primeira etapa realizada para um procedimento de avaliação da qualidade em saúde materna e infantil do estado do Paraná. Elaborou-se de forma participativa, contribuindo para o planejamento, a gestão e institucionalização da avaliação desta política pública de saúde no estado. A estrutura seguiu recomendações internacionais da Fundação Kellogg¹³.

Desenvolveu para o estado do Paraná, após oito anos da implantação desta linha de cuidado. Trata-se de política de Estado que se mantém vigente em distintos governos. Atualmente, o planejamento está completo e a gestão avança para o monitoramento e a avaliação⁸, fato que aponta para contribuição do modelo lógico para realização de ações cíclicas no planejar, fazer, verificar e agir. Assim, possibilitar o estabelecimento de padrões que, de forma contínua, possam ser ajustados no alcance da melhoria da saúde³, elevando a qualidade, segurança e o valor desta política.

Os itens estabelecidos para compor cada domínio do modelo lógico proposto consistem em indicadores que buscam mensurar a assistência à saúde materna e infantil na Atenção Primária, hospitalar e ambulatorial, organizadas em dimensões assistenciais do pré-natal; do parto e puerpério; e do atendimento ao recém-nascido. Além disso, estão em concordância com o contexto da agenda dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, para gestão no modelo de governança e monitoramento da continuidade da redução da mortalidade materna e infantil¹⁹. Possibilitará o estabelecimento de metas que contribuam para maior otimização dos recursos financeiros³, impactando no fortalecimento da linha de cuidado.

A tríade estrutura, processo e resultados está contida nos domínios do modelo lógico, representada pelos indicadores que os compõem. Na estrutura, compreende-se o domínio entrada, este se refere aos indicadores para quantificar recursos humanos, financeiros e organizacionais, bem como o domínio atividades para mensurar a aplicação dos recursos realizados pela política pública. Para o processo, os indicadores apresentados no domínio saídas identificam o desenvolvimento de atividades assistenciais^{2,3}.

Para resultados, os indicadores foram agrupados em dois domínios, também é chamado de resultados, composto por indicadores que mensuram a mudança no nível individual dos profissionais de saúde em relação ao comportamento, conhecimento e

às habilidades²⁻³. Estas mudanças podem ser classificadas a curto prazo, no que se refere de 1 a 3 anos, ou a longo prazo, entre 4 e 6 anos, bem como no domínio impacto, em que se identificaram-se as mudanças ocorridas nos serviços e sistemas de saúde, considerando tempo maior de 7 a 10 anos^{1,3,13}, momento para avaliação no qual se encontra a linha de cuidado proposta por este modelo lógico.

Trata-se de procedimento extenso de avaliação, devido à complexidade multidimensional a qual se propõe uma linha de cuidado. Assim, estruturou-se com um conjunto de indicadores que podem ser associados a estudos de métodos mistos para validação, fusão, conexão ou incorporação de dados. A aplicação possibilita inovação em avaliação, de tal modo que as evidências científicas produzidas sejam fidedignas para eficácia e compreensão do contexto no qual a política pública de saúde esteja inserida²⁰.

Isso favorece o estabelecimento de orientações normativas para qualidade em saúde à assistência materno-infantil, fundamentada no processo aplicado e resultado obtido¹. Assim, os procedimentos de avaliação que este modelo lógico propôs podem ser realizados de forma individualizada na esfera municipal, ou estendida à uma Regional de Saúde ou Macrorregional, nas diversas dimensões assistenciais. Possibilitam ajustes e readequações de fragilidades relativas ao processo aplicado na assistência à saúde materna e infantil.

Além disso, permite apresentar, de forma clara, a prática assistencial da política pública de saúde, bem como os recursos necessários para realização. De tal modo, que seja possível compreender a relação entre a causa e o efeito^{13,19}, e de que maneira o processo, estabelecido para assistência à saúde, favorece a redução da morbimortalidade da população materna e infantil.

Devido ao fato de a validação de conteúdo contar com a participação de especialistas que atuam na temática e incrementaram a construção deste modelo lógico, assevera a Linha de Cuidado e subsidia o avanço da mesma, mediante a realização da avaliação. Nesta visão, a experiência da Linha de Cuidado a Saúde Materna e Infantil do estado do Paraná poderá ser utilizada como ferramenta de gestão em outros estados brasileiros.

Outro estudo brasileiro, com objetivo de avaliar o grau de implantação da Rede Cegonha, em Macrorregional de Saúde do estado de Pernambuco, elaborou um modelo lógico, contendo seis dimensões para avaliação da implantação: política e legislação da macrorregional; investimentos e ações; ações específicas à saúde

materna e infantil; contratação e captação de recursos humanos; estimulação da população na defesa dos direitos a ações de comunicação; e organização dos serviços, concluindo que o grau de implantação se apresentava insatisfatório²¹. Estas dimensões em avaliação representam aspectos da estrutura, são relativas à avaliação de entradas e atividades, de acordo com a Fundação Kellogg, não se estendendo para avaliação do processo e resultado, conforme é proposto pelo modelo lógico apresentado nesta pesquisa.

Estudo transversal, realizado em Porto Alegre, avaliou indicadores de processo aplicados a uma maternidade após quatro anos de implantação da Rede Cegonha, identificando elevação em alguns dos indicadores, como a presença de acompanhante (95,7%; $p=0,004$), no momento do parto, uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto (74,2%; $p = 0,040$), incentivo ao contato pele a pele (60,1%; $p < 0,001$) e amamentação na primeira hora de vida (60,1%; $p < 0,001$), bem como redução de algumas práticas não recomendadas, como a tricotomia (64,0%; $p<0,001$) e a episiotomia (55,0%; $p=0,024$)²². Neste modelo lógico, consideraram-se estes indicadores que possibilitam a avaliação do processo, pois seguem as diretrizes da Rede Cegonha.

Outro estudo transversal, realizado na 17ª Regional de Saúde do Paraná, identificou que os piores desfechos maternos e fetais diante de uma intercorrência obstétrica durante o trabalho de parto estão relacionados ao atraso na decisão da mulher em buscar o serviço de saúde ($p=0,005$), associada ao conhecimento materno sobre o trabalho de parto e parto ($p=0,048$) recebido durante o período gestacional. O atraso em identificar e alcançar o serviço de saúde adequado ($p=0,523$), ou o atraso em receber o cuidado adequado no momento oportuno ($p=0,143$), apresenta menor impacto nos desfechos²³. Possivelmente, esses atrasos possam estar relacionados à disponibilidade de transporte, à estratificação de risco da gestante e vinculação à maternidade adequada ao risco estratificado, conforme diretrizes da Rede Cegonha, incluídas como indicadores neste modelo lógico.

Nesse cenário, justifica-se a necessidade de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, por meio de investimento de recursos financeiros, confirmada por estudo qualitativo, realizado com gestores do sistema de saúde do estado do Pará. Eles apontaram como desafio o limitado acesso ao Sistema Único de Saúde, devido à fragilidade da Atenção Primária, relacionada a poucos leitos disponíveis, ambos devido ao subfinanciamento crônico do sistema de saúde²⁴. Assim, um procedimento

de avaliação detalhado possibilitará a elaboração de evidências científicas que quantifiquem o problema de subfinanciamento, sobretudo após a aprovação da Emenda Constitucional nº 95 de 2016²⁵. Poder-se-á, nesta perspectiva, modificar o estado de bem-estar social e favorecer a prevenção da morbimortalidade das crianças²⁶, conseqüente a baixa qualidade da assistência, sobretudo no pré-natal e parto. Este modelo lógico sugere indicadores que possam mensurar recursos financeiros, permitindo a avaliação da estrutura, aplicado ao domínio entradas, destacando a alocação conforme os níveis de complexidade.

O presente modelo lógico sugere indicadores que avaliam o processo e os resultados de saúde pertinentes à prematuridade, a principal causa vinculada à mortalidade em menores de cinco anos⁶. Como mostra estudo de coorte, realizado no Distrito Federal, que traçou o perfil epidemiológico dos recém-nascidos assistidos em seguimento ambulatorial, que atendia, em maioria, prematuros com idade gestacional inferior a 34 semanas, com baixo peso ao nascer e história de internação maior que 30 dias. Estes recém-nascidos apresentavam problemas relacionados ao ganho de peso e diagnósticos médicos que podem levar a déficits no crescimento e desenvolvimento. As consultas forneciam orientações quanto aos principais cuidados para manutenção de vidas, promovendo o aleitamento materno exclusivo e o crescimento saudável que favorecem a qualidade de vida²⁷.

Considerou-se como limitação deste estudo a dificuldade de selecionar profissionais de saúde que detivessem expertise em todas as áreas de conhecimento envolvidas em procedimento de avaliação para uma linha de cuidado, a saber: saúde pública, avaliação em saúde, saúde da mulher e da criança, bem como que apresente atuação profissional na Linha de Cuidado à Saúde Materna e Infantil do estado do Paraná. Contudo, contou-se com especialistas de todas estas áreas, em que cada um contribuiu com o conhecimento específico que detinha. Salientando-se que a maioria dos participantes que se dispuseram a contribuir com o processo de validação de conteúdo deste modelo lógico eram enfermeiros.

Outra limitação é que não foi identificada a construção de um modelo lógico de avaliação da Rede Cegonha, associando o referencial teórico da tríade do paradigma da avaliação em saúde e do referencial metodológico de validação de conteúdo. Desta forma, sugere-se a aplicação deste modelo para o cálculo dos indicadores propostos para aprimoramento.

CONCLUSÃO

O desenvolvimento do Modelo Lógico de Avaliação da Linha de Cuidado à Saúde Materna e Infantil, do estado do Paraná, apresenta validade de conteúdo e confiabilidade estabelecida. Isso possibilitará a institucionalização da avaliação da qualidade em saúde, materna e infantil, pela contínua produção de evidências científicas. Além disso, favorecerá a compreensão da estrutura, do processo e do resultado nesta linha de cuidado, no Paraná e nos diversos estados que seguem as diretrizes da Rede Cegonha e o aplicarem, proporcionando o fortalecimento desta linha de cuidado, transformando a realidade social da população assistida pela Rede Cegonha em todo o Brasil.

Logo, sugerem-se novos estudos que apliquem o modelo lógico de avaliação da qualidade da assistência maternoinfantil, para que se inicie o estabelecimento de padrões de qualidade em saúde neste segmento, apontando ajustes possíveis na estrutura e nos processos das políticas públicas de saúde maternas e infantis implementadas.

REFERÊNCIAS

1. Jordan K, Marten R, Gureje O, Daelmans B, Kruk ME. Where is quality in health systems policy? An analysis of global policy documents. *Lancet Glob Health*. 2018; 6(11): e1158-e1161. Doi: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30375-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30375-9)
2. Aggarwal A, Aeran H, Rathee M. Quality management in healthcare: The pivotal desideratum. *J Oral Biol Craniofac Res*. 2019;9(2):180-182. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jobcr.2018.06.006>
3. Yuan F, Chung KC. Defining Quality in Health Care and Measuring Quality in Surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2016; 137(5):1635–1644. Doi: <https://doi.org/10.1097/prs.0000000000002028>
4. Ruiz JI, Nuhu K, Tyler McDaniel J, Popoff F, Izcovich A, Martin Criniti J. Inequality as a powerful predictor of infant and maternal mortality around the world. *PLoS One*. 2015; 10(10):1–11. Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0140796>
5. GBD 2015 Maternal Mortality Collaborators. Global, regional, and national levels of maternal mortality, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016; 388:1775-812. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31470-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31470-2)
6. Melki S, Serhier Z, Boussouf N, Dahdi S, Khalil M, Abdelaziz AB. Mortality in the Great Maghreb (1990-2015): causes of death and trends. *Tunis Med*.

- 2019;97(1):1-13. Available from: https://www.latunisiemedicale.com/article-medicale-tunisie_3483_en
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459 de 2011. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
 8. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Plano Estadual de Saúde do Paraná 2016-2019. Curitiba: SESA, 2016. Available from: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/PlanoEstadualSaude2016MioloAlt.pdf>
 9. Geller SE, Koch AR, Garland C, MacDonald J, Storey F, Lawton B. A global view of severe maternal morbidity: moving beyond maternal mortality. *Reprod Health*. 2018; 15(Suppl 1): 98. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0527-2>
 10. Ferreira SCM, Silvino ZR, Souza DF. Pesquisa Metodológica. In: Zenith RS. *Gestão Baseada em Evidência: recursos inteligentes para a solução de problemas da prática em saúde*. Curitiba: Editora CRV, 2018.
 11. Polit DF, Beck CT. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2019.
 12. Maroni MA, Lakatos EM. *Fundamentos de metodologia científica*. 8ª ed. São Paulo: Atlas, 2017.
 13. Kellogg-foundation. *Logic Model Development Guide*. Kellogg. 1ª ed. Michigan, 2004.
 14. Medeiros RKS, Ferreira-Júnior MA, Pinto DPSR, Vitor AF, Santos VEP, Barichello E. Pasquali's model of content validation in the Nursing research. *Rev. Enf. Ref*. 2015; IV (4). Doi: <https://doi.org/10.12707/RIV14009>
 15. Coluci MZO, Alexandre NMC, Milani D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2015; 20(3): 925–936. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.04332013>
 16. Zanon C, Filho-Hauck N. Fidedignidade. In: Hutz CS, Baneira DR, Trentini CM. *Psicometria*. Porto Alegre: Artmed, 2015.
 17. Ogrinc G, Davies L, Goodman D, Batalden P, Davidoff F, Stevens D. SQUIRE 2.0 (Standards for Quality Improvement Reporting Excellence): revised publication guidelines from a detailed consensus process. *BMJ Qual Saf*. 2016; 25: 986–992. Doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004411>
 18. Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Res Nurs Health*. 2007; 30(4): 459-67. Available from: <http://file.gums.ac.ir/repository/snm/Appraisal%20and%20Recommendations%202007.pdf>
 19. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 42 de 2018. Available from: <https://www.conass.org.br/conass-informa-n-272-publicada-resolucao-cit-n-42-que-aprova-as-diretrizes-e-estrategias-para-elaboracao-do-plano-de-enfrentamento-da-mortalidade-materna-e-na-infancia-no-contexto-da-ag/>

20. Palinkas LA, Mendon SJ, Hamilton AB. Innovations in Mixed Methods Evaluations. *Annu Rev Public Health*. 2019; 40: 423–42. Doi: <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040218-044215>
21. Aragão AAV, Oliveira SRA, Gurgel-Júnior GD. The use of the Delphi Method adjusted to evaluate the Stork Network: from Image-objective to Reality. *Esc Anna Nery*. 2019; 23(2): e20180318. Doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0318>
22. Lopes GDC, Gonçalves AC, Gouveia HG, Armellini CJ. Attention to childbirth and delivery in a university hospital: comparison of practices developed after Network Stork. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2019; 27: e3139. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2643-3139>
23. Franchi JVO, Pelloso SM, Ferrari RAP, Cardelli AAM. Access to care during labor and delivery and safety to maternal health. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2020; 28: e3292. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3470.3292>
24. Bastos LBR, Barbosa MA, Rosso CFW, Oliveira LMAC, Ferreira IP, Bastos DAS. et al. Practices and challenges on coordinating the Brazilian Unified Health System. *Rev Saude Publica*. 2020; 54:25. Doi: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001512>
25. Brasil. Casa Civil. Emenda Constitucional nº 95 de 2016. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm
26. Migoto MT, Oliveira RP, Andrade L, Freire MHS. Spatial correlation of social, economic, and demographic conditions with perinatal mortality: an ecological study. *R Saude Publ Paraná*. 2020; 3(1): 75-85. Doi: <https://doi.org/10.32811/25954482-2020v3n1p75>
27. Beleza LO, Ribeiro LM, Paula RAP, Guarda LEDA, Vieira GB, Costa KSF. Profile of at-risk newborns attended by nurses in outpatient follow-up clinic: a retrospective cohort study. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2019; 27: e3113. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2301.3113>

RECEBIDO: 02/03/2023
APROVADO: 17/08/2023

Saúde mental e os comportamentos adaptativos da equipe de enfermagem atuante durante a pandemia de COVID-19

Mental health and adaptive behaviors of the nursing team working during the COVID-19 pandemic

Letícia dos Santos Gonçalves¹, Débora Maria Vargas Makuch², Rita de Cássia Toporowicz Lemes Reis³, Juliana Ollé Mendes⁴

1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6203-819X>. Enfermeira. Residente em Saúde da Família. Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. Curitiba, Paraná, Brasil.

E-mail: leticiasantosgoucalves2908@gmail.com

2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7060-4414>. Enfermeira. Mestre em Ensino nas Ciências da Saúde, Faculdades Pequeno Príncipe. Curitiba, Paraná, Brasil.

E-mail: deboramakuch@hotmail.com

3. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7054-4885>.

Enfermeira. Especialista em Saúde da Família, Saúde do Trabalhador, Saúde da Mulher e Gerontologia numa perspectiva biopsicossocial. Enfermeira atuante na Estratégia Saúde da Família, Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. Curitiba, Paraná, Brasil.

E-mail: rita.treis@gmail.com

4. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5684-7185>. Enfermeira. Mestre no Ensino nas Ciências da Saúde pelas Faculdades Pequeno Príncipe. Docente dos Cursos de Graduação em Enfermagem e Medicina das Faculdades Pequeno Príncipe, Curitiba, Paraná, Brasil.

E-mail: julianaolle.mendes@gmail.com

RESUMO

Por representar um fator estressante, a pandemia de Covid-19 torna-se um agente incidente quanto ao uso de estratégias de enfrentamento (*Coping*), sobretudo em profissionais de saúde. Estudo transversal de abordagem quantitativa desenvolvido na Rede de Atenção Primária à Saúde em um distrito sanitário de Curitiba com o objetivo de identificar as estratégias que são utilizadas pelos profissionais de enfermagem para adaptação e superação

do cenário de emergência de saúde pública, além de analisar as suas associações com as variáveis sociodemográficas e socioprofissionais identificadas. Foi aplicado o Inventário de Estratégias de *Coping* a 76 servidores públicos atuantes neste contexto assistencial. As estratégias mais utilizadas foram Reavaliação positiva, Resolução de Problemas e Suporte Social. É possível observar que os respondentes do estudo fizeram uso consciente destas para melhor adaptação às situações estressoras, convergindo para um enfrentamento mais positivo e racional.

DESCRITORES: Atenção Primária à Saúde. Enfermagem de Atenção Primária. Adaptação psicológica. Enfermeiras em Saúde da Família. Coronavírus.

ABSTRACT

Representing a stressful factor, the Covid-19 pandemic becomes an incident agent of the use of coping strategies, especially in health professionals. Cross-sectional study with a quantitative approach developed in the Primary Health Care Network in a health district in Curitiba with the objective of identifying the strategies used by nursing professionals to adapt to and overcome the public health emergency scenario, in addition to analyzing their associations with the sociodemographic and socioprofessional variables observed. The Coping Inventory of Management Strategies was applied to 76 public officers working in this assistance setting. The most used strategies were Positive Reappraisal, Problem Solving, and Social Support. It is possible to observe that the study respondents made conscious use of these strategies to better adapt to stressful situations, converging towards a more positive and rational coping.

DESCRIPTORS: Primary Health Care. Primary Care Nursing. Adaptation, Psychological. Family Nurse Practitioners. Coronavirus.



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

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) revelou-se um componente fundamental para o processo de enfrentamento da crise sanitária oriunda da Covid-19 e, nessa perspectiva, a Atenção Primária à Saúde (APS) apresentou-se atuante no acolhimento à população¹⁻².

O decreto 7508/2011³ estabeleceu a APS como porta de entrada prioritária para o SUS, desenvolvendo neste período pandêmico papel fundamental na detecção, monitoramento e tratamento precoce de casos leves e moderados, bem como o encaminhamento imediato de casos graves para a rede secundária e terciária⁴.

O estado emergencial de Saúde Pública, declarado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em março de 2020, devido ao SARS-CoV-2 (Coronavírus), exigiu o desenvolvimento de um plano de contingência, o qual reorganizou os serviços de saúde. Os gestores municipais de saúde, com as regionais de saúde no Brasil, foram responsáveis pela operacionalização das ações preventivas no âmbito municipal⁵⁻⁶.

Os profissionais de saúde encontraram-se na linha de frente assistencial no cuidado à população e enfrentaram contextos desafiadores. Ao analisar a equipe multiprofissional, a categoria da enfermagem apresentou-se como parte integrante e essencial, constituindo o maior contingente na área e os que mais tiveram contato com o ambiente de saúde e com os pacientes⁷⁻⁸.

A enfermagem, que previamente a esta condição já demonstrava sinais de exaustão e esgotamento, expôs-se a um elevado aumento da pressão psicológica, o que resultou em um impacto no estilo de vida e mudanças em suas condutas, além da necessidade de tomada de decisões eticamente difíceis sobre racionamento de cuidados com prejuízos em seu bem-estar físico e mental. Impactos na saúde mental desse público seguem sendo negligenciados, havendo possibilidade de se tornarem duradouros após a pandemia⁹⁻¹⁰.

À vista disso, entende-se essa circunstância como estressora, onde o sujeito lança mão de estratégias para procurar a adaptação ou superação. Toda ação utilizada com este objetivo é um processo conhecido como *coping*. Este conceito não é absoluto, pois passou por mudanças ao longo do tempo e isso trouxe diferentes perspectivas a depender da linha teórica. A abordagem adotada nesta pesquisa é do modelo teórico¹¹ que possui uma perspectiva cognitiva e comportamental, onde é

compreendido como uma interação entre ser humano-ambiente, e suas avaliações cognitivas da situação explicariam as diferenças das estratégias. Portanto, este vocábulo associa-se às respostas e esforços cognitivos que o indivíduo utiliza na tentativa de administrar, resistir ou amenizar as demandas que surgem desse contexto estressor¹².

Enfrentar situações estressantes é comum a todos, e esses momentos podem trazer consequências positivas ou negativas, dependendo da maneira como a pessoa reage à situação. A análise dessas estratégias é imprescindível para compreensão do processo de enfrentamento e a evolução histórica do quadro vivido por cada um¹².

Neste sentido, o objetivo do estudo é identificar a prevalência das estratégias que são utilizadas pelos profissionais de enfermagem para adaptação e superação em situações estressantes e adversas, no contexto da pandemia de Covid-19, associando as variáveis sociodemográficas e socioprofissionais, em um distrito sanitário pertencente a Curitiba – PR.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa realizada entre os meses de Maio a Agosto de 2022, com caráter descritivo e exploratório constituído de uma amostragem intencional e por conveniência. Foi realizada de forma presencial e individual na própria Unidade de Saúde em que o servidor trabalhava, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Este estudo foi realizado na Rede de Atenção Primária à Saúde na região de um distrito sanitário pertencente a Curitiba, que abrange 17 Unidades de Saúde (US) tanto Básicas (UBS) quanto de Estratégia Saúde da Família (ESF). Para efetivação da pesquisa, foram excluídas duas US: uma por ser o ambiente ocupacional das pesquisadoras, e a outra, terceirizada, e logo, sem profissionais contratados por concurso público municipal.

O distrito sanitário é composto por aproximadamente 150 profissionais da área de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem). A amostra esperada para o estudo tinha como base o número total de profissionais da equipe de enfermagem na APS do território em questão. Estimou-se a resposta de 50% dos questionários disponibilizados para os participantes. Das 15 US selecionadas, 14 tiveram voluntários para participação da pesquisa de forma equilibrada.

Os critérios de inclusão deste estudo foram: profissionais da área de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem), contratados por meio de concurso público municipal há mais de 6 meses, e atuantes no serviço assistencial durante a pandemia de Covid-19. Foram excluídos os profissionais de enfermagem em período de férias, os que estiveram afastados por licença de qualquer natureza, no período da pandemia, e os que desenvolveram atividades administrativas durante a pandemia de Covid-19.

O estudo contou com 80 respondentes, porém somente 76 destes profissionais concluíram o preenchimento do instrumento de coleta e atenderam aos critérios de inclusão. Destes 76 servidores que compõem a amostra, 50 são técnicos de enfermagem e 26 são enfermeiros.

A abordagem deu-se em um ambiente que garantiu a privacidade e segurança do trabalhador, em um horário previamente ajustado com a autoridade sanitária local (ASL).

O instrumento autoaplicável utilizado para a coleta de informações foi dividido em três seções. A primeira e a segunda seções do instrumento trouxeram uma pesquisa sociodemográfica e socioprofissional, na qual se organizavam as respostas no modelo de múltipla escolha com apenas uma opção a ser assinalada e que continha o estado civil, faixa etária, sexo autodeclarado, tempo de formação, tempo de atuação na APS, entre outras variáveis. Sequencialmente, foi disponibilizado um instrumento com a proposta de medir e classificar as estratégias adaptativas: o “Inventário de Estratégias de *Coping*” (IEC)¹¹.

O IEC, de Lazarus e Folkman¹¹, traduzido e adaptado para a realidade brasileira por Savóia, Santana e Mejias¹², é considerado uma ferramenta científica para avaliar as estratégias de enfrentamento e tornou-se um importante instrumento em pesquisas desse tipo¹⁰.

É composto de 66 itens dispostos em escala (tipo Likert) com quatro opções cada, numeradas de 0 (zero) a três, que englobam pensamentos e ações utilizadas para lidar com as demandas internas e externas de um estressor. Deste modo, foram consideradas as estratégias de *coping* a partir da pontuação ou frequência com que o participante as utilizou: usou pouco (1), usou bastante (2), usou frequentemente (3). Aqueles que, frente ao evento e às estratégias apresentadas, assinalaram zero (0), foram considerados como não *coping*¹⁰.

Os itens do instrumento são distribuídos em oito fatores, quais sejam: confronto (itens 46, 7, 17, 28, 34 e 6), afastamento (itens 44, 13, 41, 21, 15 e 12), autocontrole (itens 14, 43, 10, 35, 54, 62 e 63), aceitação de responsabilidade (itens 9, 29, 51 e 25), suporte social (itens 8, 31, 42, 45, 18 e 22), fuga e esquivas (itens 58, 11, 59, 33, 40, 50, 47 e 16), resolução de problemas (itens 49, 26, 1, 39, 48 e 52) e reavaliação positiva (itens 23, 30, 36, 38, 60, 56 e 20). Estes são divididos em duas categorias funcionais: focado no problema e focado na emoção. No primeiro caso, significa que as ações despendidas pelo indivíduo são voltadas à alteração estressora, enquanto o segundo refere-se à tentativa de amenizar os sentimentos produzidos pela ocasião¹⁰.

Para análise dos dados, foi realizada a soma dos *scores* atribuídos a cada item de um mesmo fator e dividida pelo número total de itens do fator. Assim, foram identificados os itens de maior média, as estratégias e as questões mais utilizadas pelos participantes do estudo. Ainda, foram considerados os mais utilizados por toda a amostra, e/ou divididos por categoria profissional, sexo autodeclarado e atuação predominante, no período de enfrentamento ao Coronavírus. Os dados foram submetidos a análise estatística com uso de software estatístico JAMOVI e estão apresentados em forma de tabelas e medidas descritivas da escala (média, desvio-padrão e coeficiente de variação).

Esta pesquisa foi aprovada pelo CEP/FPP sob o número de parecer 5.296.731 e pelo CEP - Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, com o parecer de aprovação nº 5.382.564, atendendo aos requisitos das resoluções 466/2012 e 510/2016 de pesquisa realizada com seres humanos no dia 17 de Março de 2022 (CEP/FPP) e no dia 02 de Maio de 2022 (CEP/SMS).

RESULTADOS

No Inventário de *coping*, considerando os resultados do estudo, a estratégia de enfrentamento mais utilizada pelos participantes em geral foi Reavaliação Positiva com uma média de (1,8), seguida de Resolução de Problemas (1,7) e Suporte Social (1,5). Enquanto isso, as estratégias menos utilizadas foram Aceitação de Responsabilidade, Fuga e Esquivas, ambas com média 0,9. (Tabela 1).

Tabela 1. Estratégias de *coping* utilizadas pela equipe de enfermagem participantes do estudo. Curitiba – Paraná, 2022.

Fatores	Média	Desvio-padrão
<i>Reavaliação positiva</i>	1,8	0,6
<i>Resolução de problemas</i>	1,7	0,3
<i>Suporte social</i>	1,5	0,4
<i>Autocontrole</i>	1,4	0,5
<i>Confronto</i>	1,1	0,5
<i>Afastamento</i>	1,0	0,6
<i>Aceitação de responsabilidade</i>	0,9	0,2
<i>Fuga e esquivia</i>	0,9	0,6

Fonte: Elaborado pelos autores (2022)

Dentre os 66 itens presentes no inventário, “Q60 – Rezei”, pertencente à Reavaliação Positiva, apresentou maior média (2,5), seguido de “Q58 - Desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse”, que integra a estratégia Fuga e Esquivia (média 2,3). Em contrapartida, o item “Q13 - Fiz como se nada tivesse acontecido”, incluído no Afastamento, foi o menos aplicado com média (0,39), seguido de “Q11 - Esperei que um milagre acontecesse” da Fuga e Esquivia.

A estratégia Reavaliação Positiva foi aplicada por 81,2% dos trabalhadores do estudo sendo que uma parcela significativa afirmou os itens “Mudei ou cresci como pessoa de maneira positiva” (93,4%), seguido de “Rezei” (92,1%) e “Redescobri o que é importante na vida” (92,1%).

Quanto à Resolução de Problemas, 82,7% assinalaram que, durante este período, fizeram uso deste, sendo as questões mais assinaladas a “Me concentrei no que deveria ser feito em seguida, no próximo passo” (92,1%) e “Eu sabia o que deveria ser feito, portanto dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário” (92,1%). Com relação ao Suporte Social, 75,2% salientaram sobre a aplicação do fator, destacando entre os itens “Aceitei a simpatia e a compreensão das pessoas” (97,3%) e “Conversei com outra(s) pessoas sobre o problema procurando mais dados sobre a situação” (93,4%).

Ao fazer uma comparação entre as categorias, surgiram algumas diferenças discretas. O “Técnico de Enfermagem” apresentou a seguinte ordem de estratégias utilizadas: 1º Reavaliação Positiva, 2º Suporte Social, 3º Resolução de problemas, 4º

Autocontrole, 5º Confronto, 6º Aceitação de responsabilidade, 7º Fuga e esquivas e 8º Afastamento. Enquanto isso, o “enfermeiro” apresentou a ordem: 1º Resolução de problemas, 2º Reavaliação positiva, 3º Suporte Social, 4º Autocontrole, 5º Confronto, 6º Aceitação de responsabilidade, 7º Afastamento e 8º Fuga e Esquiva.

Em relação ao sexo autodeclarado, percebe-se uma diferença na ordem das estratégias mais empregadas. Os servidores, independente do sexo, tiveram como principal fator de enfrentamento a Resolução de problemas, porém, em segunda posição, evidencia-se a diferença em que os do sexo masculino assinalaram o Autocontrole enquanto as demais respondentes indicaram a Reavaliação positiva.

Sobre a forma de atuação durante a pandemia, as tabelas 2 e 3 demonstram as maneiras de enfrentamento com as médias mais utilizadas por cada público associadas à variável atuação predominante.

Tabela 2. Fatores adaptativos mais utilizados por atuação predominante pela equipe de enfermagem participante do estudo. Curitiba – Paraná, 2022.

Fatores	Imunização Covid-19 (n:10)		Atendimento aos crônicos (n:13)		Atendimento aos sintomáticos (n:53)	
	Média	%	Média	%	Média	%
<i>Confronto</i>	0,75	75	0,66	66,2	0,58	58,1
<i>Afastamento</i>	0,68	68,3	0,61	61,5	0,49	49,6
<i>Autocontrole</i>	0,88	88,7	0,81	81,1	0,70	70,3
<i>Suporte social</i>	0,88	88,3	0,79	79,4	0,71	71,6
<i>Aceitação de responsabilidade</i>	0,70	70,0	0,53	53,8	0,52	52,3
<i>Fuga e esquivas</i>	0,57	57,5	0,59	59,5	0,44	44,0
<i>Resolução de problemas</i>	0,91	91,6	0,84	84,6	0,80	80,8
<i>Reavaliação positiva</i>	0,84	84,2	0,89	89,0	0,78	78,7

Fonte: Elaborado pelos autores (2022)

É notável que a Resolução de problemas se fez presente nas três formas de atuação. Todavia, o Suporte social somente é utilizado pelo público atuante no atendimento direto aos sintomáticos respiratórios e na imunização.

Tabela 3. Média das estratégias mais utilizadas por atuação predominante pela equipe de enfermagem participante do estudo. Curitiba – Paraná, 2022.

Atuação predominante	Estratégias mais utilizadas	Média
Atendimento aos sintomáticos respiratórios (n:53)	1º Resolução de problemas	0,80
	2º Reavaliação positiva	0,78
	3º Suporte Social	0,71
Atendimento aos crônicos (n:13)	1º Reavaliação positiva	0,89
	2º Resolução de problemas	0,84
	3º Autocontrole	0,81
Imunização contra Covid-19 (n:10)	1º Resolução de problemas	0,91
	2º Autocontrole	0,88
	3º Suporte Social	0,88

Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

A distribuição entre as categorias profissionais foi desigual, pois 50 (66%) identificaram-se como técnicos de enfermagem e 26 (34%) como enfermeiros. A proporção de enfermeiros/técnicos neste território é de 6 enfermeiros para 10 técnicos de enfermagem.

A faixa etária predominante foi acima de 50 anos, representada por 26 (34%). A distribuição entre os sexos apresentou heterogeneidade, com 69 (91%) do sexo feminino, seis (8%) do masculino e um (1%) que preferiu não se identificar. Referente ao estado civil, percebe-se uma predominância de casados, representando 42 participantes (55%), seguidos por 11 (14%) divorciados. Em relação aos casados, a maioria declarou 16 anos ou mais de matrimônio. Dentre os respondentes, 69 (91%) afirmaram que possuem filhos e sete (9%) declararam não ter.

Sobre o local de residência, 67 (88%) residem em Curitiba. Abaixo, seguem as variáveis levantadas para o perfil socioprofissional da amostra (Tabela 4).

Tabela 4. Perfil socioprofissional da equipe de enfermagem participante do estudo. Curitiba – Paraná, 2022.

Dados Socioprofissionais	Categoria profissional			Total
	Enfermeiros	Técnicos	N	%
Tempo de Formação				
6 meses a 5 anos	0	1	1	1,31
6 a 10 anos	3	1	4	5,26
10 a 14 anos	4	4	8	10,5
15 anos ou mais	19	44	63	82,8
TOTAL	26	50	76	100%
Tempo na Rede Pública de Saúde				
6 meses a 5 anos	4	3	7	9,21
6 a 10 anos	1	0	7	9,21
10 a 14 anos	8	13	21	27,6
15 anos ou mais	13	34	47	61,8
TOTAL	26	50	76	100%
Outra ocupação profissional				
Sim	7	11	18	23,6
Não	19	39	58	76,3
TOTAL	26	50	76	100%
Horas semanais nesta outra ocupação				
10h	3	2	5	27,7
20h	3	5	8	44,4
30h	1	0	1	5,55
40h	0	4	4	22,2
TOTAL (sim)	7	11	18	23,6%
Rotatividade de UBS				
Sim	21	33	54	71,0
Não	5	17	22	28,9
TOTAL	26	50	76	100%
Quantas (Rotatividade)				
1-2x	6	16	22	30,9
3-5x	10	11	21	29,5
6-10x	5	6	11	15,4
TOTAL (sim)	21	33	54	71,0%

Atuação predominante na pandemia

Atendimento aos sintomáticos respiratórios	18	30	48	63,1
Atendimento aos crônicos	5	10	15	19,7
Imunização Covid-19	3	10	13	17,1
TOTAL	26	50	76	100%

Fonte: Elaborado pelos autores (2022)

É importante destacar que durante o período do enfrentamento ao Coronavírus, observaram-se algumas mudanças na organização das equipes e no fluxo de atendimentos nas unidades de saúde e, devido ao plano de contingência, houve uma reorganização do distrito sanitário, sendo que 54 (71%) dos participantes do estudo passaram por mudanças de unidade de saúde.

DISCUSSÃO

O Coronavírus (SARS-CoV-2) apresentou-se como um dos maiores desafios sanitários em escala global deste século. De acordo com o Ministério da Saúde, o Brasil, até o momento, notificou 37.204.677 casos confirmados e, dentro desses números, 699.917 óbitos, proporcionando um panorama de incertezas, medo e estresse¹³⁻¹⁴.

Todas as pessoas possuem maneiras distintas de agir diante de situações que enfrentam. Essas ações, chamadas de *coping*, podem variar conforme contexto, recursos e construção pessoal de cada indivíduo. O inventário utilizado neste estudo não é estático, e também não esgota as possibilidades de enfrentamento, mas refletem formas comuns empregadas pelas pessoas¹⁰.

Os fatores mais utilizados entre os trabalhadores deste estudo foram equivalentes ao encontrado em uma pesquisa com residentes de Enfermagem atuantes em unidades hospitalares na qual os fatores mais aplicados foram Reavaliação positiva, Aceitação de responsabilidade e Suporte Social⁴.

Isso se assemelha a estratégias adotadas pelos enfermeiros da atenção primária na cidade de São Paulo, que procuram enfrentar o problema de forma positiva, voltadas para o gerenciamento e resolução de problemas, evitando atitudes de negação do problema¹⁵.

Os servidores, ao recorrer à Reavaliação Positiva, demonstram que agiram de forma a expressar de maneira concreta as soluções nesse momento. Isso mostra também que, mesmo diante de um contexto de hesitação, ainda se colocam disponíveis para o uso dessa estratégia. Um estudo realizado em quatro hospitais de médio a grande porte, do município de Curitiba, também teve em seus enfermeiros pesquisados a Reavaliação Positiva como mais utilizada¹⁶.

Do mesmo modo, uma pesquisa realizada com a equipe, em um Hospital Universitário em São Paulo, demonstrou que a enfermagem realiza ações e reavaliações cognitivas proativas para administrar situações estressoras. Ao fazer uso de um fator focado na emoção, há a tendência de conduzir a uma adaptação emocional mais eficaz diante das situações estressoras onde o problema é visto como algo passageiro e de possível solução, possibilitando um equilíbrio emocional. Neste fator, o sujeito procura aspectos que aliviam a situação estressante ou foca nos aspectos positivos da situação^{10,16-17}.

Contrariamente, a Resolução de Problemas é focada no problema de maneira racional e envolve atitudes com o intuito de modificar o contexto estressor, e não apenas adaptar-se a este contexto. Surge como uma necessidade de mudar a realidade e gerar resultados concretos e palpáveis, como por exemplo, a redução do número de mortes por Covid-19 e a imunização da população¹⁰.

Tal característica evidenciou-se em um estudo realizado com estudantes do ensino superior, pois este fator destaca uma atitude de eliminação de distratores e uma capacidade de mobilização de recursos (internos ou externos) com vista à resolução de uma circunstância¹⁸.

O Suporte Social, terceiro fator com maior média, demonstra que existe um esforço em modificar a situação estressora, mas de maneira conjunta com os demais. Este fator é um importante indicador de como as relações interpessoais podem ocupar uma posição importante no enfrentamento e na resolução de problemas¹⁰. O apoio social é fundamentado nas crenças e valores de que o indivíduo se sente estimado e amado por outros (familiares, amigos, gestores ou colegas de trabalho)¹⁸.

Diariamente, os profissionais de saúde precisam reafirmar o trabalho em equipe e vislumbrar, nas relações multiprofissionais, um apoio fundamental para as tomadas de decisões, e isso se intensificou neste período, quando o pensamento e a ação individual são superados pela ação coletiva e pela troca de informações⁴⁻¹⁰.

A Aceitação de Responsabilidade apresentou a média mais baixa nesta pesquisa, o que pode estar associado a um fator focado na emoção, conduzindo o sujeito a um sentimento de culpa diante da circunstância¹⁰. Devido à pandemia estar relacionada a incertezas e dúvidas, é possível afirmar que os trabalhadores não se consideram responsáveis pelo contexto estressante. Contudo, segundo os próprios resultados da pesquisa, há uma responsabilidade atribuída com o desenvolvimento de uma ação de resolutividade frente ao evento estressor.

O Confronto é um fator estritamente voltado para o problema e para a resolução do estressor pelo sujeito. Neste tópico, o item “recusei recuar e batalhei pelo que eu queria” foi bastante utilizado pelos participantes. Isso demonstra que frente a uma crise, a equipe manteve-se na linha de frente, com o intuito de promover e manter a vida de seus usuários, mesmo que algumas ações possam resultar em pouco planejamento e maior nível de impulsividade¹⁰.

O Afastamento relaciona-se ao abandono da condição em que está inserido, com uma tentativa de evitar a todo custo a situação estressora, com a tendência de negar a realidade a fim de evitar o sofrimento psicológico¹⁰. Logo, o profissional, que está submerso em um cenário pandêmico procura agir de forma a distanciar-se daquela realidade, como maneira de lidar com situações fora do seu controle⁴. Na amostra, a porcentagem dos servidores que fizeram uso deste fator foi pequena, porém o item mais assinalado foi “procurei encontrar o lado bom da situação” expressando que, mesmo em um contexto desfavorável, fizeram aplicabilidade do aprendizado e de aspectos benéficos no combate ao Coronavírus.

As ações envolvendo o Autocontrole são caracterizadas por aquelas em que a pessoa reflete sobre como agir e o que verbalizar, evitando condutas equivocadas e não deixando que os demais percebam a real situação, desenvolvendo uma atitude de autoproteção⁴. Na amostra, vemos que o público masculino fez uso desta estratégia de uma maneira mais expressiva do que as trabalhadoras do sexo feminino.

Na pesquisa, o item “analisei mentalmente o que fazer e o que dizer” é uma tentativa de se manter racional diante de uma situação que pode causar desespero, tornando-se uma racionalização das emoções como mecanismo para amenizar o sofrimento e seguir o trabalho de forma “normal”. Contudo, tal atitude pode ocasionar uma negação das dificuldades internas e dos próprios sentimentos dos profissionais¹⁰.

A Fuga e Esquiva tem o intuito de reduzir a sensação desagradável que está sendo causada por algum agente estressor, ignorando a realidade, embora sem modificá-lo¹⁶. Isso pode levar o profissional a um sentimento de frustração porque a resolução da situação estressora depende de outras variáveis que não a ação deliberada do sujeito¹⁰. No estudo em questão, esta foi uma das estratégias menos utilizadas pelos servidores em geral, pois a pandemia exigiu que houvesse uma ação dos profissionais frente ao problema. Estudos afirmam que esta é uma estratégia pouco utilizada pela Enfermagem¹⁶. É possível avaliar que a amostra está mais suscetível a utilizar ações para aproximação e resolução do problema do que evitá-lo, embora existam momentos em que fazem uso desta estratégia¹⁰.

Um estudo em 2015, realizado pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)¹⁹, destacou a predominância feminina na categoria, o que corrobora os resultados apresentados. Considerando que a maioria dos profissionais de enfermagem é do sexo feminino, e que por sua vez ainda agrega outras atividades no lar, além de que 69 (90,7%) dos respondentes possuem filhos, ocorre um sinergismo dentre as atribuições deste profissional, o que pode causar maior estresse²⁰.

Em contrapartida, o suporte advindo da família torna-se uma ferramenta essencial para o enfrentamento de uma situação estressora, visto que o apoio social pode ser um elemento de proteção que ajuda a enfrentar um estressor de maneira mais eficiente²¹.

O tempo de formação e atuação na rede pública de saúde, da mesma maneira, mostrou predominância de 15 ou mais anos. Dado divergente pode ser observado em outro estudo com a equipe de enfermagem hospitalar que teve como predominância 1 a 5 anos de atuação profissional¹⁶. Isso provavelmente se deve ao caráter de contratação da prefeitura do município em questão.

O tempo de serviço no setor, bem como a existência de vínculos empregatícios concomitantes em outros estudos, foi citado como negativo no surgimento do estresse ocupacional. A convivência diária com fatores estressantes, rotinas rigorosas, cobrança por parte dos usuários, dos familiares, como também dos colegas de profissão, podem interferir negativamente no desempenho profissional. Percebe-se que o excesso de trabalho pode produzir gradualmente a exaustão emocional e física, reduzindo sua energia no que diz respeito à eficiência, saúde e bem-estar²⁰.

Ainda, a dedicação a uma carga horária elevada exige esforço e alta produtividade, condicionando o indivíduo a ultrapassar o limite do benéfico e sofrer

consequências para sua saúde e performance profissional⁴. No momento em que o profissional é submetido a uma intensa carga horária de trabalho, conseqüentemente há a redução de tempo para suprir suas necessidades básicas, causando intenso desgaste físico e mental dos profissionais que atuam frente à Covid-19²¹.

Estudos realizados durante a Covid-19 mostraram que houve um importante impacto na saúde tanto mental quanto física da enfermagem, por isso destaca-se a importância de atividades de lazer com vistas à regulação emocional e menor prevalência da ansiedade e depressão²¹.

Pesquisa realizada com o mesmo público, atuante em unidades de internação clínica de alta complexidade, constatou que os enfermeiros, diferente dos técnicos, experimentam mais fatores estressantes no seu ambiente e com maior frequência, o que também foi evidenciado neste estudo. Isso pode estar associado ao alto grau de controle característico do cargo, visto que em seu processo de trabalho, há exigência do conhecimento técnico-científico para procedimentos complexos, além de competências como tomada de decisão, comunicação efetiva e liderança, que lhe são exigidas e extremamente necessárias para a gestão de situações novas e adversas²¹⁻²².

A mudança do ambiente ocupacional pode ser um fator determinante para o estresse. Estudo realizado na China, com enfermeiros e médicos, destacou que a modificação das formas de trabalho, onde a realocação, deslocamento para novos locais, diferentes rotinas e adaptação a novos colegas são fatores estressores. Todas as mudanças no modo de vida tornaram esses profissionais mais vulneráveis emocionalmente, devido ao desconhecimento das proporções que o vírus poderia atingir e o quanto isso poderia afetar seus familiares, colegas de trabalho e pacientes⁶⁻²³.

Importante ressaltar que a enfermagem já apresentava altos índices de estresse em estudos realizados antes do Coronavírus, sendo relacionadas, como estratégias de *coping*, o controle de tarefas no local de trabalho, ambientação de um local seguro e atuação profissional conhecida²¹.

Esse dado é relevante, pois a mudança, como fator isolado, já promove diversos sentimentos de insegurança, desconforto e desafios²⁰. Isso ampliou-se com a atuação na pandemia, possivelmente com grandes impactos negativos na saúde emocional dos servidores.

CONCLUSÃO

O *coping* é dinâmico, pode ser efetivo para um problema e não para outro e está sujeito a mudanças diante de situações específicas. Entende-se que as estratégias resolutivas para um determinado estressor podem não se sustentar frente a situações contínuas de estresse, como no cenário de uma pandemia.

Ao analisar a ordem de utilização das estratégias de *coping*, é possível observar que os servidores da atenção primária deste estudo as empregam de forma consciente, para melhor adaptação às situações estressoras, convergindo para um enfrentamento mais positivo e racional.

Destarte, os resultados evidenciados propiciaram reflexões significativas quanto à possibilidade de avaliar a saúde mental da equipe de enfermagem durante o fator estressor do enfrentamento ao Coronavírus e, ao mesmo tempo, propor ferramentas para proteção da saúde mental desses servidores mais vulneráveis às dificuldades impostas por esse cenário.

Compreender as estratégias utilizadas possibilita aos servidores acioná-las em demais situações de estresse e possivelmente em emergências de saúde pública futuras. Ademais, os dados levantados evidenciam a necessidade do cuidado precoce e constante com a saúde mental do indivíduo, com ações para mitigação de comportamento desadaptativo e de respostas psicológicas negativas. Torna-se necessário o controle e a manutenção do bem-estar, e a busca por recursos que minimizem as adversidades no ambiente de trabalho.

Como limitação do estudo, destaca-se o número de participantes e a desproporção entre técnicos (as) de enfermagem/enfermeiros (as), que pode ter implicação na generalização dos resultados, bem como não contemplar uma comparação de estratégias de enfrentamento antes da pandemia.

Recomenda-se a realização de mais pesquisas sobre *coping*, sendo um importante indicador de saúde mental em vários setores da sociedade, podendo ser ampliado para outras profissões e cenários, como a atenção secundária e terciária. Ademais, pesquisas com a utilização de métodos qualitativos podem contribuir para o conhecimento de outros aspectos do estresse no contexto de atenção primária à saúde, com uma melhor compreensão sobre comportamentos adaptativos bem como fatores protetivos a serem empregados por esses profissionais.

REFERÊNCIAS

1. Alves ACAP, Barbosa JF, D'amato TRL, Gonçalves SJC. Atuação do enfermeiro da rede primária em saúde diante do isolamento domiciliar em tempo de covid-19. RPU 2020 dez 11 [citado em 2022 ago 20]. Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/2481>
2. Cabral ERM, Melo MC, Cesar ID, Oliveira REM, Bastos TF, Machado LO, et al. Contribuições e desafios da Atenção Primária à Saúde frente à pandemia de COVID-19. InterAm J Med Health 2020 mar 3 [citado em 2022 ago 17]. Disponível em: <https://iajmh.emnuvens.com.br/iajmh/article/download/87/130/638>
3. Decreto 7508/2011. Organização do Sistema Único de Saúde-SUS, planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Presidência da República Casa Civil. [citado em 2023 mar.28]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm
4. Menegatti MS, Rossaneis MA, Schneider P, Silva LGC, Costa RG, Haddad MCFL. Estresse e estratégias de coping utilizadas por residentes de Enfermagem. REME Rev Min Enferm. 2020 out 16 [citado em 2023 dez 17]. DOI: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20200066>
5. Labegalini CMG, Stevanato KP, Nogueira IS, Christinelli HCB, Silva VL, Costa MAR. The process of coping with the COVID-19 pandemic from the perspective of nursing professionals. RSD [Internet]. 2021 Jan.3 [citado 2023 jan 3]. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/11252>
6. Portugal JKA, Reis MHS, Barão ÉJS, Souza TTG, Guimarães RS, Almeida LS, et al. Percepção do impacto emocional da equipe de enfermagem diante da pandemia de COVID-19: relato de experiência | REAS [Internet]. 2020 Mai 23 [citado em 2023 nov 11]; Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3794>
7. Belancieri MF, Beluci ML, Silva DVR, Gasparelo EA. A resiliência em trabalhadores da área da enfermagem. Estudos de Psicologia (Campinas) [Internet]. 2010 Jun 1 [citado 2022 Out 15]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/Ry4sNDZmPXv8FKpbPqFcDFg/abstract/?lang=pt>
8. Gerhardt TE, Silveira DT, organizadores. Métodos de pesquisa. [Internet]. Porto Alegre: Ed.UFRGS; 2009. [citado em 2023 jan.5]. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>
9. Orfão NH, Ferreira MRL, Souza GASC, Martins LM, Feitosa VG. COVID-19: coping strategies and adaptive behaviors adopted by health professionals during the pandemic. Rev. epidemiol. controle infecç. [Internet]. 2020 Out 4 [citado 2022 Set 19]. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/15462>
10. Sousa ES, Hidaka AHV. Coping: estratégias de enfrentamento de profissionais da saúde atuantes na assistência durante o contexto de combate a pandemia da

- Covid-19: A inserção das Residências nas redes de atenção à saúde. 2021 ago 24. [citado 2022 dez 17]. DOI: <https://doi.org/10.51723/hrj.v2i12.157>
11. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. [Internet]. New York: Springer Publishing Company; 1984.
 12. Savóia MG, Santana PR, Meijas NP. Adaptação do inventário de Estratégias de Coping¹ de Folkman e Lazarus para o português. *Psicol. USP* [Internet]. 1 de janeiro de 1996 [citado 27 de março de 2023];7(1-2):183-201. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/psicosp/article/view/34538>
 13. Werneck GL, Carvalho MS. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. *Cadernos de Saúde Pública*, 2020; 36(5):e00068820. [citado 2023 mar 24]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/pz75jtqNC9HGRXZsDR75BnG/?format=pdf&lang=pt>
 14. Ministério da Saúde (BR). Painel Coronavírus Brasil. Síntese de casos, óbitos, incidência e mortalidade. Atualizado em 21 de Mar 2023. [citado 2023 mar 24]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>
 15. Lourenção LG, Riginio BM, Sasaki NSGM, Pinto MJC, Neto FRGX, Borges FA, et al. Analysis of the Coping Strategies of Primary Health Care Professionals: Cross-Sectional Study in a Large Brazilian Municipality. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19, 3332. [citado 28 de março de 2023]. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph19063332>
 16. Bicalho CSS, Beltran RIL, Figueiredo KC, Souza GP, Pol TAS, et al. Estratégias de coping utilizadas pelos enfermeiros diante do stress no gerenciamento da crise da COVID-19. *Revista Nursing*. 2022 mar 25. [citado 2022 dez 23]. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/76525>
 17. Silveira RCP, Ribeiro IKS, Mininel VA. As estratégias de coping do trabalhador da enfermagem hospitalar. *Res., Soc. Dev.* 2022 fev 3. [citado 2022 dez 22] DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i2.25282>
 18. Silva O, Caldeira SN, Sousa A, Mendes M. Estratégias de coping e resiliência em estudantes do Ensino Superior. *Revista E-Psi*. [Internet]. 2020 jan 9 [citado em 2023 jan 3]. Disponível em: <https://revistaepsi.com/artigo/2020-ano9-volume1-artigo8/>
 19. Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). COFEN; FIOCRUZ [Internet]. Pesquisa Inédita traça perfil da enfermagem. 2015 mai 6. [Acesso em 2023 Jan 2]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem_31258.html
 20. Graça CC, Zagonel IPS. Estratégias de coping e estresse ocupacional em profissionais de enfermagem: revisão integrativa. *Rev Espaço para a Saúde*. 2019 dez 20. [citado 2023 jan 2]. DOI: <https://doi.org/10.22421/15177130-2019v20n2p67>
 21. Aires MC, Corrêa LQ, Garcia MO, Tavares MG. Estratégias de enfrentamento (Coping) utilizadas por profissionais de saúde durante a pandemia de COVID-19.

- Espac. Saúde [Internet]. 2022 ago 4 [citado 2022 dez 30]. Disponível em: <https://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/view/873>
22. Souza SBC, Milioni KC, Dornelles TM. Análise do grau de complexidade do cuidado, estresse e *coping* da enfermagem num hospital Sul-Riograndense. Texto & Contexto - Enfermagem [online]. 2019 jan 31. [Acesso 2023 jan 2]. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018004150017>
 23. Liu Q, Luo D, Haase JE, Guo Q, Wang XQ, Liu S. et al. The experiences of health-care providers during the COVID-19 crisis in China: a qualitative study. Lancet Glob Health. 2020 Jun 8 [citado 2023 jan 4]. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30204-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30204-7)

RECEBIDO: 23/02/2023
APROVADO: 17/08/2023

Perfil da automedicação e suas implicações entre estudantes de enfermagem: uma revisão narrativa de 2017 a 2022

Profile of self-medication and its intentions among nursing students: a systematic review from 2017 to 2022

Fabilene dos Santos Lima¹, Hitalo Andrade da Silva²,
Maria Alice Miranda Bezerra Medeiros³

1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2352-2314>. Enfermeira, Faculdade UNIBRAS Juazeiro. Pós-graduação em Enfermagem em Terapia Intensiva – GRUPO CEFAPP. Juazeiro, Bahia, Brasil.
E-mail: fabiileneliima@gmail.com

2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1927-6774>. Fisioterapeuta. Doutor pelo Programa Associado de Pós-graduação em Educação Física UPE/UFPB. Mestrado em Fisioterapia. Universidade de Pernambuco: Camaragibe, Pernambuco, Brasil.
E-mail: hitalo_andrade@yahoo.com.br

3. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9611-6395>. Farmacêutica. Mestrado em Farmácia. Universidade Federal do Vale do São Francisco: Petrolina, PE, Brasil. Doutorado em Farmácia, Universidade Estadual de Feira de Santana: Feira de Santana, Bahia, Brasil.
E-mail: alicebezerra_mbm@outlook.com

RESUMO

A prática da automedicação em estudantes de enfermagem, é cada vez mais frequente, percebe-se que o consumo de medicamentos afeta de maneira significativa a vida desse acadêmico, no ambiente universitário, notou-se devido ao conhecimento adquirido durante o curso, e após cursar a disciplina de farmacologia, estimula a prática e o consumo de medicamentos isentos de prescrição (MIPs), entretanto a poucos estudos voltados ao tema proposto. O presente estudo buscou abordar a temática sobre a automedicação, o estudo apontou medicamentos mais utilizados são, analgésicos, anti-inflamatórios,

psicoativos. Verificamos que interesse em buscar medicamentos que o ajude no desempenho acadêmico. Portanto se faz necessário desenvolver estratégias de promoção à saúde que ajudem o futuro profissional de saúde, pratique o autocuidado, para que possa zelar pela comunidade em que está inserido.

DESCRITORES: Preparações Farmacêuticas. Estudantes. Promoção da Saúde. Educação em Enfermagem.

ABSTRACT

The practice of self-medication among nursing students is becoming increasingly frequent. It is evident that the consumption of medication significantly affects the lives of these students within the university environment. This fact is noticeable due to the knowledge acquired during the course and after completing the pharmacology discipline. It encourages the practice and consumption of over-the-counter medications (OTCs). However, there are few studies focused on the proposed topic.

The present study aims to tackle the self-medication theme. This study pointed out painkillers, anti-inflammatories, and psychoactive drugs are the most commonly used medications. We observed an interest in seeking medications that aid in academic performance. Therefore, it is necessary to develop health promotion strategies that assist future healthcare professionals in practicing self-care so they can take care of members of their community.

DESCRIPTORS: Pharmaceutical Preparations. Students. Health Promotion. Education, Nursing.



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

Entende-se como automedicação a prática onde o próprio indivíduo faz o uso de medicamentos sem prescrição ou orientação profissional, recorrendo a receitas prescritas anteriormente, em algumas situações os medicamentos podem ser indicados por amigos ou familiares, sendo hábito frequente em todas as faixas etárias, independente do perfil socioeconômico ou contexto cultural. Desta forma, o uso rotineiro desses fármacos pode acarretar problemas de saúde^{1,2}.

Percebe-se que a automedicação, a longo prazo, pode impedir o diagnóstico correto e mascarar uma doença evolutiva. Além disso, o hábito pode resultar em sequelas, como a hipersensibilidade, alergias e interações medicamentosas, e que podem variar de acordo com os comportamentos e fatores genéticos³.

Os motivos que levam pessoas a se automedicarem podem ser conhecimento prévio sobre a doença, falta de tempo para buscar um serviço de saúde e questões financeiras. Associado a tais fatores há o fácil acesso a Medicamentos de Isentos de Prescrição (MIPs)⁴. Observa-se que a influência da publicidade estimula o aumento desordenado do consumo de medicamentos na população. Tal hábito poderá alavancar a resistência de micro-organismos, depreciando a eficiência de fármacos no organismo⁵.

Os MIPs são amplamente utilizados por não necessitar de receita médica, onde o usuário faz seu próprio diagnóstico e realiza a compra do medicamento, estes fármacos agem no alívio dos sintomas sem necessitar de uma intervenção médica. Considera-se como auto prescrição a prática de usar medicamentos por conta própria, sem orientação de um profissional capacitado⁶.

Contudo, quando a automedicação se realiza de forma adequada, em tratamento de doenças que não necessitam de atendimento imediato ao serviço de saúde, é considerado como autocuidado⁷. Entretanto, o uso excessivo de MIPs pode expor o indivíduo a reações adversas e causar efeitos colaterais, fazendo o mesmo a procurar um atendimento hospitalar⁸.

O medicamento tem um papel significativo na qualidade de vida da população, entretanto o uso inadequado desse fármaco pode gerar sequelas, para sistemas de saúde, tornando -se problema global. É importante avaliar quais os medicamentos mais utilizados pela população, assim mapear e averiguar os fatores relacionados. Esses dados podem auxiliar que ocorra o planejamento de políticas públicas, e futuras

pesquisas sobre o tema⁹.

Estudos apontam que a prática da automedicação é cada vez mais frequente entre universitários¹⁰. A conduta que se espera dos estudantes de enfermagem, é que a prática da automedicação seja menos frequente, no entanto a confiança é adquirida durante o percorrer do curso mostra o inverso³.

No ambiente universitário esses fármacos, sendo eles, anti-inflamatório, antibiótico e analgésicos são utilizados para ajudar o estudante na concentração e durante os estudos e atividades extracurriculares¹¹.

Dessa forma, o objetivo deste estudo foi descrever a prática da automedicação em estudantes de enfermagem, motivos da automedicação e tipos de medicamentos utilizados. Espera-se que os resultados contribuam na conduta desses estudantes como futuros profissionais da saúde.

MÉTODO

O objetivo deste estudo foi identificar os motivos da automedicação entre acadêmicos de enfermagem, descrever as razões que levaram a essa prática e explorar como a automedicação pode afetar sua futura profissão. Para alcançar esse propósito, foram estabelecidos critérios de inclusão para selecionar os artigos.

Os critérios de inclusão englobaram artigos escritos em português, inglês e espanhol, publicados entre os anos de 2017 e 2021, que abordassem a temática da automedicação entre estudantes de enfermagem. Descritores como "medicamentos", "estudantes", "saúde" e "faculdade" foram utilizados para a busca, empregando os operadores booleanos "and" e "and not".

Os bancos de dados virtuais utilizados para a pesquisa incluíram a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), a Scientific Electronic Library Online (SciELO), a National Library of Medicine (PubMed) e a Science Direct. A busca pelos artigos foi conduzida no período de março de 2021 a maio de 2022.

Essa abordagem de pesquisa permitiu um alcance de artigos que tratavam da automedicação entre acadêmicos de enfermagem e profissionais da saúde. A análise desses estudos possibilitou a identificação dos motivos pelos quais os estudantes, recorrem à automedicação, bem como as razões por trás, dessa prática.

Além disso, o estudo também explorou os impactos potenciais da

automedicação na futura profissão dos acadêmicos de enfermagem. Isso incluiu a análise das consequências negativas que a automedicação pode ter na prática clínica, na segurança do paciente e na ética profissional.

Em resumo, a pesquisa teve como objetivo compreender os motivos da automedicação entre acadêmicos de enfermagem, explorar as razões que levam a essa prática e examinar como isso pode afetar no ambiente de trabalho. Os resultados desse estudo contribuem para a conscientização sobre os riscos e as implicações da automedicação, destacando a importância da educação e do cuidado adequado na área da saúde.

RESULTADOS

Na base de dados Lilacs, foram encontradas 824 publicações utilizando o descritor “automedicação”, enquanto com descritor “uso irracional de medicamentos” foram 88 publicações. Já com descritor “self-medication” foi encontrado 1,723 publicações. No cruzamento de dados para presente estudo, foram selecionados 9 artigos para revisão. Na base de dados PubMed foram encontrados 23 artigos com descritor “automedicação” enquanto com descritor “estudantes da área da saúde” 63 publicações, resultado em 86 artigos publicados, contudo somente 6 artigos foram selecionados para o estudo.

Já no banco de dados Scielo, foram encontrados 125 artigos publicados, com descritor “automedicação”, 25 artigos com descritor “irrational use of medication” enquanto 43 artigos com descritor “automedicação na enfermagem”, somando 593 publicações. Após eliminar os artigos publicados anterior ao ano de 2017, chegou-se a 12 artigos para essa revisão. Na base de dados Science Direct, observou-se 68.845 publicações com descritor “self-medication among students”, enquanto que com descritor “pratica da automedicação” foram encontrados 19 artigos publicados, chegando ao total de 68.864 estudos, porém, somente 3 artigos foram selecionados para revisão de literatura.

Quadro 1. Resumo dos artigos selecionados e avaliados.

AUTORES (ANO)	BANCO DE DADOS	OBJETIVO	RESULTADOS
Gama, Secoli, 2017.	SciELO	Determinar a prevalência e os fatores associados à automedicação entre estudantes de enfermagem.	Os grupos farmacológicos mais consumidos foram anti-inflamatórios não esteroides (63,2%) e antibióticos (11,1%).
Berrouet, Lince, Restrepo, 2017.	Lilacs	Objetivo deste estudo foi determinar a prevalência de automedicação com antibióticos e analgésicos em estudantes de graduação em medicina.	Apesar de ter o conhecimento dos riscos que assumem por esta prática, a maioria não está disposta a mudar.
Moraes et al., 2018.	Lilacs	Determinar a incidência da automedicação em estudantes do curso de Medicina, evidenciando suas principais causas, os principais grupos de medicamentos utilizados nesta conduta.	Dentre as pessoas que diziam realizar a automedicação, 51% continuariam a prática.
Olarte et al., 2021.	SciELO	Identificar os fatores associados à automedicação não responsável na população peruana.	O risco de automedicação não responsável foi muito alto quando o dispensador de medicamentos não solicitou a prescrição do usuário.
Araújo Junior et al., 2021.	Lilacs	Determinar a prevalência da automedicação em estudantes de Odontologia e Enfermagem da Universidade Estadual do Piauí no município de Parnaíba.	A amostra contou com a participação de 70 acadêmicos, dos quais 41 (58,6%) são do curso de Odontologia e 29 (41,4%) do curso de Enfermagem.
Tuyishmire et al., 2019.	PubMed	Objetivo deste estudo foi avaliar as práticas de automedicação com antibióticos entre os estudantes da Universidade de Ruanda no Campus Huye.	O estudo mostrou que 12,1% praticavam automedicação com antibióticos.

Zewdie, Andargie, Kassahun, et al., 2020.	PubMed	O objetivo deste estudo foi avaliar as práticas de automedicação e fatores associados entre estudantes de graduação da Wollo University no nordeste da Etiópia.	O estudo mostrou que 12,1% praticavam automedicação com antibióticos
Faqihi, Disse et al., 2020.	PubMed	O estudo foi, portanto, conduzido para gerar dados sobre a prática de automedicação com analgésicos usando anti-inflamatórios não esteróides (AINEs) e paracetamol e antibióticos entre estudantes de enfermagem do University College Farasan Campus.	A prática de automedicação foi elevada entre estudantes de enfermagem 87%, o paracetamol foi o fármaco mais utilizado para fins analgésicos sem prescrição
Moreira et al., 2020.	Scielo.	Descrever e avaliar o perfil de utilização de medicamentos em uma amostra representativa de usuários adultos da atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS) de Minas Gerais	A prevalência de uso de medicamentos foi de 81,8%, com média de 2,67 medicamentos por usuário, que aumenta com a faixa etária.
Gonzaga, Kotze, Olandoki, 2021.	Scielo	O objetivo do presente estudo foi avaliar a frequência de uso e o perfil da população que faz automedicação para controle de sintomas dispépticos em uma capital do Sul do Brasil.	A prevalência de automedicação para controle de sintomas digestivos nessa população foi de 28,7%.
Souza et al., 2020.	Scielo	Avaliar o uso de medicamentos psicoativos isentos de prescrição e suas associações com o uso de substâncias psicoativas e aspectos de saúde entre estudantes de enfermagem.	Mais da metade dos estudantes (79,2%) usava psicofármacos sem prescrição, com predomínio do consumo mensal

Amaral et al., 2019.	Lilacs	Buscou-se investigar a automedicação por acadêmicos de curso de graduação em Medicina de instituição privada e analisar possíveis variáveis relacionadas.	A automedicação foi considerada uma opção em 309 dos participantes, a maioria deles do sexo feminino, idade entre 21 a 23 anos.
Córdoba et al., 2021.	Scielo	Determinar a prevalência e os padrões de consumo que influenciam a automedicação dos alunos da Universidade de Magdalena.	O principal motivo da automedicação está relacionado com a leveza dos sintomas; o conselho de familiares; há influência da publicidade, principalmente da televisão e da internet.
Andrés et al., 2021	PubMed	O objetivo do presente estudo foi determinar a prevalência de automedicação na enfermagem em Castela e Leão, Espanha.	Os resultados demonstraram que quase três quartos (73,8%) dos estudantes se automedicaram nos últimos 30 dias.
Al Essa et al., 2019.	Scielo	Objetivo do nosso estudo é investigar e avaliar práticas, consciência e atitudes em relação à automedicação analgésica entre estudantes de ciências da saúde em Riad, Arábia Saudita.	Os fatores associados à alta prevalência de automedicação não foram significativos, exceto a idade.
Riveiros, Lienqueo, Medina. 2018.	Lilacs	O objetivo do estudo foi estabelecer a situação de consumo de medicamentos não prescritos em profissionais de saúde.	Obteve-se como resultado que 44,9% consomem medicamentos não prescritos; ao comparar com situação profissional.
Berrouet, Lince, Restrepo. 2018.	Lilacs	O objetivo deste artigo é explorar as atitudes, conhecimentos e práticas frente à automedicação de produtos ervais e psicofármacos em estudantes de medicina.	Os estudantes se automedicam com produtos ervais ou psicofármacos, 16.7% se automedicaram para dormir melhor, 14.5% para diminuir o estresse e a ansiedade e 8.3%.

Berrouet, Lince, Restrepo. 2018	Lilacs	Foi determinar a prevalência de automedicação com antibióticos e analgésicos em estudantes de graduação de medicina.	A prevalência de automedicação com analgésicos foi de 84% para as mulheres e 81% para os homens.
Lima et al., 2022.	Lilacs	Estimar a prevalência e fatores associados à automedicação entre estudantes de cursos de graduação do interior do Amazonas.	Dos 694 graduandos, 483 indicaram consumo medicamentoso.
Silva et al., 2018.	PubMed	Conhecer como se dá a prática da automedicação em crianças por seus pais.	Automedicação ocorreu nos casos de febre, dor e cólica; os medicamentos mais utilizados foram analgésicos, antitérmicos.
Rojas et al., 2022.	PubMed	Analisar os achados da literatura existente sobre automedicação em estudantes do ensino superior.	Os analgésicos são os medicamentos mais consumidos, sendo as dores de cabeça o principal motivo de uso.
Kanwal et al., 2018.	PubMed	Avaliar o conhecimento, atitude e prática da automedicação em estudantes de graduação em medicina.	A automedicação foi prevalente entre 297 dos entrevistados praticaram nos últimos 6 meses mais de duas vezes.
Khadka, Kafle, 2020.	Scielo	Objetivo determinar a prevalência de automedicação entre estudantes de medicina.	A prevalência de automedicação foi de 76,6%, mais comum entre os alunos do primeiro ano.
Shan, Halder, Haider, 2021.	Scielo	O presente estudo foi avaliar as percepções, conhecimento e consciência da prática da automedicação entre os estudantes universitários no Nepal.	Os resultados do estudo revelaram que 95,4% dos estudantes relataram automedicação, dentre os quais analgésicos e antitérmicos
Sitaram et al., 2022.	Scielo	Objetivo esclarecer o comportamento de busca de saúde de estudantes de graduação em medicina e avaliar como eles lidam com suas doenças.	Cerca de 74,2% dos entrevistados tomavam medicamentos sem prescrição adequada e o grupo de medicamentos comumente.

Rubio et al., 2017.	Lilacs	Descrever as crenças em torno da prática da automedicação entre os habitantes de 20 a 59 anos, na cidade de Cartagena, Colômbia.	A falta de tempo (28,3%) e a demora no atendimento médico (22,7%) foram os principais motivos
Gama, Secoli, 2020.	Scielo	Analisar a prática da automedicação e os fatores associados na população ribeirinha da região do Médio Solimões, Floresta Amazônica.	Analgésicos e antibacterianos foram as principais classes terapêuticas utilizadas na automedicação.
García et al, 2022.	Scielo	Descreve a prevalência de práticas de automedicação, reações adversas a medicamentos.	Este estudo encontrou alta prevalência de automedicação na população em idade ativa nas áreas metropolitanas da Tailândia (88,2%).
Krishnandan et al, 2021.	ScienceDirect	Avaliar as percepções, conhecimento e consciência da prática de automedicação entre os estudantes universitários no Nepal.	Os resultados do estudo revelaram que 95,4% dos alunos referiram automedicação, sendo os analgésicos e antitérmicos.
Veiga et al. 2020.	Scielo	O estudo teve como objetivo descrever o desempenho dos CPTs na consulta de automedicação, os resultados relatados pelo cliente e a satisfação.	A dispensação baseada em produtos foi mais frequente para clientes de baixa escolaridade
Khadka et al, 2021.	ScienceDirect	Objetivo esclarecer o comportamento de busca por saúde de estudantes de graduação em medicina e avaliar como eles lidam com suas doenças, incluindo a prática da automedicação.	Cerca de 74,2% dos respondentes concordaram que tomaram medicamentos sem receita médica adequada.

Fonte: Autor (2023).

DISCUSSÃO

Após a leitura dos artigos encontrados para serem utilizados nessa revisão, foram discutidas as seguintes temáticas abaixo.

Perfil dos Acadêmicos de Enfermagem Diante a Prática da Automedicação

É cada vez mais comum a prática da automedicação na população, estudos mostram que, entre os acadêmicos da área da saúde, se tornou habitual o uso de medicamentos. Entretanto, o que se espera dos estudantes é consciência terapêutica diante ao consumo desses fármacos seja menor, contudo, é perceptível a autoconfiança dos acadêmicos em se automedicarem, em especial após cursarem a disciplina de farmacologia^{3,12,13}.

No Brasil, um levantamento feito com 156 estudantes de enfermagem de uma universidade de Vale do Ribeira, São Paulo, sobre o consumo de medicamentos psicoativos sem prescrição, apontou que 79,2% dos alunos fazem uso frequente de outras drogas, entre elas álcool e o tabaco. Além disso, uma pesquisa feita na Espanha revelou que 73,8% dos acadêmicos relataram fazer uso de medicamentos como analgésicos, antibióticos e anti-inflamatórios, bem como apontou que 8 de cada 10 estudantes tem o costume de guardar os fármacos após o tratamento^{11,14}.

Os acadêmicos, como futuros profissionais de saúde, apresentam um comportamento inadequado diante consumo de medicamentos, aconselhando amigos e familiares a usarem fármacos para tratamento de sinais e sintomas, sem acompanhamento de profissional capacitado. Diante disso, a conduta do mesmo deve ser questionada devido à falta de conhecimento prévio sobre efeitos adversos e possíveis interações medicamentosas podem causar¹⁵.

De acordo com estudo realizado com estudantes do curso de enfermagem e odontologia da Universidade Estadual do Piauí (UESPI), constatou-se que 98,6% têm conhecimento sobre efeitos adversos dos fármacos, onde 98,1% do sexo feminino consomem medicamento de forma acentuada. Entre os medicamentos mais utilizados estão analgésicos, sendo os sintomas mais relatados entre os estudantes ser cefaleia, dor de garganta e cólicas menstruais⁵.

Um levantamento realizado com estudantes da universidade Magdalena, em Santa Marta, Colômbia, mostra que 97% fazem uso de medicamentos sem orientação

de um profissional. O estudo apresentou que 56% do sexo masculino se automedicam com maior frequência, os motivos que levam os acadêmicos a não procurarem um serviço de saúde a falta de tempo e dinheiro, além da ineficiência do serviço. Apesar disso, os alunos relatam que optam por se automedicarem por leveza dos sintomas e fácil acesso ao fármaco¹³.

Diante disso, é necessário elaborar estratégias voltadas ao tema, abordando sobre os efeitos adversos e uso correto. Deste modo, a população e profissionais da saúde terão informação adequada, portanto irão refletir antes de consumir, sobre como fazer uso correto dos medicamentos²⁴.

Medicamentos Isentos de Prescrição (MIPs) e Fatores Relacionados

Os MIPs são fármacos que podem ser adquiridos sem receita médica, são as formas mais eficazes de tratar sintomas, em que ocasionalmente não necessitam de intervenção de profissional. São considerados uma forma de autocuidado, onde o indivíduo faz uso de produtos e remédios, como cosméticos, suplementos alimentares e produtos de higiene pessoal^{9,10,13}.

É considerado autocuidado quando paciente de livre vontade faz uso de medicamento para tratar sintomas auto recorrentes, sem orientação profissional capacitado. Dessa forma, o indivíduo está praticando bem-estar e cuidado da sua própria saúde^{13,27}.

Um estudo desenvolvido na capital da Tailândia, Bangkok, com população entre faixas etárias de 15 a 59 anos, apontou que os medicamentos mais utilizados foram AINEs com 34,8%, quanto aos antialérgicos com 28,4%. Um dado importante é que 45,5% dos participantes apontaram que durante a compra o farmacêutico perguntou sobre o histórico alérgico e estado de gravidez. Além disso, o estudo mostrou que a grande maioria não busca um serviço de saúde, em caso de doença menor, e faz uso de medicamentos por fácil acesso a farmácias perto de casa. Vale ressaltar que 74,3% dos participantes já ouviram o termo “uso racional de medicamentos”¹⁰.

Notou-se a prática da automedicação estar presente em todas as faixas etárias, a influência das mídias digitais junto com propaganda na venda produtos e medicamentos tornou-se rotineiro. Entretanto, a divulgação não mostra de forma clara os efeitos adversos diante ao consumo desses fármacos e riscos relacionados²⁶.

CONCLUSÃO

Percebe-se que a automedicação, que consiste no uso de medicamentos sem prescrição médica, se tornou um hábito frequente na população, independentemente da faixa etária ou condição socioeconômica. As pessoas estão optando por escolher e usar medicamentos por conta própria para tratar problemas de saúde. No entanto, o uso inadequado desses fármacos pode resultar em consequências negativas, como hipersensibilidade, interações medicamentosas e agravamento de doenças.

Um fator que impulsiona esse hábito de automedicação é o fácil acesso aos Medicamentos Isentos de Prescrição (MIPs). Esses medicamentos estão disponíveis sem a necessidade de receita médica e sua acessibilidade contribui para que as pessoas se automediquem. A incidência da automedicação entre estudantes da área da saúde no Brasil é semelhante à de estudantes da mesma área em outros países.

No entanto, há poucos estudos realizados com acadêmicos do curso de enfermagem, nesse contexto. Uma pesquisa realizada no Brasil revelou que os estudantes de enfermagem fazem uso de medicamentos psicoativos sem prescrição médica, muitas vezes combinando-os com outras substâncias, como álcool e drogas ilícitas. Isso acarreta problemas de saúde e reflete negativamente em seu desempenho acadêmico.

Durante a graduação, os estudantes de enfermagem encaram diversos assuntos, voltados ao curso, o que leva ao desenvolvimento de sinais de estresse e ansiedade. Além disso, eles precisam lidar com atividades extracurriculares, aulas práticas, estágios e a elaboração do trabalho de conclusão de curso, além das preocupações com o futuro mercado de trabalho. Nesse contexto, surge o interesse em buscar medicamentos que possam melhorar o desempenho acadêmico.

Diante disso, é essencial desenvolver estratégias de promoção à saúde que incentivem os futuros enfermeiros a praticarem o autocuidado, para que possam zelar pela comunidade em que estão inseridos. É importante conscientizar os estudantes sobre os riscos da automedicação e promover a busca por cuidados de saúde adequados, como consultas médicas e orientações profissionais. Dessa forma, poderão lidar de maneira mais saudável com as demandas acadêmicas e profissionais, garantindo um cuidado de qualidade aos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Gama ASM, Secoli SR. Automedicação em estudantes de enfermagem do Estado do Amazonas – Brasil. *Brasil. Rev Gaúcha Enferm.* [online] 2017 [Acessado em 23 de outubro 2021] 38(1):e65111. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/HQm9Gznw68wWrB7wtWR4FMQ/?lang=pt>
2. Berrouet MC, Lince M, Restrepo D. Automedicación de analgésicos y antibióticos en estudiantes de pregrado de medicina. *Rev Med U.P.B.* [online] 2017. [Acessado em 23 de outubro 2021] Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-847530>
3. Moraes LGM, Bernardina LSD, Andriato LC, Dalvi LR, Loyola YCS. Automedicação em acadêmicos de Medicina. *Rev Soc Bras Clin Med* [online] 2018 [citado em 19 de outubro 2021]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1047947>
4. Olarte JBP, García PAC, Galindo JSA, Guillén NEA, García CGS, Ramos LJC, Ilanzo MPQ, García AEO. Factores asociados con la automedicación no responsable en el Perú. *Revista del Cuerpo Médico del HNAAA* [Impr/Online] 2021 [Acessado em 22 de outubro 2021] v14. Disponível em: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2227-47312021000100005&lang=pt
5. Júnior AGA, Caetano VS, Portela IJZ, Bezerra JP, Ferraz MAAL, Falcão CAM. Prevalência da automedicação em acadêmicos de odontologia e enfermagem em uma instituição pública brasileira. *Arq Odontol, Belo Horizonte* [online] 2021 [Acessado em 20 de outubro 2021] Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1223611>
6. Tuyshimire J, Okaya F, Adebayo AY, Humura F, Prismo III DEL. Assessment of self-medication practices with antibiotics among undergraduate university students in Rwanda. *Pan African Medical Journal* [online] 2019 [Acessado em 20 de outubro 2021] Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31692864/>
7. Zewdie S, Andargie A, Kassahun H. Self-Medication Practices among Undergraduate University Students in Northeast Ethiopia. *Risk Management and Healthcare Policy* [online] 2020 [Acessado em 21 de outubro 2021] Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32922102/>
8. Faqih AHMA, Sayed SF. Self-medication practice with analgesics (NSAIDs and acetaminophen), and antibiotics among nursing undergraduates in University College Farasan Campus, Jazan University, KSA. *Ann Pharm Fr* [online] 2020 [Acessado em 21 de outubro 2021] Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33098875/>
9. Moreira TA, Teodoro JA, Barbosa MM, Júnior AAG, Acurcio FA. Uso de medicamentos por adultos na atenção primária: inquérito em serviços de saúde de Minas Gerais, Brasil. *Rev bras epidemiol* [online] 2020 [Acessado em 23 de outubro

- 2021] 23: E200025. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/PrPphzV7pM47BmHQ9xrjbNL/?lang=pt>
10. Gonzaga CE, Kotze PG, Olandoski M. Prevalência de automedicação para sintomas dispépticos na atenção primária. *Arq Gastroenterol.* v. 58 nº 3. [online] 2021. [Acessado em 23 de outubro 2022] Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/ag/a/QBJjvjNWh3tYdYRVGTGSn3b/?lang=en>
11. Sousa BOP, Souza ALT, Souza J, Santos SA, Pillon SC. Estudantes de enfermagem: uso de medicamentos, substâncias psicoativas e condições de saúde. *Rev Bras Enferm* [online] 2020 [Acessado em 23 de outubro 2021] Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/reben/a/vy8FRdZfbR5NHzdDtTYTRPb/?lang=pt>
12. Tognoli TA, Tavares VO, Ramos APD, Batagália F, Goboy JMP, Ramos RR. Automedicação entre acadêmicos de medicina de Fernandópolis – São Paulo. *J. Health Biol Sci.* [online] 2019 [citado em 19 de outubro 2021] 7(4): 382-386. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1023226>
13. Córdoba HO, Navarro CC, Coronel JAO, Torres SMR. Realidades de la práctica de la automedicación en estudiantes de la Universidad del Magdalena. *Rev Elec trim de Enf.* [online] 2021 [Acessado em 22 de outubro 2021] n.62. Disponível em: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412021000200016&lang=pt
14. Andrés MIG, Blanco VG, Verdejo IC, Guerra JAI, García DF. Self-Medication of Drugs in Nursing Students from Castile and Leon (Spain). *Int. J. Environ. Res. Public Health* [online] 2021 [Acessado em 21 de outubro 2021] Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33562435>
15. Al Essa M, Alsheri A, Alzahrani M, Bustami R, Adnan S, Alkeraidees A, Mudshil A, Gramish J. Practices, awareness and attitudes toward self-medication of analgesics among health sciences students in Riyadh, Saudi Arabia. *Saudi Pharmaceutical Journal* [online] 2019 [Acessado em 21 de outubro 2021] 235-239. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1319016418305656>
16. Riveros ER, Lienqueo AR, Medina LB. Consumo de medicamentos en profesionales y técnicos/administrativos de la salud: situación de prescripción. *Enfermería: Cuidados Humanizados.* [online] 2018 [Acessado em 23 de outubro 2021] v, 7 n, 2. Disponível em:
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062018000200063&lng=pt&tlng=pt
17. Meijía MCB, Respetrepo ML, Bernal DR. Actitudes, conocimientos y prácticas frente a la automedicación con productos herbales y psicofármacos em estudiantes de medicina de Medellín-Colombia. *MEDICINA U.P.B.* [online] 2018 [Acessado em 19 de outubro 2021]. Disponível em:
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-878936>
18. Mejía MCB, Restrepo ML, Bernal DR. Automedicación de analgésicos y antibióticos en estudiantes de pregrado de medicina. *Med U.P.B.* [online] 2017

- [Acessado em 20 de outubro 2021]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-847530>
19. Lima PAV, Costa RD, Silva MP, Filho ZAG, Souza LPS, Fernandes TG, Gama ABS. Automedicação entre estudantes de graduação do interior do Amazonas. *Acta Paul Enferm.* [online] 2022 [Acessado em 1 julho 2022] Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/4msxJqzGG7skL8FhxKX3ZBM/?lang=pt>
 20. Silva JG, Gomes GC, Costa AR, Juliano LF, Aruda CP, Carvalho LN. The practice of self-medication in children by their parents: performance in nursing. *J Nurs UFPE* [online] 2018 [Acessado em 20 de outubro 2021] Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-981978>
 21. Rojas SMM, Roa SLR, Pérez DGS, Castellanos MNJ. Overview of self-medication in higher education students: a global view. *Rev Ciencia Cuidado* [online] 2022 [Acessado em 1 julho 2022] Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1373533>
 22. Kanwal ZG, Fatima N, Azhar S, Chohan O, Jabeen M, Yammen MA. Implications of self-medication among medical students-A dilemma. *JPak Med Assoc* [online] 2018 [Acessado em 21 de outubro 2021] v.68, n.9. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30317266/>
 23. Khadka A, Kafle KK. Prevalence of Self-medication among MBBS Students of a Medical College in Kathmandu. *J Nepal Med Assoc.* [online] 2020 [Acessado em 21 de outubro 2021] 58(222):69-75. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32335615/>
 24. Chautrakam S, Krumros W, Phutrakool P. Self-medication with over-the-counter medicines among the working age population in metropolitan áreas of Thailand. *Frontiers in Pharmacology* [online] 2021 [Acessado em 20 de outubro 2021] Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8385363/>
 25. Shah K, Halder S, Haider SS. Assessment of knowledge, perception, and awareness about self-medication practices among university students in Nepal. *Heliyon* [online] 2021 [Acessado em 21 de outubro 2021] Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2405844021000815>
 26. Veiga P, Cavaco AM, Lapão LV, Guerreiro MP. Self-medication consultations in community pharmacy: an exploratory study on teams' performance, client-reported outcomes and satisfaction. *Pharmacy Practice* [online] 2021 [Acessado em 22 de outubro 2021] 19(1):2138 Disponível em: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1885-642X2021000100003&lang=pt
 27. Khadka S, Shrestha O, Koirala G, Acharya U, Adhikari. Health seeking behavior and self-medication practice among undergraduate medical students of a teaching hospital: A cross-sectional study. *Annals of Medicine and Surgery* [online] 2022. [Acessado em 1 de julho 2022] Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2049080122005362>

28. Rubio MDT, Pérez AD, Puerta ZB, Avila IYC. Automedicación y creencias en torno a su práctica en cartagena, colombia. Rev Cuid [online] 2017 [Acessado em 22 de outubro 2021] 8(1): 1509-18. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-0973201700010150
29. Gama ASM, Secoli SR. Práticas de automedicação em comunidades ribeirinhas na Amazônia brasileira. Rev Bras Enferm [online] 2020 [Acessado em 23 de outubro 2021] 73(5):e20190432. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/JXcCV8BLCVRx4p8sfyknZgH/?lang=pt>
30. García ALF, Kaya ANM, Ferreira EA, Gris EF, Galato D. Automedicação e adesão ao tratamento medicamentoso: avaliação dos participantes do programa Universidade do Envelhecer. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. [online] 2018 [Acessado em 22 de outubro 2021] Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/TsG59Tf6dH4KFTCfc5nX4jD/?lang=en>

RECEBIDO: 20/04/2023
APROVADO: 18/08/2023